Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 11. April 2019 (725 18 315 / 96)

Unfallversicherung

Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit versicherungsinterner Erhebungen. Wegfall jeglicher Unfallfolgen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Verpflichtung zur Ausrichtung weiterer Versicherungsleistungen.

Besetzung	Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiber Stephan Paukner
Parteien	**A.____**, Beschwerdeführerin, vertreten durch Christoph Rudin, Advokat, Falknerstrasse 36, Postfach 186, 4001 Basel gegen **SOLIDA Versicherungen AG**, Saumackerstrasse 35, Postfach, 8048 Zürich, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Martin Bürkle, Rechtsanwalt LL.M., Thouvenin Rechtsanwälte KLG, Klausstrasse 33, 8024 Zürich
Betreff	Leistungen

A. Die 1951 geborene A.____ ist seit dem 1. Oktober 1999 bei der Spitex B.____ tätig und war in dieser Eigenschaft bei der Concordia Schweizerische Kranken und Unfallversicherung AG (Concordia) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 31. Oktober 2016 kollidierte sie als vortrittsberechtigte Velofahrerin in einem Verkehrskreisel mit einem Lieferwagen. Dabei zog

sie sich gemäss Erstbericht des Spitals C.____ vom 7. November 2016 eine Contusio capitis sowie diverse weitere Kontusionen am Thorax, am rechten Knie und am linken Ellenbogen zu. Aufgrund einer am 24. November 2016 erstellten Bildgebung wurde in der Folge zusätzlich eine dislozierte Sakrumlängsfraktur beidseits, eine nicht dislozierte Querfraktur des Os Coccygis im Bereich des ersten Wirbelkörpers sowie eine obere und untere Schambeinastfrakur rechts erhoben. Im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) konnte bei reizloser multisegmentaler Diskopathie mit geringgradigen Diskusprotrusionen ohne Neurokompression hingegen keine Fraktur nachgewiesen werden. Die Concordia erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen für die Folgen dieses Ereignisses. Aufgrund anhaltender Beschwerden im LWS- und Beckenbereich erfolgte am 10. November 2017 ein operativer Eingriff mit Dekompensation L3/4 und L4/5. Nach weiteren Abklärungen der gesundheitlichen Verhältnisse teilte die Concordia der Versicherten am 16. November 2017 schliesslich mit, dass die erlittenen Frakturen nach sechs Monaten abgeheilt gewesen seien und seither keine Unfallfolgen mehr vorliegen würden, weshalb die Leistungen per 30. April 2017 eingestellt würden. Daran hielt sie mit Verfügung vom 15. Dezember 2017 und Einspracheentscheid vom 21. August 2018 fest.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Advokat Christoph Rudin, am 21. September 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, der Einspracheentscheid vom 21. August 2018 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr über den 30. April 2017 hinaus die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen. Eventualiter sei die Sache zur ergänzenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 27. November 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Kurzreplik vom 21. Dezember 2018 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Rechtsbegehren und an ihren Beweisanträgen in der Beschwerde vom 21. September 2018 fest. Mit Eingabe vom 29. Januar 2019 teilte die Solida Versicherungen AG (Solida), vertreten durch Rechtsanwalt Martin Bürkle, mit, dass sie per 1. Januar 2019 das Unfallversicherungsgeschäft der Concordia übernommen habe und somit deren neue Rechtsträgerin sei. Damit sei sie neu als Beschwerdegegnerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren zu führen. Gleichzeitig verzichtete sie unter Hinweis auf ihre Vernehmlassung auf die Einreichung einer Duplik.

Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien ist soweit notwendig in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1.1 Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG)

vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser im Kanton Basel-Landschaft, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 21. September 2018 ist demnach einzutreten.

1.2 Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1984 sowie der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen ereignet haben, werden nach bisherigem Recht ausgerichtet (vgl. Übergangsbestimmung in Art. 118 Abs. 1 UVG). So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug zu nehmen ist.

2. Materiell strittig ist die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die gesetzlichen Leistungen zu Recht per 30. April 2017 eingestellt hat.

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld.

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt – unter anderem – voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele. Für die Bejahung der natürlichen Unfallkausalität eines Beschwerdebilds genügt eine Teilursächlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5), wobei sich die Leis-

tungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen erstreckt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2016, 8C_620/2015, E. 3.1). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

2.4 Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C_816/2009 E. 4.3 mit Hinweisen). Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Dies gilt selbst dann, wenn sich die Gesundheitsschädigung bei einer Gewichtung der konkurrierenden Ursachen zum stark überwiegenden Teil als Krankheitsfolge darstellt. Dies bedeutet unter Umständen, dass die versicherte Person Anspruch auf einen ope-

rativen Eingriff mit anschliessender zweckmässiger Behandlung hat, wenn diese im Gesamtkontext gesehen letztlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der (vorzeitigen) Beseitigung der vom Unfall zumindest mitverursachten Beschwerden diente und nicht gesagt werden kann, die Operation sei auch ohne den durch den Unfall bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juni 2008, 8C_326/2008). Art. 36 UVG setzt voraus, dass der Unfall und der Vorzustand derart zusammenwirken, dass von einer gemeinsamen Verursachung des Gesundheitsschadens zu sprechen ist. Beide Ursachen sind somit für den gleichen Schaden kausal. Keine gemeinsame Verursachung liegt vor und die Bestimmung ist daher nicht anwendbar, wenn die beiden Einwirkungen einander nicht beeinflussende Schäden verursacht haben, so etwa wenn der Unfall und der Vorzustand verschiedene Körperteile betreffen und sich damit die Krankheitsbilder nicht überschneiden (BGE 126 V 116 E. 3a; BGE 121 V 326 E. 3). Mit Art. 36 UVG wird das Kausalitätsprinzip teilweise durchbrochen; der Unfallversicherer hat für Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie Taggelder und Hilflosenentschädigungen ohne Einschränkung aufzukommen (Art. 36 Abs. 1 UVG). Liegt eine gemeinsame Schadenverursachung vor, kann deshalb keine Aufteilung der Leistungen nach Kausalitätsanteilen erfolgen (BGE 121 V 326 E. 3c).

3.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person oder der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin – ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten ver-

sicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

3.3 Rechtsprechungsgemäss kann auch reinen Aktengutachten voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95; nicht publizierte Erwägung 5b des Urteils BGE 114 V 109, veröffentlicht in RKUV 1988 Nr. U 56 S. 366; vgl. auch Urteile U 181/06 vom 21. Juni 2007, E. 2.3, und U 223/06 vom 8. Februar 2007, E. 5.1.2). Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann sehr wohl in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (HANS KIND, So entsteht ein medizinisches Gutachten, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Universität St. Gallen/Band 42, St. Gallen 1997, S. 52).

3.4 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

4. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Einspracheentscheid vom 21. August 2018 in Bezug auf die Frage, ob zwischen dem Unfall vom 31. Oktober 2016 und den über den 30. April 2017 hinaus geklagten Beschwerden weiterhin ein Kausalzusammenhang besteht, auf die Ausführungen ihres beratenden Arztes Dr. D.____ vom 14. November 2017 und vom 31. Juli 2018 (Separat-Beilagen 1 und 2 zur Vernehmlassung). Sie ging demgemäss davon aus, dass die anlässlich des Unfallereignisses vom 31. Oktober 2016 erlittenen Frakturen nach spätestens sechs Monaten abgeheilt gewesen seien, und seither wieder jener Zustand erreicht worden sei, wie er bereits vor dem Unfall bestanden habe. Der operative Eingriff vom 10. November 2017 habe der Behandlung von vorbestehenden und damit degenerativen Veränderungen der LWS gedient.

4.1 Wie oben ausgeführt, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall wie hier ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Erwägung 3.2 hiervor). Solche Zweifel an der Zuverlässigkeit der versicherungsinternen Beurteilungen des beratenden Arztes Dr. D.____ liegen hier aber offensichtlich vor. Sie ergeben sich zunächst mit Blick auf die zeitlich kurz vor der verfügten Leistungseinstellung ergangene, ebenfalls versicherungsinterne Beurteilung durch Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 27. März 2017. Daraus geht hervor, dass die in jenem Zeitpunkt noch geltend gemachten Beschwerden der Versicherten sehr wohl auf den erlittenen Unfall zurückzuführen waren (Akt M13 der Beilagen der Beschwerdegegnerin zur Vernehmlassung). Auf diese abweichende Beurteilung der medizinischen Verhältnisse hat der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin in seinen anschliessenden Stellungnahmen keinen Bezug genommen. Mithin kann entgegen der von ihr vertretenen Auffassung gerade nicht davon gesprochen werden, die vertrauensärztlichen Beurteilungen von Dr. D.____ beruhten auf einem aktuellen Aktenstand.

4.2 Grosse Zweifel an dessen Einschätzung sind vor allem aber auch deshalb angebracht, weil er nicht auf die erlittenen Frakturen der Versicherten eingeht, sondern auf den ursprünglich falschen Befund im Austrittsbericht des erstbehandelnden Spitals B.____ vom 7. November 2016 verweist. Es trifft es zwar zu, dass in diesem Bericht keine unfallkausalen Beschwerden an der LWS dokumentiert worden sind (Akt M2 der Beilagen der Beschwerdegegnerin zur Vernehmlassung), und sich die Versicherte keine Frakturen an der LWS zugezogen hat (Akt M3 der Beilagen der Beschwerdegegnerin zur Vernehmlassung). Diese Tatsache als zentrale Begründung für den Wegfall jeglicher unfallkausaler Beschwerden heranzuziehen, greift indes deutlich zu kurz: Hintergrund bildet der Umstand, dass erst durch das anschliessend am 24. November 2016 veranlasste MRT festgestellt worden ist, dass sich die Beschwerdeführerin bei ihrem Fahrradsturz am 31. Oktober 2016 eine dislozierte Sakrumlängsfraktur beidseits, eine nicht dislozierte Querfraktur des Os Coccygis im Bereich des ersten Wirbelkörpers sowie eine obere und untere Schambeinastfrakur rechts zugezogen hat (Akt M3 der Beilagen der Beschwerdegegnerin zur Vernehmlassung). Weshalb diese Brüche nicht bereits anlässlich des stationären Aufenthalts im Spital B.____ erhoben worden sind, braucht an dieser Stelle nicht geklärt zu werden. Es kann allerdings kein Zweifel bestehen, dass diese Frakturen auf das erlittene Unfallereignis zurückzuführen sind und genau jene Beschwerden verursacht haben, welche ursprünglich die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit der Versicherten eingeschränkt haben (Akt M10, M11, M12 und M15 der Beilagen der Beschwerdegegnerin zur Vernehmlassung). Wenn der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin die Kausalität dieser zentralen Verletzungsfolgen in seiner Beurteilung vom 31. Juli 2018 mit dem Fehlen unfallkausaler Beschwerden an anderen Körperstellen begründet, vermag dies jedenfalls nicht zu überzeugen, zumal er in seiner ersten Aktenbeurteilung vom 14. November 2017 darauf zunächst noch Bezug genommen hatte (Separat-Beilage 1 zur Vernehmlassung der Beschwerdegegnerin).

4.3 Erschwerend tritt hinzu, dass die in der Erstbeurteilung von Dr. D.____ vom 14. November 2017 vertretene Auffassung, die erlittenen Frakturen seien nach spätestens sechs Monaten

abgeheilt gewesen, nicht nur unbegründet ausgefallen ist, sondern auch der übrigen medizinischen Aktenlage widerspricht. Der Versicherten war bereits Mitte Dezember 2016 in Aussicht gestellt worden, dass die erlittenen Frakturen Geduld in Anspruch nehmen würden, und dass das Hauptmerkmal nunmehr auf der Schmerzbehandlung liege (Akt M10 der Beilage der Beschwerdegegnerin zur Vernehmlassung). Mitte Januar 2017 berichtete diese über einen protrahierten Verlauf mit persistierenden Schmerzen. Nachdem eine Osteoporose oder Osteoponie als krankhafte Mitursachen für die erlittenen Frakturen ausgeschlossen worden waren, wurde in der Folge eine erneute radiologische Kontrolle des Beckens veranlasst (Akt M11 der Beilagen der Beschwerdegegnerin zur Vernehmlassung). Bei identischer Beschwerdepersistenz, einem weiterhin äusserst mühsamen Verlauf und einem objektiven Befund mit stark hinkenden Gangbild und nur kleinen Schritten wurde anfangs März 2017 sodann eine weitere Bildgebung mit der Frage nach der ossären Konsolidierung veranlasst (Akt M15 der Beilagen der Beschwerdegegnerin zur Vernehmlassung). Nachdem es im Rahmen der ossären Konsolidierung zu einer generellen Besserung der dorsalseitigen Beckenschmerzen gekommen war, kam es Ende März 2017 zu einer Kompressionsfraktur, welche mangels arthrotischer Ursachen als Folge der zuvor erlittenen Frakturen interpretiert wurde (M16 der Beilagen der Beschwerdegegnerin zur Vernehmlassung). Für den Fall einer fortschreitenden Schmerzpersistenz wurde eine erneute Zuweisung mit nochmaliger Bildgebung vorbehalten. In der Tat persistierten Mitte des Jahres 2017 noch immer Schmerzen im Bereich des in Mitleidenschaft gezogenen Kreuzbeins mitsamt den bereits zuvor beklagten Ausstrahlungen in die Leiste und in den Schritt (Akt M18 der Beilagen der Beschwerdegegnerin zur Vernehmlassung). Alleine die Chronologie dieser Krankengeschichte zeigt auf, dass an dem ohne weitere Begründung vertretenen Standpunkt von Dr. D.____ erhebliche Zweifel anzubringen sind. Der Umstand, dass sich anfangs März 2017 noch immer die Frage der ossären Konsolidierung gestellt hatte, und Ende März 2017 noch eine Folgefraktur in den medizinischen Akten dokumentiert worden ist, widerspricht jedenfalls seiner Kurzbeurteilung.

4.4 Dessen Ausführungen greifen schliesslich vor allem aber auch deshalb zu kurz, weil sie sich nur auf die ossären Verhältnisse fokussieren, nicht aber jene ligamentären Verletzungsfolgen im bereits ursprünglich frakturbetroffenen Sakrum miteinbeziehen, welche vom behandelnden Fachorthopäden noch Mitte des Jahres 2017 weiterhin als unfallkausal bezeichnet worden sind (Akt M18 der Beilagen der Beschwerdegegnerin zur Vernehmlassung). Dessen Ausführungen im Bericht vom 23. Juni 2017 sind bei summarischer Betrachtung jedenfalls nicht anders zu verstehen, als dass der unfallbedingte Seitenaufprall zu schmerzhaften Verletzungen ebenfalls der Ligamente im sakralen Ansatz geführt und die ab Ende Mai 2017 eingetretene Schmerzexazerbation durch eine reaktive Kontraktion über das Gesäss in die Flanke bis unter die LWS dadurch zumindest mitverursacht hat (Akt M18 der Beilagen der Beschwerdegegnerin zur Vernehmlassung). Gegenteilige Argumente, weshalb dieser Auffassung nicht gefolgt werden kann, sind den Stellungnahmen des Vertrauensarztes keine zu entnehmen. Seine Aussage, dass weder eine vorübergehende noch eine richtunggebende unfallkausale Verschlechterung der LWS-Beschwerden nachgewiesen sei, beschränkt sich mit anderen Worten zu Unrecht auf ossäre Verletzungen und lässt die durch den behandelnden Wirbelsäulenspezialisten nachvollziehbar als unfallkausal postulierten Verletzungen der Bänder, Sehnen, Faszien und der Muskulatur (Beilage 13 zur Beschwerdebegründung) letztlich unkommentiert. Zumal mit zu-

nehmendem Zeitablauf just diese ligamentären Verletzungen das Beschwerdebild dominiert haben, kann deshalb auch nicht gesagt werden, die in der Folge am 11. November 2017 in die Wege geleitete chirurgische Dekompression auf Höhe L3/4 und L4/5 sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesslich degenerativ bedingt gewesen. Gegen diese Auffassung spricht die Aussage im entsprechenden Bericht des Operateurs vom 11. November 2017, wonach der ursprünglich erlittene Fahrradunfall den Eingriff indiziert habe (Beilage 11 zur Beschwerdebegründung). Wenn der behandelnde Orthopäde in der Folge deshalb die Auffassung vertritt, dass die Kausalkette bis hin zum aktuellen Behandlungsergebnis Ende Januar 2018 bisher an keiner Stelle unterbrochen worden sei (Beilage 13 zur Beschwerdebegründung), deckt sich dessen Auffassung weiterhin unfallkausaler Beschwerden mit den oben erwähnten, medizinischen Vorakten. Die ohne jegliche Begründung als nicht nachvollziehbar taxierte Gegenmeinung von Dr. D.____ kann bei dieser Aktenlage nicht überzeugen. Daran vermag auch nichts zu ändern, dass Dr. D.____ in seiner zweiten Stellungnahme vom 31. Juli 2018 davon ausgeht, dass der Vorzustand auch bezüglich der erlittenen Weichteilkontusionen spätestens sechs Monate nach dem Unfall vom 31. Oktober 2016 wieder erreicht worden sei. Diese Auffassung bleibt ebenso unbegründet. Aufgrund der vorliegenden Akten kann deshalb nicht gesagt werden, der operative Eingriff vom 10. November 2017 sei überwiegend wahrscheinlich auch ohne den Unfall vom 31. Oktober 2016 notwendig gewesen.

4.5 Zusammenfassend lässt die medizinische Aktenlage gerade nicht darauf schliessen, dass der Unfall vom 31. Oktober 2016 mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit per Ende April 2017 jede – auch nur teilweise – kausale Bedeutung verloren hat. Die Beschwerdegegnerin vermag den ihr obliegenden Beweis für eine Leistungseinstellung auf diesen Zeitpunkt hin nicht zu erbringen (oben, Erwägung 2.3). Sie ist deshalb zu verpflichten, über den 30. April 2017 hinaus bis zum Behandlungsabschluss der verbleibenden Unfallfolgen die gesetzlichen Leistungen weiterhin so lange zu erbringen, bis sie aufgrund von ergänzenden Abklärungen des medizinischen Sachverhalts in der Lage ist, den Eintritt des Status quo sine und damit den Wegfall jeglicher unfallkausaler Ursachen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darzutun (oben, Erwägung 3.4). Die Beschwerde ist bei diesem Ergebnis gutzuheissen.

5. Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 61 lit. a ATSG ist der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos. Es sind deshalb keine Verfahrenskosten zu erheben. Gemäss dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Deren Rechtsvertreter hat gemäss Honorarnote vom 13. Februar 2019 einen Aufwand von sieben Stunden à Fr. 250.-- sowie Auslagen von Fr. 138.40 ausgewiesen, was nicht zu beanstanden ist. Die Solida hat der Beschwerdeführerin somit eine Parteientschädigung von Fr. 2‘027.60 (inklusive Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (seit 1. Januar 2019: SOLIDA Versicherungen AG) vom 21. August 2018 aufgehoben und die SOLIDA Versicherungen AG wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen über den 30. April 2017 hinaus vorerst weiterhin zu erbringen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die SOLIDA Versicherungen AG hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2‘027.60 (inkl. Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) auszurichten.