

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00064 vom 31. Mai 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00064

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00064 du 31 mai 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00064 del 31 maggio 2012

Erwägungen

E. 2

2.1. Die Beschwerdegegnerin verneinte eine Leistungspflicht für die Behandlung der 2010 rückfallweise gemeldeten und operativ behandelten Hüftbeschwerden rechts, da gestützt auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr. G. eine natürliche Kausalität zwischen den Hüftbeschwerden und dem Unfall vom 28. Februar 2001 zu verneinen sei. Die Tatsache, dass die früheren Hüftbeschwerden und deren operative Sanierung unrichtigerweise als unfallkausal eingestuft worden seien, sei unbeachtlich, stehe doch keine Revision beziehungsweise Wiedererwägung des Grundfalles zur Diskussion, sondern einzig die Leistungspflicht für den Rückfall (Urk. 2, 6).

2.2. Die Beschwerdeführerin lässt dagegen im Wesentlichen geltend machen, dass die hier im Streite stehende Hüftarthroskopie rechts mit Döbrident des Pfannenrandes und Nachtaillierung des Kopf-Hals-Überganges in unmittelbarem Zusammenhang mit den früheren Operationen stehe. Im Rahmen des Grundfalles sei die Kausalität geprüft und zum Gegenstand der Begutachtung im D. gemacht worden, wo der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 28. Februar 2001 und der Labrumläsion bejaht worden sei. Da die Leistungspflicht gestützt darauf anerkannt worden sei, sei über den Grundfall rechtskräftig entschieden worden. Da die hier in Frage stehende Behandlung eine klare Folgeoperation darstelle, gehe es nicht an, 10 Jahre später die Kausalität des Grundfalles erneut in Frage zu stellen (Urk. 1).

2.3. Im Streite steht einzig die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die am 7. April 2010 in der C. durchgeführte Hüftoperation und deren Folgekosten im Rahmen eines Rückfalls zum Unfall vom 28. Februar 2001. Angesichts der Parteivorbringen ist zunächst die Frage zu beantworten, welche Bedeutung dem Verhalten der Parteien im Grundfall beizumessen ist.

3. Wie sachverhaltsmässig dargelegt, anerkannte die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 29. November 2001 den Treppensturz vom 28. Februar 2001 zwar als Unfallereignis, erklärte jedoch für die Abklärung und die Behandlung der Hüft- und Beckenbeschwerden die Krankenkasse als zuständig (Urk. 7/I/110); damit verneinte sie zunächst die Unfallkausalität der Hüftbeschwerden. Wie im angefochtenen Entscheid erwähnt, erbrachte sie in der Folge jedoch auch für diesen Fall die gesetzlichen Leistungen (Urk. 2 S. 2), wobei weder den Akten noch den Ausführungen der Parteien abschliessend zu entnehmen ist, in welchem Umfang und zu welchem Zeitpunkt sie - abgesehen von den Taggeldleistungen vom 23. März bis 26. Juni 2007 - im Zusammenhang mit dem Unfall vom 28. Februar 2001 Leistungen erbrachte. Mit Schreiben

vom 17. Juli 2006 teilte die Beschwerdegegnerin jedenfalls die Einstellung der Heilkosten- und Taggeldleistungen in allen vier Unfällen mit (Urk. 8/II/277) und bestätigte dies letztlich mit dem in Rechtskraft erwachsenen Einspracheentscheid vom 27. Januar 2009 (Urk. 8/II/368).

Mit Schreiben vom 26. Juni 2007 (Urk. 7/I/160) und vom 10. August 2007 (Urk. 7/I/163) hatten sich die Parteien dahingehend geeinigt, dass die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit der Wundrevision vom 23. März 2007 vorübergehend vom 23. März bis 26. Juni 2007 unter Ausschluss weiterer Taggeldzahlungen Taggelder leiste. Dieser zwischen den Parteien geschlossene Vergleich (vgl. Art. 50 Abs. des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) wurde von der Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 30. September 2008 (Urk. 8/II/354) und mit dem Einspracheentscheid vom 27. Januar 2009 (Urk. 8/II/368) in dem Sinne gemäß Art. 50 Abs. 2 ATSG eröffnet, als wiederum festgehalten wurde, dass die Folgen des Unfalles vom 28. Februar 2001 keine erhebliche Erwerbsunfähigkeit begründeten und für eine allfällige weitere ärztliche Behandlung weiterhin die Krankenkasse zuständig sei.

Indem die Beschwerdegegnerin trotz anfänglichen Zweifeln hinsichtlich ihrer Leistungspflicht im Zusammenhang mit den Haftbeschwerden offensichtlich während Jahren Versicherungsleistungen erbrachte, besteht eine faktische Verfügung hinsichtlich der grundsätzlichen initialen Leistungspflicht, auf die nur mittels prozessualer Revision oder einer Wiedererwägung aufgrund einer zweifellosen Unrichtigkeit zurückgekommen werden konnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_412/2008 vom 3. November 2008 E. 4.2). Dies wird denn auch von der Beschwerdegegnerin nicht bestritten.

Jedoch führt dieser Schluss nicht dazu, dass die von der Beschwerdeführerin behauptete ursprüngliche Unfallfolge einer Labrumläsion (vgl. Urk. 1 S. 3) als vom Anerkennungsgehalt der faktischen Verfügung miteingefasst zu betrachten ist, hat sich doch die Beschwerdegegnerin zu keinem Zeitpunkt diesbezüglich im Sinne einer Anerkennung geäußert.

Wie unter Erwägung 1.2 dargelegt, kann der Unfallversicherer zudem nicht auf der Anerkennung des natürlichen Kausalzusammenhanges beim Grundfall und bei früheren Rückfällen behaftet werden, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf entfallen können. Ob im vorliegenden Fall von einer eindeutigen strukturellen Läsion im Sinne eines Labrumrisses als Unfallfolge auszugehen ist und zudem die rückfallweise im Streit stehenden Behandlungen damit überwiegend wahrscheinlich in Zusammenhang stehen, steht damit der gerichtlichen Prüfung offen.

E. 4

4.1 Den medizinischen Unterlagen im Grundfall ist hierzu Folgendes zu entnehmen:

Gemäss Austrittsbericht des Y. ___ zur Hospitalisation vom 1. bis 8. März 2001 war die Beschwerdeführerin vom Hausarzt Dr. med. I. ___ wegen psychosozialer Dekompensation nach einem HWS - Schleudertrauma und einer Tablettenintoxikation notfallmässig zugewiesen worden. Initial sei die Valiumintoxikation im Vordergrund gestanden; das aktuelle Hauptproblem stellten jedoch die Nackenschmerzen nach Schleudertrauma dar. Klinisch feststellbar sei eine mässige

Einschränkung der HWS-Beweglichkeit sowie ein paravertebraler Hartspann vor allem cervical und am thoracolumbalen Übergang gewesen. Daneben habe die Beschwerdeführerin vor allem über Schmerzen im rechten oberen Sprunggelenk geklagt.

Die Diagnosen lauteten auf ein cervicocephales und thorakobrachiales Schmerzsyndrom bei einem Status nach Schleudertrauma bei Auffahrunfall am 21. Februar 2001, eine Tablettenintoxikation mit Valium am 27. Februar und 1. März 2001 und multiple Kontusionen nach Treppensturz (Kontusionen der Brust- und der Lendenwirbelsäule paravertebral, eine Kontusion des rechten Knies und eine Distorsion des rechten OSG; Urk. 7/I/19).

In einem Untersuchungsbericht über eine neurologische und manualmedizinische Untersuchung der Fachärztin für Neurologie Dr. med. J. ___ vom 13. März 2001 setzte sich diese insbesondere mit der Frage nach einer hirnrnorganischen Schädigung infolge der Auffahrunfälle auseinander. Im Rücken-Becken-Beinbereich stellte sie Muskelverspannungen mit Entrapments peripherer sensibler Nervenäste fest. Anamnestische Erhebungen zu nach dem Treppensturz aufgetretenen Hüftbeschwerden finden sich nicht (Beilage zu Urk. 7/I/17).

Die Diagnosen im Austrittsbericht der Z. ___ vom 3. Mai 2001 lauten auf ein cervico-cephales und cervico-spondylogenes Syndrom bei einem Status nach HWS-Distorsionstrauma am 21. Februar 2001, ein Hyperlaxitätssyndrom, eine Arthrose MCP Dig I rechts und rezidivierende Harnwegsinfekte. Weder in der Anamnese oder in den erhobenen Befunden noch in der Beurteilung finden sich Hinweise auf nach dem Unfall vom 28. Februar 2001 aufgetretene oder aktuelle Hüftprobleme (Urk. 7/I/42).

Ein erster Hinweis auf eine Hüftproblematik ist dem Bericht von Dr. I. ___ an den Chefarzt der K. ___ vom 30. April 2001 zu entnehmen. Darin erwähnte Dr. I. ___, dass die Beschwerdeführerin aktuell über Beschwerden im Nackenbereich sowie im Bereich der Lendenwirbelsäule und der rechten Hüfte mit deutlichem dolentem Knacken bei Flexions-Extensions-Bewegungen klagt. Daneben beständen die bekannten, teilweise schwierig zu fassenden cerebralen Beschwerden im Rahmen des Schleudertraumas (Urk. 7/I/55).

Anlässlich einer Besprechung mit dem zuständigen Sachbearbeiter der Beschwerdegegnerin vom 17. Mai 2001 findet sich ein Hinweis auf Hüftbeschwerden und zwar beidseits, welche die Beschwerdeführerin auf den Unfall vom 21. Februar 2001, mithin den Auffahrunfall, zurückführte (Urk. 7/I/44). Dr. I. ___ erklärte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom selben Tag, dass die Beschwerdeführerin aktuell unter anderem über Kreuz- und Hüftschmerzen klagt, welche erst während der Therapiemaßnahmen in Z. ___ aufgetreten seien. Die von ihm veranlassten Röntgenbilder im Bereich der rechten Hüfte und der Lendenwirbelsäule seien unauffällig gewesen. Wegen der weiterbestehenden lumbalen Schmerzen im Bereich der rechten Hüfte mit einem auffälligen Knacken habe er die Beschwerdeführerin auf deren Wunsch ans A. ___ verwiesen. Dr. I. ___ mutmasste, dass die noch genauer abzuklärenden Hüft- und Rückenbeschwerden, anders als das HWS-Schleudertrauma, wohl nur teilweise unfallkausal seien (Urk. 7/I/48). Die Diagnosen im Bericht von Dr. I. ___ vom 30. April 2001 beschränkten sich denn auch auf diejenigen eines Hypermobilitätssyndroms und eines Status nach rezidivierenden

HWS-Schleudertraumen letztmals am 21. Februar 2001. Diagnosen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 28. Februar 2001 finden sich darin keine (Urk. 7/I/55).

Am 14. Juni 2001 liess sich die Beschwerdeführerin in der K.____ ambulant untersuchen. Der zuständige Oberarzt Dr. med. L.____ führte die von der Beschwerdeführerin geklagten vor allem beim An- und Bergaufgehen sowie in rechter Seitenlage vorhandenen lateralen Hüft- und lumbosakralen Rückenschmerzen auf Triggerpunkte in der Hüftabduktorenmuskulatur und eine segmentale Dysfunktion auf der Höhe L5/S1 zurück. Klinisch liessen keine Hinweise für eine coxogene Ätiologie vor. Die Beckenübersichtsaufnahme vom April 2001 habe im tragenden Anteil möglicherweise einen leicht verschmälerten Gelenkspalt gezeigt, jedoch keine ossären degenerativen Veränderungen (Urk. 7/I/69).

Im Bericht der Poliklinik des A.____ vom 28. Juni 2001 wurde der Beginn der Hüftschmerzen anamnestisch auf die Rehabilitation in M.____ datiert, wo die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben zunehmend ein Druckgefühl beidseits verspürt habe, welches sich im Verlauf verstärkt habe. Der Befund im Bereich der Hüften lautete auf eine beidseitige Schmerzhaftigkeit in der Endphase der Bewegungsamplitude, rechts mehr als links, im Sinne eines Impingements sowie ein beidseitig auslösbares Psoasschnappen. Bei insuffizientem Röntgenbefund des Hüftstatus (Urk. 7/I/61) wurde ein am 27. Juli 2001 erstelltes Arthro-MRI der rechten Hüfte veranlasst, welches eine deutliche Labrumläsion bei 12 bis 14 Uhr zeigte, wobei auch posterior eine mögliche Labrumläsion sichtbar wurde. Die Beckenübersicht habe gemäss Bericht der Poliklinik für Hüftchirurgie des A.____s vom 3. Oktober 2001 eine Coxa profunda mit relativ verstärkter Überdachung gezeigt (Urk. 7/I/96).

Der SUVA-Arzt Dr. B.____ verneinte am 19. Oktober 2001 einen ursächlichen Zusammenhang der Hüftbeschwerden und der im A.____ vorgeschlagenen operativen Revision mit dem Treppensturz vom Februar 2001, da es sich bei der Coxa profunda um einen rein krankhaften Befund handle. Ausserdem sei rechtzeitig keine Hüftverletzung dokumentiert (Urk. 7/I/99).

Der hierauf in der C.____ am 26. Oktober 2001 durchgeführten chirurgischen Hüftluxation rechts mit partieller Limbusresektion und Kopf-/Schenkelhalsstabilisierung lag die Diagnose eines Pfannenrandsyndroms mit Limbusriss Hüfte rechts zugrunde (Urk. 7/I/107). Im Verlaufsbericht der C.____ vom 13. Februar 2002 findet sich zusätzlich die Diagnose einer Coxa profunda rechts (Urk. 7/I/125; vgl. auch Urk. 7/I/135 mit der weiteren Diagnose einer primären Koxarthrose M16.1). Am 4. April 2002 erachtete der zuständige Oberarzt der C.____ das rechte Hüftgelenk als voll belastbar und den Behandlungsabschluss als angezeigt (Urk. 7/I/136).

Zu der offenbar sichtlich am 28. August 2002 durchgeführten Metallentfernung in der rechten Hüfte (vgl. dazu Urk. 7/I/150 und Urk. 8/II/165) finden sich keine zeitlichen Unterlagen in den Akten. Dr. I.____ erklärte in einem Schreiben vom 24. Dezember 2002 an die Aktivita, in welchem er sich im wesentlichen zum psychischen Gesundheitszustand und dem Status nach HWS-Distorsion äusserte, dass auf der körperlichen Ebene im Sommer (wohl 2002) zunehmend Beschwerden im Bereich der rechten Hüfte aufgetreten seien, welche auf die Schraube zurückgeführt worden seien. Nach Entfernung derselben seien die Beschwerden rasch rückläufig gewesen und die Beschwerdeführerin von Seiten der Hüfte beschwerdefrei (Urk. 8/II/165).

Das Zusatzgutachten der Klinik für Orthopädische Chirurgie des D.____ vom 10. Mai 2005 basiert auf einer klinischen Untersuchung, Röntgenaufnahmen der Beckenübersicht und der Hüfte rechts axial vom 3. Mai 2005 sowie einer MR-Arthographie der Hüfte rechts vom 3. Juni 2005. Die Beurteilung lautete dahingehend, dass die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Beschwerden, welche nach dem Unfall vom 21. Februar 2001 respektive dem vier bis fünf Tage später ereigneten Treppensturz aufgetreten seien, durch den operativen Eingriff vom 26. Oktober 2001 vollständig behoben worden seien. Die derzeit bestehenden Beschwerden seien als Restbeschwerden nach operativem Zugang zu werten, ausgelöst durch eine Bursitis trochanterica (DD: Fasziendehiszenz im Narbenbereich). Aufgrund des Unfallherganges - die Beschwerdeführerin schilderte anamnestisch den Unfallhergang als Treppensturz mit Aufschlag auf die rechte Körperseite (Urk. 8/II/262 S. 2) -, des MRI-Befundes sowie des intraoperativen Befundes und des Krankheitsverlaufs bezüglich des rechten Hüftgelenks sei die Unfallursächlichkeit mehrheitlich wahrscheinlich (Urk. 8/II/262).

Im Rahmen der multidisziplinären Begutachtung in der F.____ wurde die Beschwerdeführerin unter anderem rheumatologisch-orthopädisch untersucht. Anamnestisch findet sich der Hinweis auf eine Kontusionierung der rechten Hüfte (Urk. 8/II/275 S. 8). Im Bereich der rechten Hüfte klagt die Beschwerdeführerin über konstante Schmerzen im Trochanter major rechts in allen Positionen mit Ausstrahlung am antero-lateralen Oberschenkel bis zum Kniegelenk rechts. Daneben wurde eine geklagte Beschwerdeeinschränkung in der Rotation und Abduktion notiert. Der objektiv erhobene rheumatologisch-orthopädische Befund im Hüftbereich beschränkte sich dagegen auf ein weich eingeschränktes Viererzeichen des rechten Hüftgelenks. Die Beweglichkeit sei in allen Richtungen frei gewesen. Die Diagnose diesbezüglich lautete auf Schmerzen im Bereich des lateralen rechten Hüftgelenks bei einem Zustand nach traumatischem Impingementsyndrom rechts mit Labrumläsion, einem Zustand nach chirurgischer Hüftluxation rechts mit partieller Limbusresektion am 26. Oktober 2001, aktuell einer Periarthropathia coxae rechts im Bereich des Musculus tensor fasciae latae rechts und der Trochanterregion rechts, ICD-10 M76.9 (Hypermobilitätssyndrom). Die zuständigen Gutachter erachteten die Beschwerden von Seiten des rechten lateralen Hüftgelenkes als organischer und unfallbedingter Genese (Urk. 8/II/275 S. 53 und 54).

Am 23. März 2007 unterzog sich die Beschwerdeführerin aufgrund zunehmender Schmerzen über dem Trochanter major bei einer diagnostizierten Tractusdehiszenz einer Tractusrevision der rechten Hüfte und einer Wundkorrektur (Urk. 7/I/155). Der Verlauf war erfreulich; Röntgenaufnahmen vom 21. Mai 2007 zeigten ein zentriertes Hüftgelenk (Urk. 7/I/157-158; vgl. auch rheumatologisch-psychiatrisches-neuropsychologisches Verlaufsgutachten der F.____ vom 10. September 2007, Urk. 7/I/165 S. 2 f.).

Der Kreisarzt Dr. med. N.____, Facharzt für Chirurgie, erachtete am 19. Juni 2007 bei isolierter Betrachtung der Hüftproblematik eine zeitweise mittelschwere Arbeitstätigkeit in wechselnder Arbeitsposition ganzjährig als zumutbar (Urk. 7/I/159).

4.2 Den medizinischen Akten aus dem Rückfalldossier ist im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

Dr. I. ___ überwies die Beschwerdeführerin aufgrund zunehmender Schmerzen in der rechten Leiste sowie über dem Trochanter major mit Schreiben vom 18. Dezember 2009 an die C. ___ (Urk. 9/I/1/2). Die hierauf von PD Dr. med. O. ___, stellvertretender Chefarzt der Orthopädie der C. ___, am 11. Februar 2010 durchgeführte ambulante Untersuchung führte zur Beurteilung, dass die Empfindlichkeit am Trochanter mit der lateralen Narbe chirurgisch nicht verbessert werden könne. Das zweite Problem sei ein Schmerz, der möglicherweise artikular sei und mit einem Einriss im Labrum, der im MRI vom Februar 2007 sichtbar geworden sei, zusammenhängen könnte (Urk. 9/I/1/3).

Am 7. April 2010 führte PD Dr. O. ___ die Hüftarthroskopie rechts mit Débridement Pfannenrand 12-15 und Nachtaillierung des Kopf-Hals-Überganges durch. Indiziert gewesen sei der Eingriff wegen neu aufgetretener Leistenschmerzen 9 Jahre nach chirurgischer Hüftluxation. In der Bildgebung sei ein Kontrastmitteleintritt an der Basis des Labrums anterosuperior sichtbar geworden. Ebenfalls habe sich eine angedeutete spärlich ausgeformte Taillierung gezeigt, so dass wieder ein kleiner asphärischer Anteil am Kopf-Hals-Übergang vorhanden gewesen sei. Intraoperativ bestätigte sich der Verdacht auf einen Einriss des Labrums in der Peripherie des Pfannenrandes superior (Urk. 9/I/1/7).

Im Aktenbericht vom 28. September 2010 setzte sich der Kreisarzt Dr. G. ___ unter ausführlicher Darlegung und Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten mit der Frage, ob der operative Eingriff vom 7. April 2010 noch als Folge des Treppensturzes im Jahr 2001 zu betrachten sei, auseinander. Dabei stellte er sich auf Standpunkt, dass das Gutachten des D. ___ vom 10. Mai 2005 (Urk. 8/II/262), welches in einer ungewöhnlichen Diktion einen mehrheitlich wahrscheinlichen Kausalzusammenhang der am 26. Oktober 2001 operativ behandelten Hüftbeschwerden mit dem Treppensturz vom 28. Februar 2001 statuiert habe, den Ansprüchen an eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Problematik keineswegs genüge.

So würden die Ereignisse und Symptome nicht korrekt wiedergegeben, auch sei der intra-operative Befund eines Risses im Labrum nicht gleichbedeutend mit einer traumatischen Ätiologie. Im A. ___ sei frühzeitig die Diagnose einer Coxa profunda, bei welcher es sich um ein angeborenes Hüftleiden handle, gestellt worden. Eine Traumagenese sei nicht präferiert worden. Das jetzt operativ behandelte Hüftproblem stelle wiederum das gleiche patho-morphologische Substrat, welches im Jahr 2001 Anlass zu einer chirurgischen Intervention gegeben habe, dar, nämlich die Coxa profunda als präarthrotisches Leiden des Hüftgelenks. Die aktuell wieder aufgetretene Hüftpathologie sei nichts anderes als der typische nosologische Längsschnitt einer Arthroseentwicklung an einem präarthrotisch stigmatisierten Hüftgelenk (Urk. 9/I/1/24).

4.3 Dr. med. H. ___, Oberarzt der Orthopädie der C. ___, äußerte sich in seiner Stellungnahme vom 30. März 2011 dahingehend, dass die Beschwerdeführerin in beiden Hüften eine Impingement-Konfiguration aufweise, welche sich mit Beginn des Wachstums entwickelt habe und somit ein Geburtsgebrechen darstelle. Durch den Treppensturz im Jahr 2001 sei die Impingementsymptomatik rechts ausgelöst worden, was in der Folge eine chirurgische Hüftgelenksluxation mit partieller Limbusresektion und Kopf-/Schenkelhalstaillierung zur Folge gehabt habe. Die darauf folgende Entfernung der Schrauben 2002 und der Wundkorrektur/Tractusrevision im Jahr 2007 seien eine unmittelbare Folge der chirurgischen Hüftgelenksluxation gewesen. Im Verlauf habe sich

ein symptomatischer Labrumriss (MRI 2007) entwickelt, weshalb man sich für eine Hüftgelenks-Arthroskopie mit Débridement des Pfannenrandes und Nachtaillierung des Kopf-/Halsüberganges entschieden habe. Da die Beschwerdeführerin in der linken Hüfte trotz derselben Impingement-Konfiguration keine Beschwerden habe, sei davon auszugehen, dass die rechtsseitigen Beschwerden mit grosser Wahrscheinlichkeit auf das initiale Trauma zurückzuführen seien (Urk. 12/2).

Dr. G. erwiderte hierzu am 31. Mai 2011, dass die Auffassung, wonach bei praktisch symmetrischen radiologischen Befunden an beiden Hüften auch notwendigerweise die Beschwerden mehr oder weniger synchron auf beiden Seiten hätten beginnen müssen, angesichts der medizinischen Erfahrung nicht haltbar sei. Ausserdem manifestiere Dr. H. eine gewisse Unkenntnis der Hüftpathologien durch die unrichtige Feststellung, wonach es sich beim Leiden der Beschwerdeführerin um ein Geburtsgebrechen handle. Zudem werde durch diese Annahme eine Traumagenese unwahrscheinlich (Urk. 19).

Dr. H. gestand in seinem Schreiben vom 11. Juli 2011 sodann ein, dass die Impingement-Konfiguration am Hüftgelenk aus versicherungsmedizinischer Sicht kein Geburtsgebrechen darstelle. Sodann habe er nicht geschrieben, dass bei "praktisch symmetrischem radiologischem Befund an beiden Hüften notwendigerweise die Beschwerden mehr oder weniger synchron rechts und links hätten starten müssen", sondern nur, dass die rechtsseitigen Beschwerden mit grosser Wahrscheinlichkeit auf das initiale Trauma zurückzuführen seien. Damit nehme er jedoch keine Stellung zur Kausalitätsfrage (Urk. 23).

5. Anamnese

Bei der Würdigung der anamnestischen Angaben und der erhobenen Befunde in der Chronologie der medizinischen Akten sticht ins Auge, dass die Hüftproblematik der Beschwerdeführerin erstmals im Bericht von Dr. I. vom 30. April 2001, mehr als zwei Monate nach dem Unfall, erwähnt wird (Urk. 7/I/55). Sowohl im Austrittsbericht des Y. zur Hospitalisation vom 1. bis 8. März 2001 (Urk. 7/I/19) als auch in demjenigen der Z. zum Aufenthalt vom 15. März bis 9. April 2001 findet sich weder anamnestisch noch bei den erhobenen Befunden oder der Diagnostik ein Hinweis auf Hüftprobleme. Im Bericht der Z. werden lediglich im Verlauf aufgetretene lumbovertebrale und lumbospondylogene Beschwerden erwähnt (Urk. 7/I/42).

Anlässlich eines Patientenbesuchs des zuständigen Schadeninspektors der Beschwerdegegnerin vom 14. März 2001 erklärte die Beschwerdeführerin, sie habe sich beim Treppensturz vom 27. respektive 28. Februar 2001 Rückenbeschwerden zugezogen. Hüftprobleme erwähnte sie weder als Anfangsbeschwerden noch als aktuelle Problematik (Urk. 7/I/16). Bei einem weiteren Patientenbesuch vom 17. Mai 2001 sodann erwähnte sie, dass nach dem Unfall vom 21. Februar 2001 - mithin nicht dem Treppensturz vom 28. Februar 2001 - Hüftbeschwerden und zwar beidseits aufgetreten seien (Urk. 7/I/44). Auch in einem Protokoll des Haftpflichtversicherers vom 26. April 2001 werden beidseitige Hüftschmerzen protokolliert, wenn auch rechtsseitig verstärkt (Urk. 7/I/71). Gemäss Bericht zur Erstuntersuchung im A. vom 28. Juni 2001 erklärte die Beschwerdeführerin, dass die Hüftbeschwerden und zwar beidseits erst während des Rehabilitationsaufenthaltes

in Z.____ aufgetreten seien; die erhobenen Befunde zeigten dann aber rechts einen ausgeprägteren Befund, jedoch mit beidseits auslässbarem Psoaschnappen (Urk. 7/I/61). Bezeichnenderweise wurden die Hüftbeschwerden auch im Bericht der K.____ vom 18. Juli 2001 nicht als rechtsseitig lokalisiert und im übrigen keinem Unfallereignis zugeordnet (Urk. 7/I/69).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bereits hier ist festzustellen, dass die der Beurteilung des D.____ vom 10. Mai 2005 zugrunde gelegten anamnestischen Angaben, wonach es sich um lediglich rechtsseitige Hüftbeschwerden gehandelt habe, welche nach dem Treppensturz, bei welchem die Beschwerdeführerin anamnestisch auf der rechten Körperseite aufgeschlagen sei, aufgetreten seien (Urk. 8/II/262 S. 2 und S. 4 f.), nicht mit der vorherigen Aktenlage korrespondieren. So erklärte die Beschwerdeführerin noch am 17. Mai 2001 ausdrücklich, dass sie sich an das eigentliche Unfallereignis nicht gross erinnern könne; sie sei mit dem rechten Fuss abgeknickt und habe den Rücken angeschlagen (Urk. 7/I/44). Von einem Aufschlag auf die rechte Körperseite ist bis zum Gutachten des D.____ in keinem Bericht die Rede. Des Weiteren trifft die Reduktion auf rechtsseitige Hüftbeschwerden ebenso wenig zu wie das Auftreten der Beschwerden nach dem Unfall vom 21. respektive 28. Februar 2001 (Urk. 8/II/262 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass der Kreisarzt Dr. B.____ die im MRI vom 23. Oktober 2001 (Beilage zu Urk. 7/I/96) festgestellte Labrumläsion anterocranial bei vom A.____ festgestellter Coxa profunda (Urk. 7/I/96), welche er als rein krankhaften Befund erachtete, bei der gegebenen Aktenlage und dem Umstand, dass rechtzeitig keine Hüftverletzung dokumentiert war, als nicht unfallkausal erachtete (Urk. 7/I/99), erscheint denn auch nachvollziehbar. Weder das A.____ noch die zuständigen Ärzte der C.____, welche den vom A.____ empfohlenen operativen Eingriff am 26. Oktober 2001 durchführten, stellten in der Folge eine Unfallkausalität zur Diskussion. In den Berichten der C.____ vom 20. November 2001 (Urk. 7/I/108) und vom 13. Februar 2002 (Urk. 7/I/125) finden sich vielmehr die Diagnosen einer Pfannenrandtrimmung mit Limbusriss Hüfte rechts und einer Coxa profunda rechts.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Wie Dr. G.____ in seinem Bericht vom 28. September 2010 nachvollziehbar darlegte, handelt es sich bei der Coxa profunda regelmässig um eine angeborene Veränderung der Hüftgelenke, welche unter anderem mit einer sogenannten Pfannenrandtrimmung, das heisst der Abtragung des überstehenden Teils der knöchernen Pfanne, operativ behandelt wird (Urk. 9/I/24). Dass die Coxa profunda sich letztlich in Form von Labrumrissen und Knochenauflagerungen manifestieren kann (Urk. 9/I/24 S. 3), mithin keineswegs nur unfallursächlich entsteht, überzeugt ebenso (vgl. unter anderem: www.springerlink.com: zum Thema Läsionen des Labrum acetabulare) wie die Feststellung des Kreisarztes, dass anfänglich jeweils von Beschwerden an beiden Hüften die Rede gewesen sei, was typischerweise eine unfallkausale Gewichtung abschwäche (Urk. 9/I/24 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dagegen kann auf die Beurteilung im Gutachten des D.____ beweisrechtlich nicht abgestellt werden. So basiert diese einerseits - wie oben erläutert - auf zumindest deutlich überzeichneten anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin; andererseits standen der zuständigen Assistenzärztin Dr. P.____ die früheren Röntgenaufnahmen nicht zur Verfügung (vgl. Urk. 8/II/262 S. 4). Des Weiteren findet sich in der sehr kurz gehaltenen Beurteilung keine Auseinandersetzung mit der in den Vorakten mehrfach diagnostizierten Coxa profunda und den abweichenden

anamnestischen Erhebungen. Letztlich ist dem Gutachten auch nicht abschliessend zu entnehmen, welcher Gesundheitsschaden konkret als Unfallfolge betrachtet wird, mithin, ob der Labrumriss als direkte Unfallfolge beurteilt wird oder ob durch den Unfall ein vorbestandenes Leiden aktiviert worden sein soll, beschränkt sich Dr. P. ___ doch auf die Feststellung, dass die früheren wie auch die aktuellen Hüftbeschwerden aufgrund des Unfallherganges, des MRI-Befundes und des intraoperativen Befundes mehrheitlich wahrscheinlich kausal seien. Diese Aussage erweist sich angesichts der komplexen Aktenlage als deutlich zu vage und beweisrechtlich nicht verwertbar.

Dass in der Folge sowohl die zuständigen Ärzte der F. ___ und nunmehr auch diejenigen der C. ___ von einer unfallkausalen Limbusverletzung ausgingen (Urk. 7/I/150 7/I/155, 8/II/275 S. 53 und 54), ändert an dieser Beurteilung nichts. Angesichts dessen, dass sich weder in den Berichten der C. ___ noch im Gutachten der F. ___ eine nachvollziehbare Auseinandersetzung mit der Frage der Ätiologie der Hüftbeschwerden findet, ist davon auszugehen, dass sich beide Kliniken letztlich damit begnügten, die Schlussfolgerungen des D. ___ als gegeben zu betrachten.

Vielmehr führt die Würdigung der Aktenlage zum Schluss, dass die Beurteilung der Folgen des Treppensturzes vom 28. Februar 2001 von Dr. G. ___ vom 28. September 2010 (Urk. 9/I/24) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zutrifft. Im Lichte der gesamten Aktenlage zum Grundfall erweisen sich seine Ausführungen zum Vorzustand der Coxa profunda und deren Bedeutungsgehalt im Zusammenhang mit dem Labrumriss als nachvollziehbar begründet. Insbesondere erfolgten sie, anders als das Gutachten des D. ___ und dasjenige der F. ___, in eingehender Auseinandersetzung mit den Vorakten und korrespondieren mit den unfallnahen medizinischen Unterlagen wie insbesondere dem Bericht des A. ___s vom 5. Oktober 2001 (Urk. 7/I/96). Keine andere Beurteilung drängt sich letztlich aufgrund der im gerichtlichen Verfahren eingereichten Stellungnahmen von Dr. H. ___ der C. ___ (Urk. 12/2, 23) auf. Im Gegenteil bestätigte Dr. H. ___ den Vorzustand in beiden Hüften im Sinne einer Impingement-Konfiguration und sprach sich zumindest nicht ausdrücklich für einen Limbusriss als direkte Unfallfolge aus (Urk. 12/2).

Zwar ist nicht ausgeschlossen, dass der Treppensturz - wie von Dr. H. ___ vermutet - den Vorzustand symptomatisch werden liess, jedoch kann dies angesichts des Verlaufs ohne unfallnah dokumentierte Hüftbeschwerden und mangels der Diagnose entsprechender Kontusionen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erstellt betrachtet werden. Wie unter Erwägung 1.1 erwähnt, kann eine gesundheitliche Schädigung nicht schon als durch den Unfall verursacht gelten, weil sie nach demselben aufgetreten ist. Die Anwendung dieser Praxis rechtfertigt sich im vorliegenden Fall angesichts des breiten Beschwerdebildes der Beschwerdeführerin mit diversen Vorzuständen und Unfällen umso mehr. Damit aber ist als nicht erstellt zu betrachten, dass der Treppensturz vom 28. Februar 2001 zu einem Limbusriss in der rechten Hüfte geführt hat, noch kann mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass ein krankhafter Vorzustand aktiviert worden ist. Auf weitere Abklärungen hierzu ist in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 157 E. 1d) zu verzichten.

Für den Nachweis der Unfallkausalität der rückfallweise gemeldeten Beschwerden bedeutet dies, dass angesichts des erheblichen zeitlichen Abstandes zum Unfall und mangels eindeutiger auf den Unfall zurückzuführender struktureller

