

200 15 709 UV
GRD/PES/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 29. September 2016

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____,
Beschwerdeführer

gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 2. Juli 2015
(5.25261.97.2;17.20674.14.5)



Sachverhalt:

A.

Am 27. bzw. 28. Dezember 1995 erlitt der 1971 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) bei einem Sturz mit dem Snowboard eine Distorsion des linken oberen Sprunggelenks sowie des linken Mittelfusses (vgl. act. IIC 4). Die SUVA (nachfolgend SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (act. IIC 8). Am 14. August 1996 liess der Versicherte als „Folgeschaden“ Kniebeschwerden links melden (act. IIC 9, 10). Nach entsprechenden Abklärungen verneinte die SUVA am 12. November 1996 einen Kausalzusammenhang zwischen den neu geklagten Knieschmerzen und dem Unfall vom 27. bzw. 28. Dezember 1995 (act. IIC 17). Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Am 3. April 1997 ging der SUVA eine weitere den Versicherten betreffende Unfallmeldung zu. Gemäss der darin enthaltenen Unfallbeschreibung ist der Versicherte am 30. März 1997 in der Skiregion Verbier/VS auf der letzten Abfahrt mit dem Snowboard gestürzt (act. II 1). Am 3. April 1997 fand in der Folge eine diagnostische Kniearthroskopie links mit Teilmenishektomie des medialen Vorderhorns links sowie eine offene Reposition und Osteosynthese einer Bimalleolarfraktur links statt (act. II 5). Am 15. Januar 1998 wurde das Osteosynthesematerial wieder entfernt (act. II 20).

C.

Mit Unfallmeldung UVG vom 2. Juni 1999 wurde der SUVA ein Rückfall zum Unfall vom 30. März 1997 gemeldet. Das Fussgelenk sei seit diesem Unfall nie mehr ganz in Ordnung gewesen und nun seien erneut Arztbesuche und eine Operation nötig geworden (act. II 33). Gemäss Operationsbericht vom 12. Mai 1999 bestand die betreffende Operation aus einer dia-

gnostischen Arthroskopie des oberen Sprunggelenks, der Entfernung einer ausgedehnten Knorpelverletzung daselbst sowie einer lateralen Bandplastik mit Periostlappen (act. II 38). Mit Schreiben vom 19. März 2001 teilte die SUVA den Fallabschluss mit. Von einer weiteren ärztlichen Behandlung sei keine wesentliche Besserung mehr zu erwarten (act. II 103). In der Folge sprach sie dem Versicherten mit Verfügung vom 28. Juli 2003 auf der Basis einer Integritätseinbusse von 10% eine Integritätsentschädigung zu (act. II 113).

Nach entsprechender Berufsberatung (act. II 60), Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten (act. II 75) sowie einem zwischenzeitlichen einjährigen Amerikaaufenthalt (act. II 101) gewährte die Invalidenversicherung dem Versicherten mit Verfügung vom 14. August 2002 eine Umschulung zum ... vom 12. August 2002 bis 4. Juli 2003 (act. II 109), mit Verfügung vom 21. Juli 2003 eine Verlängerung der Umschulung mit Fortsetzung der Ausbildung zum ... vom 18. August 2003 bis 31. Juli 2004 (act. II 111) sowie mit Verfügung vom 27. Juli 2004 Kostengutsprache für eine Einarbeitung vom 1. August 2004 bis 31. Januar 2005 (act. II 116).

Nach Abschluss der beruflichen Eingliederung durch die Invalidenversicherung verneinte die SUVA mit Mitteilung vom 14. November 2005 einen Anspruch des Versicherten auf Rentenleistungen. Ihre Abklärungen hätten ergeben, dass er trotz der zurückgebliebenen Unfallfolgen in der Lage sei, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen (act. II 138).

D.

Am 24. März 2009 meldete der Versicherte erneut einen Rückfall zum Unfall vom 30. März 1997. Er habe wieder Schmerzen und deshalb einen Arzt aufsuchen müssen. Aktuell sei er im Spital C. _____ in Behandlung (act. II 139). Dort wurden in der Folge bei beginnender OSG-Arthrose links am 17. Dezember 2009 eine Arthroskopie des linken oberen Sprunggelenks sowie eine Revision der Tibialis posterior Sehne links durchgeführt (act. II 150). Als Ergebnis wurden eine deutlich bessere Beweglichkeit und weniger Schmerzen im linken oberen Sprunggelenk festgehalten (act. IIA 163, 166). Die SUVA erbrachte die gesetzlichen Leistungen.

Am 8. Dezember 2010 meldete der Versicherte erneute Schmerzen (act. IIA 167). Am 21. Mai 2012 entschied man sich zu einer weiteren Arthroskopie (act. IIA 181). In der Folge fand am 10. Juli 2012 ein arthroskopisches Débridement des linken oberen Sprunggelenks mit Lösung von ausgedehnten Vernarbungen und Entfernung eines freien Gelenkkörpers statt (act. IIA 184). Gemäss Bericht zur Nachkontrolle vom 17. September 2012 waren nach dieser Operation keine antero-lateralen Beschwerden mehr vorhanden, sondern lediglich noch gelegentlich leichte Überlastungsschmerzen in der Wade, ähnlich einem Muskelkater (act. IIA 187).

E.

Gemäss Arztbericht des Spitals C. _____ vom 28. November 2012 hat der Beschwerdeführer zwischen der Nachkontrolle vom 17. September 2012 und dem 27. November 2012 neu noch ein Distorsionstrauma des linken Kniegelenks mit medialer Meniskusläsion erlitten. Das Unfalldatum folge (act. IIA 190). Am 17. Januar 2013 teilte der Versicherte telefonisch mit, dass die Behandlung am linken Knie nicht die SUVA betreffe. Die Behandlung am linken Fussgelenk gehe noch weiter. Die nächste Kontrolle finde im Februar 2013 im Spital C. _____ statt (act. IIA 191). Dort wurde die Behandlung in der Folge abgeschlossen (act. IIA 193).

F.

Im Januar 2014 wurde der SUVA ein erneuter Rückfall zum Unfall vom 30. März 1997 gemeldet (vgl. act. I 194 – 196), wobei sich aus einem Arztbericht vom 27. Dezember 2013 ergibt, dass der Beschwerdeführer am 21. Oktober 2013 erneut eine Kniedistorsion links erlitten hatte (act. IIA 197). Am 7. Januar 2014 diagnostizierte Prof. Dr. med. D. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, beim Versicherten ein femoroazetabuläres Impingement der linken Hüfte mit Labrumläsion, knöchernem Bump und reaktiver Synovitis (act. IIA 198). Am 20. Februar 2014 fand eine Hüftarthroskopie links mit Osteotomie des Schenkelhalskopfübergangs, Labrum-Débride-

ment, Pulvinar-Resektion, partieller Synovektomie und Bump-Resektion statt (act. IIA 205). Der Kreisarzt verneinte in der Folge eine Kausalität zwischen dieser Operation und dem Unfall vom 30. März 1997 (act. IIA 206). Nachdem sich der Versicherte mit dieser Beurteilung nicht einverstanden erklärte (act. IIA 209, 212), nahm der Kreisarzt am 4. April 2014 ausführlich Stellung und verneinte erneut, dass das erstmals 2014 diagnostizierten Hüftleiden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einem bei der SUVA versicherten Ereignis kausal sei (act. IIA 213). In der Folge teilte der Versicherte mit, dass die Behandlung der neusten Kniebeschwerden irrtümlicherweise über die Krankenkasse abgewickelt worden sei. Er habe sich das Knie verdreht und werde nun via Arbeitslosenversicherung eine Unfallmeldung erstatten. Er sei der Meinung, dass die Hüftproblematik aufgrund dieser Knieverletzung entstanden sein könnte (act. IIA 216).

Am 14. April 2014 ging der SUVA in der Folge eine entsprechende Unfallmeldung zu. Der Versicherte habe sich am 21. Oktober 2013 beim Apfelpflücken auf einem Baum das linke Knie verdreht. Langjährig vorbestehende Hüftbeschwerden seien durch den Vorfall vom 21. Oktober 2013 für ca. 1 – 2 Wochen verstärkt worden (act. IIB 3; siehe auch act. IIA 221).

Mit Verfügung vom 7. August 2014 bejahte die SUVA einen teilkausalen Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 21. Oktober 2013 und den Kniebeschwerden links. Demgegenüber sei ein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 30. März 1997 wie auch dem Unfall vom 21. Oktober 2013 und dem Hüftleiden links zu verneinen. Diesbezüglich sei sie nicht leistungspflichtig (act. IIA 233).

G.

Gegen diese Verfügung erhoben sowohl der Versicherte als auch dessen Krankenversicherer Einsprache (act. IIA 234, 243, 248), wobei der Versicherte seine Einsprache durch ein Gutachten vom 26. Februar 2015 inkl. Beilagen des ihn seit Ende 2013 behandelnden Arztes Prof. Dr. med. D. _____ begründen liess (act. IIA 259 – 262).

Die SUVA unterbreitete das Dossier in der Folge ihrem Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin (act. IIA 264). Dieses kam mit ausführlicher Beurteilung vom 1. Juni 2015 zum Schluss, dass entgegen der Meinung von Prof. Dr. med. D. _____ kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 30. März 1997 und den geltend gemachten Hüftbeschwerden bestehe. Auch ein Kausalzusammenhang zum Unfall vom 21. Oktober 2013 sei zu verneinen (act. IIA 269). In der Folge wies die Suva die Einsprachen mit Entscheid vom 2. Juli 2015 ab (act. IIA 271).

H.

Hiergegen erhob der Versicherte am 29. Juli 2015 bei der SUVA Einspruch, welchen diese am 12. August 2015 zur Behandlung als Beschwerde ans Verwaltungsgericht des Kantons Bern überwies.

Mit Beschwerdeantwort vom 14. Oktober 2015 beantragt die SUVA im so eröffneten Beschwerdeverfahren die Abweisung der Beschwerde.

Am 21. Dezember 2015 reichte der Beschwerdeführer, neu vertreten durch Fürsprecher B. _____, unter Beilage eines neuen Parteigutachtens von Prof. Dr. med. D. _____ vom 18. Dezember 2015 inkl. Beilagen (Beschwerdebeilage [BB] 1) Schlussbemerkungen ein. Diese gingen in der Folge inklusive Beilagen an die Beschwerdegegnerin mit der Möglichkeit zur Stellungnahme.

Mit Stellungnahme vom 26. Februar 2016 hielt die Beschwerdegegnerin unter Beilage einer erneuten Beurteilung durch ihr Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin vom 19. Februar 2016 an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

Der Beschwerdeführer erhielt hierauf erneut die Möglichkeit, Schlussbemerkungen einzureichen, was er mit Eingabe vom 17. Mai 2016, wiederum vertreten durch Fürsprecher B. _____, unter Beilage einer ergänzenden Stellungnahme von Prof. Dr. med. D. _____ vom 20. April 2016 (BB 2), auch tat.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid der SUVA vom 2. Juli 2015 (act. IIA 271). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin in Bezug auf das beim Beschwerdeführer im Januar 2014 diagnostizierte Hüftleiden links leistungspflichtig ist.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG).

Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.2.2 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, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

2.3 Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 2003 U 487 S. 341 E. 2).

Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b). Vielmehr obliegt es dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge postulierten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahr-

scheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers (Entscheid des BGer vom 26. September 2008, 8C_102/2008, E. 2.2). 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 (RKUV 1997 U 275 S. 191 E. 1c).

2.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

2.5 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.6 Aktengutachten sind nach der Praxis nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

2.7 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4).

2.8 Ein Parteigutachten besitzt nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c S. 354; SVR 2013 IV Nr. 40 S. 119 E. 2).

2.9 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den die Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). In einem solchen Vorgehen liegt kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236). Auch das Fairnessgebot von Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) gewährt in diesem Zusammenhang keinen zusätzlichen Schutz (BGE 124 V 90 E. 4b S. 94).

3.

3.1 Anlässlich des Snowboardunfalles vom 30. März 1997 erlitt der Beschwerdeführer gemäss echtzeitlichen Akten eine Meniskusläsion links im Bereich des medialen Vorderhorns sowie eine Bimalleolarfraktur links

mit Ausriss der Gelenkkapsel, des Ligamentum calcaneofibulare und Luxation der Peronaeusehnen. Am 3. April 1997 fand in der Folge eine Teilmeniskektomie des medialen Vorderhorns links sowie eine offene Reposition und Osteosynthese der Bimalleolarfraktur links statt (act. II 4 - 6). Beschwerden im Bereich der linken Hüfte wurden gemäss Akten zeitnah zum Unfall nie geklagt und es finden sich in den echtzeitlichen Akten auch keine anderen Anhaltspunkte für eine mögliche Mitschädigung der linken Hüfte durch den Unfall vom 30. März 1997. Eine umfassende konsiliarische Untersuchung durch Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, für Rheumatologie sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, vom 3. Oktober 1997 ergab vielmehr explizit klinisch unauffällige Verhältnisse im Bereich der Hüftgelenke mit normaler Beweglichkeit und einer Kraft der gesamten Hüftmuskulatur von symmetrisch M5 (act. II 16 S. 2; siehe auch act. II 19).

Nach der Osteosynthesematerialentfernung im Bereich des linken Fussgelenks vom 15. Januar 1998 konnte der Beschwerdeführer ab dem 20. April 1998 wieder zu 100% arbeiten (act. II 25), wobei dokumentiert ist, dass nach 5 – 6 Stunden Arbeit jeweils noch Schmerzen im Bereich des linken oberen Sprunggelenks mit deutlicher Überwärmung und Schwellung auftraten (act. II 27).

Am 15. Mai 1999 fand bei ganganalytisch nachgewiesener Instabilität eine diagnostische Arthroskopie des oberen Sprunggelenks links mit Entfernung einer ausgedehnten Knorpelverletzung daselbst sowie einer lateralen Bandplastik mit Periostlappen statt (act. II 38). Die Operation führte gemäss Akten zu einer besseren Stabilität und Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks, ohne aber die Schmerzen im Bereich der linken unteren Extremität vollständig zu beseitigen (act. II 44, 46, 52, 69). Der Beschwerdeführer wurde in der Folge zu 50% arbeitsunfähig geschrieben (act. II 52, 54, 55, 61, 66, 68, 72).

Bei beginnender OSG-Arthrose links mit zunehmend schmerzhafter Bewegungseinschränkung und Schmerzen im Bereich der Tibialis posterior-Sehne wurde am 17. Dezember 2009 erneut eine Arthroskopie des linken oberen Sprunggelenks sowie eine Revision der betreffenden Sehne durchgeführt (act. II 150). Als Ergebnis sind eine deutlich bessere Beweglichkeit

und weniger Schmerzen im linken oberen Sprunggelenk dokumentiert (act. IIA 163, 166). Am 1. Februar 2010 konnte der Beschwerdeführer seine Arbeit wieder – wie bereits vor der Operation nach Abschluss der Umschulung durch die Invalidenversicherung – zu 100% aufnehmen (act. IIA 166).

Am 8. Dezember 2010 meldete der Beschwerdeführer erneute Schmerzen (act. IIA 167). Am 21. Mai 2012 entschied man sich zu einer weiteren Arthroskopie (act. IIA 181). In der Folge fand am 10. Juli 2012 ein arthroskopisches Débridement des linken oberen Sprunggelenks mit Lösung von ausgedehnten Vernarbungen und Entfernung eines freien Gelenkkörpers statt (act. IIA 184). Gemäss Bericht zur Nachkontrolle vom 17. September 2012 waren nach dieser Operation keine antero-lateralen Beschwerden mehr vorhanden, sondern lediglich noch gelegentlich leichte Überlastungsschmerzen in der Wade, ähnlich einem Muskelkater (act. IIA 187).

3.2 Aufgrund eines im Herbst 2012 erlittenen Distorsionstraumas des linken Knies fand im Dezember 2012 eine Kniearthroskopie links statt (vgl. act. IIA 190). Gemäss einem Bericht von Prof. Dr. med. D. _____ vom 27. Dezember 2013 war der postoperative Verlauf gut mit Schmerzfreiheit im Bereich des Innenmeniskus, aber immer wieder Schmerzen im Bereich der Poplitealzone. Am 21. Oktober 2013 kam es zu einer erneuten Kniedistorsion mit in der Folge Knieschmerzen medial. Nachdem sich die Befunde der klinischen Untersuchung und des MRI vom linken Kniegelenk nicht stark mit der Symptomatologie vereinbaren liessen, veranlasste Prof. Dr. med. D. _____ ein MRI des linken Hüftgelenks (act. IIA 197). Dieses ergab ein femoroazetabuläres CAM-Impingement links, eine superiore Labrumruptur und kleinere Knorpelschäden (act. IIA 227). Am 7. Januar 2014 nahm Prof. Dr. med. D. _____ eine Hüftinfiltration links vor (act. IIA 198). Im Operationsbericht vom 3. März 2014 hielt er fest, der Patient habe von der einmaligen Hüftinfiltration punkto Knie- und Fussbeschwerden deutlich profitiert. In der Folge führte er eine Hüft-Arthroskopie links mit Osteotomie des Schenkelhalskopfübergangs, Labrum-Débridement, Pulvinar-Resektion, partieller Synovektomie und Bump-Resektion durch (act. IIA 205). Mit Bericht vom 17. Juni 2014 hielt er fest, anlässlich der Konsultation vom 28. April 2014, zwei Monate und 10 Tage nach der Hüftarthroskopie links, bestehe punkto OSG-Beschwerden völlige Beschwerdefreiheit. Der

vorbestehende, stechende, antero-lateral lokalisierte OSG-Schmerz habe sich völlig zurückgebildet. Es persistiere ein medialer Knieschmerz, der parapatellär medial lokalisiert sei (act. IIA 224).

4.

4.1 Mit Privatgutachten vom 27. Februar 2015 postuliert Prof. Dr. med. D._____, der Beschwerdeführer habe anlässlich des Unfalls vom 30. März 1997 zusätzlich zu den Verletzungen im Bereich des linken Fussgelenks und des linken Knies eine Hüftschädigung links im Sinne einer Impressionsfraktur am ventralen Schenkelhals links erlitten (act. IIA 261 S. 1 f., insbesondere S. 8). Er begründet dies im Wesentlichen mit der Schilderung des Unfallhergangs seitens des Beschwerdeführers ihm gegenüber (Sturz aus grosser Höhe; act. IIA 261 S. 4 f.), mit dessen Angaben bezüglich des seitherigen Beschwerdeverlaufs (sekundäre konstant bleibende Beschwerden im linken oberen Sprunggelenk und im linken Kniebereich seit dem Unfall vom 30. März 1997; act. IIA 261 S. 9) und damit, dass mit der Behandlung des Hüftleidens links die linksseitigen OSG- und Fuss-schmerzen verschwunden und lediglich noch leichte Restbeschwerden im medialen patellofemorale Kompartiment des linken Knies verblieben seien. Damit sei erstellt, dass die seit dem Unfall vom 30. März 1997 als konstant persistierend angegebenen Schmerzen im linken Fuss, Sprung- und Kniegelenk im Sinne eines Referred-Pain-Syndroms von der linken Hüfte ausgegangen seien (act. IIA 261 S. 3 sowie S. 7 ff.). MR-tomographisch seien noch heute Zeichen für eine stattgehabte Impressionsfraktur am ventralen Schenkelhals vorhanden (act. IIA 261 S. 10). Das Periost habe in der Folge im Bereich des ehemaligen perichondralen Ringes der anterolateralen Partie der ehemaligen Femurkopffepiphysenfuge mit der Ausbildung einer seitendifferenten CAM-Pathomorphologie reagiert. Diese stelle einen posttraumatischen Zustand dar (act. IIA 261 S. 9).

4.2 Mit Aktengutachten vom 1. Juni 2015 nahm das Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin zum Privatgutachten von Prof. Dr. med. D._____ und zur Frage der Unfallkausalität des Hüftleidens links des Beschwerdeführers Stellung (act. IIA 269). Prof. Dr. med.

D._____ postuliere, dass anlässlich des Unfalls vom 30. März 1997 eine abrupte Flexion des Oberkörpers und der Hüfte nach lateral mit Aufprall in Lateralflexion stattgefunden habe. Abgesehen davon, dass diese Annahme nicht auf dokumentierten Fakten beruhe, spreche auch die anlässlich des Unfalls vom 30. März 1997 nachgewiesenermassen erlittene Verletzung des linken Sprunggelenks im Sinne eines Supinationstraumas mit Riss der Aussenbänder, Peronealsehnenluxation und Innenknöchelfraktur gegen ein solches Unfallgeschehen bzw. gegen die durch Prof. Dr. med. D._____ und dipl. Ing ETH F._____ vorgenommene Geschehensrekonstruktion. Prof. Dr. med. D._____ gehe davon aus, dass es im Rahmen des Ereignisses vom 30. März 1997 zu einer massiven Traumatisierung der linken Hüfte gekommen sei. Er postuliere eine Impression des ventralen Schenkelhalses durch eine axiale Kompressionsbelastung über den vorderen Pfannenrand im Rahmen des Unfalls vom 30. März 1997. Gehe man von einem solchen Unfallmechanismus aus, sei aber nicht zu verstehen, warum es an einer Verletzung am knöchernen Rand des Acetabulums fehle, der doch die von Prof. Dr. med. D._____ postulierte Impressionsfraktur des Schenkelhalses verursacht haben soll. Zudem würde gemäss den Gutachtern eine Fraktur des Oberschenkelhalses mit einer Blutung einhergegangen sein, die – da der angegebene Bereich noch innerhalb des Hüftgelenks liege – ein Hämarthros des linken Hüftgelenks ausgelöst und damit eine typische Fehlstellung des Beins und innert wenigen Stunden heftigste Schmerzen verursacht hätten. Solche seien jedoch nicht dokumentiert (act. IIA 269 S. 14). Prof. Dr. med. D._____ gebe an, es bestehe ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Sturzereignis vom 30. März 1997 und dem Auftreten einer CAM-Pathomorphologie des linken Hüftgelenks. Ein Impingement vom CAM-Typ könne posttraumatisch auftreten, wenn eine Oberschenkelhalsfraktur in Fehlstellung verheile. Ansonsten sei die anatomische Variation, die zum CAM-Impingement führe, Folge einer angeborenen anatomischen Variante oder einer erworbenen Krankheit in der Kindheit. Im vorliegenden Fall liege keine fehlerverheilte Schenkelhalsfraktur vor, so dass die Deformität des Schenkelhalskopfbereichs beim Beschwerdeführer auch nicht als Folge des Unfalls vom 30. März 1997 gewertet werden könne (act. IIA 269 S. 15 f.). Beim Unfall vom 30. März 1997 sei es zu einer Verletzung des linken Sprunggelenks und des linken Kniegelenks gekommen. Eine Schädigung des linken Hüft-

gelenks im Rahmen dieses Unfalls lasse sich auch rückblickend und in Kenntnis aller Unterlagen nicht objektivieren. Ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Sturzereignis vom 30. März 1997 und dem Impingement-syndrom der linken Hüfte könnten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hergestellt werden (act. IIA 269 S. 16). Die Schmerzen im linken Sprunggelenk, die seit dem Unfall vom 30. März 1997 bestanden hätten, hätten in der Innenknöchelfraktur, der Aussenbandruptur, der Peronealsehnenluxation und dem Folgezustand einer lateralen Instabilität des Sprunggelenks sowie einem Knorpelschaden am seitlichen Talusrand mit der Folge einer vorzeitigen Arthrose und der Bildung freier Gelenkkörper im linken Sprunggelenk eine ausreichende Erklärung. Nach Abschluss der Nachbehandlung und der letzten Operation am linken Sprunggelenk im Jahr 2012 seien Schmerzen im linken Sprunggelenk in den medizinischen Akten zudem nicht mehr erwähnt. Sie könnten somit nicht als Brückensymptom im Sinne eines Referred-Pain-Syndroms gewertet werden. In der Literatur gebe es zudem keine Hinweise dafür, dass eine unilaterale linksseitige Weichteilverkalkung ein Hinweis auf eine Unfallkausalität sei, wie dies Prof. Dr. med. D. _____ geltend mache (act. IIA 269 S. 15).

4.3 Mit neuem Parteigutachten vom 18. Dezember 2015 hält Prof. Dr. med. D. _____ fest, es sei anlässlich des Unfalls vom 30. März 1997 zu keinen Frakturen im Bereich der linken Hüfte gekommen. Es sei jedoch im Bereich der linken Hüfte zu einer MR-tomographisch dokumentierten Impression des Pfannenrandes in den ventralen Schenkelhals mit Stauchungszone des darunterliegenden Knochens gekommen. Seit dem Unfall klagte der Patient über linksseitige Beinbeschwerden im Sinne von Brückensymptomen, welche trotz mehrerer erfolgreicher Operationen bis zur Behandlung des Hüftleidens durch ihn persistiert hätten. Aus seiner Sicht sei es anlässlich des axialen Stauchungstraumas am 30. März 1997 zu einer richtungsweisenden Verschlimmerung eines asymptomatischen Vorzustandes des linken Hüftgelenks, nämlich einer asymptomatischen CAM-Morphologie, gekommen. Das Ereignis habe seines Erachtens eine femoroazetabuläre Impingementsymptomatik mit partiellem Ausriss des Ligamentum capitis femoris mit sekundärer Vernarbung des Pulvinars in der Fossa azetabuli mit abgesprengtem oder abgeschertem Knorpelstück ausgelöst (BB 1).

4.4 Mit erneuter Beurteilung vom 19. Februar 2016 hielt die Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin in der Folge fest, dass Prof. Dr. med. D. _____ erstmals mit Parteigutachten vom 18. Dezember 2015 eine partielle Ruptur des Ligamentum capitis femoris mit Knorpel-/Knochenverletzung des Femurkopfs und Entstehung eines freien Gelenkkörpers, der jetzt jedoch bindegewebig fixiert sei, als Folge des Unfalls vom 30. März 1997 nenne. Dazu sei festzustellen, dass Prof. Dr. med. D. _____ diese Diagnose weder in seinen Sprechstundenberichten vom 20. Dezember 2013, vom 8. Januar 2014 oder vom 17. Juni 2014 gestellt habe. Auch in seinem Operationsbericht vom 3. März 2014 beschreibe er keine Veränderung des Ligamentum capitis femoris, keinen freien Gelenkkörper und auch keinen Knorpelschaden im Bereich des Ansatzes des Ligamentes am Femurkopf, obwohl er in unmittelbarer Nähe zum Ligamentum capitis femoris operiert habe. Auch in seiner Stellungnahme vom 27. Februar 2015 habe er diese Diagnose einer Verletzung des Ligaments nicht gestellt. Auch der Radiologe, der das Arthro-MRI vom 27. Dezember 2013 als Leiter der Radiologie des Spitals G. _____ befundet habe, beschreibe keine Verletzung des Ligamentum capitis femoris, keinen Gelenkkörper, der bindegewebig fixiert sei und auch keinen Knorpel- oder Knochendefekt im Ansatz des Ligamentum capitis femoris am Femurkopf des linken Hüftgelenks („Der Kopfknochen ist erhalten“). Verletzungen des Ligamentum capitis femoris würden als Folge einer Luxation oder Subluxation des Hüftgelenks beschrieben. Ein Luxation oder Subluxation des Hüftgelenks stelle eine sehr schwere Verletzung dar, welche sicherlich im Rahmen der umfangreichen medizinischen Abklärungen aufgefallen wäre. Der Versicherte würde gemäss Gutachter zeitnah zum Unfall über starke Schmerzen im linken Hüftgelenk geklagt haben. Insbesondere in Kombination mit einer Knorpel-/Knochenverletzung im Bereich des Ansatzes des Ligamentum capitis femoris wären gemäss Gutachter zudem Einklemmungserscheinungen durch die losgelösten Knorpel-/Knochenstücke zu erwarten gewesen. Zwar würden Verletzungen des Ligamentum capitis femoris auch mit leichteren Traumen in Verbindung gebracht, nicht jedoch in Kombination mit einer Knorpel- und Knochenverletzung. Der Beschwerdeführer habe nie über Hüftgelenksschmerzen links geklagt. Die von Prof. Dr. med. D. _____ postulierte partielle Ruptur des Ligamentum capitis femoris mit Knorpel- und Knochenverletzung sei nicht überwiegend wahr-

scheinlich Folge des Unfalls vom 30. März 1997 (Chirurgische Beurteilung vom 19. Februar 2016 S. 7; in den Gerichtsakten).

4.5 Mit Ergänzung zur Replik vom 20. April 2016 hält Prof. Dr. med. D._____ fest, der Beschwerdeführer habe ihm, seinem Oberarzt und dem Biomechaniker F._____ gegenüber mehrfach glaubhaft geschildert, dass es sich beim Snowboardunfall vom 30. März 1997 um einen Sturz aus grösser Höhe gehandelt habe, auch wenn dies in den SUVA-Akten offenbar nicht so dokumentiert worden sei. Bei einem Sturz aus grosser Höhe mit in der Folge axialem Stosstrauma der linken unteren Extremität sei es klarerweise auch zu einer Traumatisierung der linken Hüfte gekommen. Dass sich Hüftgelenksbeschwerden nur als Knie-, Unterschenkel- oder Fussbeschwerden äussern könnten, sei bekannt und durch anatomische Gegebenheiten belegt. Fakt sei, dass beim Beschwerdeführer vor dem Unfallereignis vom 30. März 1997 keine linksseitigen Fuss-, Bein-, Knie- oder Hüftschmerzen bestanden hätten, der Beschwerdeführer im Anschluss an das Unfallereignis immer fortwährend linksseitige Beinschmerzen und Schmerzen im Fuss- und Kniegelenk verspürt habe und dass diese durch eine linksseitige Hüftinfiltration per 7. Januar 2014 temporär und durch die Hüftarthroskopie links am 20. Februar 2014 bis dato definitiv ausgeschaltet worden seien. Ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 30. März 1997 und den von der Hüfte ausgehenden Beschwerden sei damit zweifelsfrei gegeben (vgl. BB 2)

5.

5.1 Die Beurteilungen der Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin vom 1. Juni 2015 (act. IIA 269) und 19. Februar 2016 (in den Gerichtsakten) erfüllen die von der Rechtsprechung an solche Expertisen gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5 – 2.7 hiervor). Die Experten konnten sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status machen. Die gestützt darauf erstellten Beurteilungen sind in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation schlüssig. Sie sind in sich widerspruchsfrei, im Hinblick auf die streitigen

Belange umfassend und die insbesondere auch unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden gezogenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit dieser Beurteilungen sprechen würden, sind keine ersichtlich.

5.2 Die davon abweichende Auffassung des Privatgutachters Prof. Dr. med. D. _____ vom 27. Februar 2015 (act. IIA 216), 18. Dezember 2015 (BB 1) und 20. April 2016 (BB 2) ist nicht geeignet, die Zuverlässigkeit der Beurteilungen der Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin in Zweifel zu ziehen, zumal die Auffassung von Prof. Dr. med. D. _____ im Wesentlichen auf Annahmen beruht, die aktenmässig nicht erstellt oder gar aktenwidrig sind. Entgegen der Annahme von Prof. Dr. med. D. _____ sind Schmerzen im Bereich der linken unteren Extremität nicht erstmals mit dem Unfall vom 30. März 1997 aufgetreten (siehe act. IIC sowie Sachverhalt lit. A hiervor). Des Weiteren hat der Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 30. März 1997 zwar immer wieder unter Schmerzen im Bereich der linken unteren Extremität gelitten. Dass diese trotz mehrerer Operationen bis zur Behandlung des Hüftleidens durch Prof. Dr. med. D. _____ im Sinne von konstant gebliebenen sekundären Beschwerden im linken oberen Sprunggelenk und im linken Kniebereich persistiert hätten, wie Prof. Dr. med. D. _____ gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers ihm gegenüber annimmt (vgl. act. IIA 261 S. 9, BB 1 und BB 2), kann aufgrund der echtzeitlichen Akten jedoch nicht bestätigt werden. Vielmehr konnten die Beschwerden und Schmerzen mit den Operationen im Knie- und Fussgelenkbereich jeweils erheblich gemindert und schliesslich mit dem arthroskopischen Débridement des linken oberen Sprunggelenks am 10. Juli 2012 mit Lösung von ausgedehnten Vernarbungen und Entfernung eines freien Gelenkkörpers – zumindest vorübergehend – gar beseitigt werden (vgl. E. 3.1 hiervor). Gemäss Bericht zur Nachkontrolle vom 17. September 2012 lagen nach der betreffenden Operation explizit keine antero-lateralen Beschwerden sondern lediglich noch gelegentlich leichte Überlastungsschmerzen in der Wade, ähnlich einem Muskelkater, vor (act. IIA 187). Dies schliesst aus, dass die als kausal zum Unfall vom 30. März 1997 anerkannten Fuss- und Kniegelenksbeschwerden links bereits damals von der Hüfte aus gekommen sind, wie Prof. Dr. med. D. _____ postuliert. Die von ihm festgestellten coxogenen

Schmerzen im Bereich der linken unteren Extremität lagen nach dem Dargelegten am 17. September 2012 – mehr als 15 Jahre nach dem Unfall vom 30. März 1997 – noch nicht vor, sondern sind erst später aufgetreten. Dass diese erstmals mehr als 15 Jahre nach dem Unfall vom 30. März 1997 aufgetretenen coxogenen Beschwerden, die Prof. Dr. med. D. _____ als Folge des Symptomatischwerdens einer unbestrittenermassen bereits vor dem Unfall vom 30. März 1997 bestehenden CAM-Morphologie interpretiert, kausal auf den Unfall vom 30. März 1997 zurückzuführen wären, erscheint angesichts des grossen Zeitablaufs zwischen dem betreffenden Unfall und dem Symptomatischwerden der CAM-Morphologie nicht überwiegend wahrscheinlich. Umso weniger, als im Nachgang zum Unfall vom 30. März 1997 eine umfassende konsiliarische Untersuchung durch Dr. med. E. _____ vom 3. Oktober 1997 explizit klinisch unauffällige Verhältnisse im Bereich der Hüftgelenke mit normaler Beweglichkeit und einer Kraft der gesamten Hüftmuskulatur von symmetrisch M5 ergab (act. II 16 S. 2; siehe auch act. II 9) und sich auch in den gesamten übrigen echtzeitlichen Akten keine Anhaltspunkte für eine mögliche Mitschädigung der linken Hüfte durch den Unfall vom 30. März 1997 finden (vgl. E. 3.1 hiervor). Auch der Unfallhergang, wie er echtzeitlich geschildert und dokumentiert worden ist („Auf der letzten Abfahrt mit dem Snowboard gestürzt.“; act. II 1) lässt nicht auf eine Mitschädigung der linken Hüfte schliessen. Dass der Unfall vom 30. März 1997 im Rahmen eines Cliff-Jumps aus ca. 30 Metern Höhe geschehen sein soll, wurde vom Beschwerdeführer zumindest gegenüber der SUVA erstmals am 30. April 2014 (vgl. act. IIA 221), mithin mehr als 17 Jahre nach dem Unfall geltend gemacht. Bis dahin wird ein solcher Unfallhergang in den gesamten Akten, insbesondere auch in den umfangreichen medizinischen Berichten, nicht auch nur ansatzweise erwähnt, was als starkes Indiz gegen die Zuverlässigkeit dieser nachträglichen Unfallschilderung zu werten ist. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Beweismaxime hinzuweisen, wonach die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a S. 47, 115 V 133 E. 8c S. 143; RKUV 2004 U 515 S. 420 E. 1.2). Aus der nachträglichen Schilderung des Unfallhergangs durch den Beschwerdeführer kann jeden-

falls nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit darauf geschlossen werden, dass es anlässlich des Unfalls vom 30. März 1997 auch zu einer Mitschädigung der linken Hüfte gekommen sei. Eine solche erscheint nach dem Dargelegten nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Beschwerdegegnerin hat einen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 30. März 1997 und dem im Januar 2014 erstmals diagnostizierten Hüftleiden links somit zu Recht verneint. Gleiches gilt in Bezug auf den Unfall vom 21. Oktober 2013, wobei ein Kausalzusammenhang zu diesem Unfall beschwerdeweise gar nicht mehr geltend gemacht wird, nachdem sich für einen solchen in den gesamten medizinischen Akten keine Stütze findet und auch Prof. Dr. med. D. _____ keinen solchen postuliert.

5.3 Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht ihrerseits in Bezug auf das beim Beschwerdeführer im Januar 2014 diagnostizierte Hüftleiden links zu Recht verneint. Da von weitergehenden Abklärungen in dieser Hinsicht keine neuen Erkenntnisse mehr zu erwarten sind, ist auf solche in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 2. Juli 2015 (act. IIA 271) ist nach dem Dargelegten nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet abzuweisen.

6.

6.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht weder für den unterliegenden Beschwerdeführer noch für die obsiegende Beschwerdegegnerin ein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG; BGE 126 V 143 E. 4a S. 150).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - SUVA
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.