

200 18 362 UV  
SCI/GET/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 22. Januar 2019**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Furrer  
Gerichtsschreiber Germann

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**Suva**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 6. April 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der ... geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bei der C. \_\_\_\_\_ SA als ... angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (Akten der Suva [act. IIA] 1; 120; 338 S. 2 lit. A).

Am ... 2013 stürzte der Versicherte mit seinem Mofa. Als von den Verletzungen betroffene Körperteile wurden in der Schadenmeldung UVG Prelungen „Knie rechts Fussgelenk links“ (act. IIA 1), in den anschliessenden Arztberichten ausschliesslich das (in der Folge zweimalig arthroskopisch versorgte) linke Knie angegeben (act. IIA 8; 11 f.; 21; 34). Am ... 2015 erfolgte bei diagnostizierter Gonarthrose eine Tibiakopfoosteotomie links (act. IIA 110); am ... 2015 wurde das Osteosynthesematerial entfernt (act. IIA 178). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht, indem sie für die Heilungskosten aufkam und Taggelder ausrichtete (act. IIA 2; 29; 170 f.; 209 S. 2). Nachdem sie beim Kreisarzt med. pract. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, eine Untersuchung veranlasst hatte (Bericht vom 4. April 2016 [act. IIA 201]), teilte die Suva dem Versicherten mit Schreiben vom 22. April 2016 (act. IIA 210) mit, der medizinische Endzustand sei (bei einer Arbeitsfähigkeit von 75% ab 1. April 2016) erreicht, weshalb das Taggeld noch bis am 31. März 2016 vergütet werde.

### **B.**

Mit Schadenmeldung UVG vom 20. Oktober 2016 (act. IIA 215) teilte die Abklärungsstelle E. \_\_\_\_\_, wo der Versicherte vom 15. August bis 14. November 2016 im Auftrag der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) eine berufliche Grundabklärung absolvierte (act. IIA 212 S. 2), der Suva mit, A. \_\_\_\_\_ klage über vermehrte Beschwerden am linken Knie sowie zunehmende Kopf- und Rückenschmerzen. Nachdem die Suva bei ihrem Kreisarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, eine Beurteilung

eingeholt hatte (act. IIA 250), verneinte sie mit Verfügung vom 13. Februar 2017 (act. IIA 257 S. 1 f.) mangels natürlichem Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom ... 2013 eine Leistungspflicht hinsichtlich der Rückenbeschwerden. Mit weiterer Verfügung vom 3. März 2017 (act. IIA 271 S. 1 f.) verneinte die Suva bei einem Invaliditätsgrad von 7.95% einen Rentenanspruch hinsichtlich „der Unfallfolgen am linken Knie“ sowie – mangels adäquater Kausalität – einen Leistungsanspruch in Bezug auf die „psychogenen Störungen“. Ferner hielt die Suva mit Verfügung vom 6. März 2017 (act. IIA 274 S. 1 f.) fest, die Integritätsentschädigung sei bereits am 20. November 2015 ausbezahlt worden. Während die G. \_\_\_\_\_ als zuständiger obligatorischer Krankenversicherer eine gegen die Verfügung vom 13. Februar 2017 gerichtete Einsprache (act. IIA 262 S. 1) wieder zurückzog (act. IIA 273), liess der Versicherte mit Schreiben vom 14. März 2017 (act. IIA 277 S. 1) gegen alle drei Verfügungen Einsprache erheben. Ferner beantragte er wegen Hüftbeschwerden links (vgl. act. IIA 291 S. 1) die Ausrichtung weiterer Leistungen (vgl. act. IIA 286 S. 3; 287), woraufhin die Suva beim Kreisarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ eine ärztliche Beurteilung einholte (act. IIA 303) und mit Schreiben vom 16. Juni 2017 (act. IIA 306) eine Leistungspflicht formlos ablehnte. In der Folge liess der Versicherte einen mit „Aussergerichtliche Begutachtung“ betitelten Bericht vom 31. August 2017 des behandelnden Arztes, Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (act. IIA 323 S. 2 - 11), zu den Akten reichen, woraufhin die Suva das Dossier abermals dem Kreisarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ unterbreitete, welcher am 21. September 2017 Bericht erstattete (act. IIA 325). Mit Verfügung vom 26. September 2017 (act. IIA 326 S. 1 f.) verneinte sie hinsichtlich der geltend gemachten „ISG-Beschwerden“ eine Leistungspflicht, da es am erforderlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom ... 2013 fehle. Auch gegen diese Verfügung erhob der Versicherte Einsprache (act. IIA 329 S. 1 f.). Mit weiterem Schreiben vom 12. Januar 2018 (act. IIA 334 S. 1 f.) zog der Versicherte die Einsprachen gegen „die Verfügungen“ vom 20. November 2015 und 6. März 2017 (betreffend linkes Knie [Integritätsentschädigung]) sowie vom 13. Februar 2017 (betreffend Rückenbeschwerden [Kausalität]) zurück, hielt jedoch an den Einsprachen gegen die Verfügung vom 3. März 2017 (betreffend linkes Knie [Rente]) und vom 26. September 2017 (betreffend linke Hüfte [Kausalität]) fest, wobei er eine Stellungnahme

von Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ einreichte (act. IIA 334 S. 3 ff.). Nachdem die Suva bei ihrem Kreisarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ eine weitere Beurteilung (vom 13. März 2018 [act. IIA 337]) eingeholt hatte, wies sie mit Entscheid vom 6. April 2018 (act. IIA 338) die gegen die Verfügungen vom 3. März und 26. September 2017 gerichteten Einsprachen ab.

### C.

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 9. Mai 2018 Beschwerde erheben. Zudem reichte er einen weiteren Bericht von Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 26. April 2018 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4) zu den Akten. Der Beschwerdeführer stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid vom 6. April 2018 sei aufzuheben.
2. Es sei festzustellen, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf Leistungen aus UVG hat.
3. Eventualiter seien die Akten an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit der Anordnung, ein orthopädisches Gutachten in Auftrag zu geben.

- Unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

In der Begründung machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, die Hüftbeschwerden links seien überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom ... 2013 zurückzuführen (S. 7 Ziffer 9). Ferner sei das Invalideneinkommen anhand der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 15% festzulegen, womit der Invaliditätsgrad 17.2% betrage (S. 8 Ziffer 11).

Mit Beschwerdeantwort vom 13. Juli 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig legte sie einen weiteren Bericht ihres Kreisarztes Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 5. Juli 2018 (Akten der Beschwerdegegnerin [act. II]) ins Recht.

Mit Replik vom 22. August 2018 hält der Beschwerdeführer an seinen beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren und vorgebrachten Standpunkten fest. Zudem beantragt er für den Fall, dass das Gericht die Kausalität

basierend auf den vorliegenden Akten nicht beurteilen könne, die Anordnung eines gerichtlichen Obergutachtens (S. 3 Ziffer 7).

Mit Eingabe vom 12. September 2018 verzichtete die Beschwerdegegnerin „auf die Einreichung einer umfassenden Duplik“ und verwies auf die Ausführungen im angefochtenen Einspracheentscheid vom 6. April 2018 sowie in der Beschwerdeantwort vom 13. Juli 2018.

Entsprechend dem mit prozessleitender Verfügung vom 12. Oktober 2018 erfolgten Ersuchen des Instruktionsrichters, wurden dem Verwaltungsgericht am 18. Oktober 2018 die Akten der IV-Stelle des Kantons Bern (IVB; act. III) und am 13. November 2018 die Akten von Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (act. IIIA), zugestellt.

Innert der mit prozessleitender Verfügung vom 13. November 2018 gewährten Frist nahmen die Beschwerdegegnerin am 22. November 2018 bzw. der Beschwerdeführer am 4. Dezember 2018 Stellung.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist der die Verfügungen vom 3. März 2017 (betreffend linkes Knie [Rente; act. IIA 271 S. 1 f.]) und 26. September 2017 (betreffend linke Hüfte [Kausalität; act. IIA 326 S. 1 f.]) bestätigende Einspracheentscheid vom 6. April 2018 (act. IIA 338). Streitig ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung in Zusammenhang mit dem Ereignis vom ... 2013. Nachdem der Beschwerdeführer die Einsprachen gegen die Verfügungen vom 13. Februar 2017 (betreffend Rückenbeschwerden [Kausalität; act. IIA 257 S. 1 f.]) sowie vom 6. März 2017 (betreffend linkes Knie [Integritätsentschädigung; act. IIA 274 S. 1 f.]) zurückgezogen hat und überdies auch den mit Verfügung vom 3. März 2017 verneinten adäquaten Kausalzusammenhang hinsichtlich allfälliger psychogener Unfallfolgen (act. IIA 271 S. 2) nicht in Frage stellt, ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die Kausalität in Bezug auf die geltend gemachten Hüftbeschwerden links sowie in der Folge den Rentenanspruch zu Recht verneint hat.

**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** Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich – wie vorliegend – vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem

Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

**2.2** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit (Art. 6 Abs. 1 UVG) sowie eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 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 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C\_781/2017, E. 5.1).

Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

**2.2.2** 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 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

**2.3** Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2; Entscheid des BGer vom 17. Juli 2018, 8C\_210/2018, E. 3.2.3.1).

### **3.**

**3.1** Es steht fest und ist unbestritten, dass das Ereignis vom ... 2013, bei dem der Beschwerdeführer mit dem Mofa gestürzt ist und sich insbesondere am linken Knie verletzt hat (vgl. act. IIA 1; 7 S. 1 f.; 8; 57 S. 1), einen Unfall im Rechtssinne (Art. 4 ATSG) darstellt (vgl. E. 2.2 vorne).

Zum Gesundheitszustand sowie zur Frage der Kausalität der im Verlauf geklagten Beschwerden lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.1.1** Am ... 2014 erfolgte eine arthroskopische Teilmeniskektomie (act. IIA 21) und am ... 2014 eine Re-Arthroskopie (act. IIA 34) des linken Kniegelenks. Der Genesungsprozess gestaltete sich langwierig, im Verlauf jedoch mit zunehmender Besserung der Beschwerdesymptomatik (act. IIA 59; 61), wobei ab Oktober 2014 eine 75%ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde (act. IIA 74). In der Folge machte der Beschwerdeführer wiederum starke Knieschmerzen geltend (act. IIA 81), woraufhin Dr. med.

J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, im Bericht vom 30. Oktober 2014 (act. IIA 87) eine mediale Überlastung bei beginnender Gonarthrose bei Status nach zweimaliger medialer Teilmeniskektomie diagnostizierte und zur Entlastung des medialen Kompartements eine Tibiavalgisationsosteotomie vorschlug (act. IIA 96), welche am ... 2015 (act. IIA 110) erfolgte. Am ... 2015 (act. IIA 178) wurde das Osteosynthesematerial entfernt.

Im Bericht zur kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 4. April 2016 (act. IIA 201) diagnostizierte med. pract. D.\_\_\_\_\_ im Wesentlichen eine beginnende, symptomatische mediale Gonarthrose mit verminderter Belastbarkeit (S. 3) und hielt weiter fest, die derzeitige knieorthopädische Behandlung sei mit sehr gutem Ergebnis abgeschlossen worden und die Beschwerden hätten sich nach der Plattenentfernung erwartungsgemäss deutlich reduziert. Aufgrund der nun vorliegenden medial betonten Gonarthrose sei eine Rückkehr in die angestammte Tätigkeit bei entsprechend hoher körperlicher Belastung nicht mehr zumutbar. Aus diesem Grund gelte das anlässlich der letzten kreisärztlichen Untersuchung vom 4. November 2015 formulierte Zumutbarkeitsprofil, wonach Arbeiten mit Begehen von Leitern und Tragen von Lasten über 15kg sowie Arbeiten verbunden mit Knien oder beständigem Treppensteigen unzumutbar seien, ansonsten jedoch keine zeitliche Einschränkung bestehe (vgl. act. IIA 153 S. 8), definitiv (act. IIA 201 S. 4).

**3.1.2** Im Bericht vom 8. Dezember 2016 (act. IIA 229) diagnostizierte Dr. med. J.\_\_\_\_\_ u.a. einen Verdacht auf eine lumboradikuläre Problematik L4/5 links (S. 1).

Der Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 7. Februar 2017 (act. IIA 250) fest, die geltend gemachten Beschwerden im Bereich der Oberschenkelaußenseite seien Ausdruck einer lumbalen Diskusprotrusion degenerativer Natur. Die jetzt beschriebene Veränderung im Bereich der Wirbelsäule, die kernspintomographisch mit dem klinischen Erscheinungsbild korreliere, bedürfe der ärztlichen Behandlung, jedoch nicht zu Lasten des Unfallversicherers (S. 2).

**3.1.3** Im Bericht vom 16. März 2017 (act. IIA 296) hielt Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer klage weiterhin über C-förmige, eher dorsal und lateral im Erkerbereich der linken Hüfte bis ins Knie ausstrahlende Beschwerden. Er habe ihm die Indikation zur Hüftinfiltration zum Ausschluss eines coxogen mitbedingten Knieschmerzes erklärt.

Mit weiterem Bericht vom 4. Mai 2017 (act. IIA 299) hielt Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ fest, die Unfallanamnese, die Brückensymptome, die subjektiven immer gleichbleibenden Beschwerden, die objektiven Befunde, die sich seit der Erstuntersuchung nicht geändert hätten, die Bildgebung und der positive Effekt der Hüftinfiltration sprächen für eine posttraumatische Impingement-Symptomatik der linken Hüfte nach erster signifikanter Traumatisierung anlässlich des Motorradsturzes.

**3.1.4** Im Bericht vom 9. Juni 2017 (act. IIA 303) hielt der Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ fest, die durchgeführte Diagnostik zeige eine CAM-Impingement-Symptomatik im Bereich des linken Hüftgelenkes. Es handle sich hierbei um eine Veränderung des Hüftgelenkes, die degenerativer Natur sei. Folgen eines Unfallgeschehens oder einer Fraktur seien nicht erkennbar. Somit sei die beschriebene Symptomatik Ausdruck eines zunehmenden Verschleissleidens im Bereich des Hüftgelenkes und nicht Ausdruck einer posttraumatischen strukturellen Läsion. Die anlässlich der Diagnostik durchgeführte 3-Phasen-Skelettszintigraphie sowie SPECT-CT-Untersuchung (vgl. act. IIA 292) zeige die Folgen der Umstellungsosteotomie im Bereich des linken Kniegelenkes. Die hier deutlich gewordenen Veränderungen im Bereich der knöchernen Strukturen seien Ausdruck der Veränderung der Achse bei Umstellungsosteotomie des Kniegelenkes (act. IIA 303 S. 2). Im Bereich des Hüftgelenkes und auch im Bereich des Rückens und des Iliosakralgelenkes seien keine akut entzündlichen Veränderungen gefunden worden, insbesondere habe sich erneut kein Hinweis auf eine posttraumatische strukturelle Läsion ergeben. Die vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden im Bereich des Rückens, des Iliosakralgelenkes und des linken Hüftgelenkes seien daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folgen des Unfallereignisses vom ... 2013 (S. 3).

**3.1.5** In dem mit „Aussergerichtliche Begutachtung“ betitelten Schreiben vom 31. August 2017 (act. IIA 323 S. 2 - 11) an den Rechtsvertreter des

Beschwerdeführers hielt Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ im Rahmen der abschliessenden Beurteilung fest, die vom Beschwerdeführer geklagten Hüftbeschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom ... 2013 zurückzuführen. Dafür sprächen die Unfallanamnese, das vom Hausarzt objektiv und zeitnah zum Unfall dokumentierte 10 x 10 cm messende Hämatom der linken Gesässregion, die Brückensymptome seit dem Unfall (vorher asymptomatische beidseitige Hüften und beidseitige Kniegelenke), die subjektiv immer gleichbleibenden Beschwerden sowie die objektiven Befunde (S. 10). Konventionell radiologisch könne im Seitenvergleich eine signifikante seitendifferente posteroinferiore Gelenkspaltverschmälerung der linken Hüfte nachgewiesen werden. Der anterosuperiore Labrumriss (MRT-Befund) erkläre die ventralen Leisten-schmerzen im Bereich der linken Hüfte. Anlässlich der kreisärztlichen Beurteilung vom 9. Juni 2017 würden die Verletzungen im Sinne eines Hauthämatoms im Bereich der Gesässbacke links nicht erwähnt, durch den Hausarzt jedoch zeitnah zum Unfall am ... 2013 dokumentiert. Ebenso würden die Schürfung des linken Ellenbogens, die Kontusion des linken Knies und die Kontusion des rechten zweiten Strahles des rechten Fusses im Kreisarztbericht nicht erwähnt. Des Weiteren werde in der Beschreibung des MRI-Befundes vom 24. Februar 2017 (vgl. act. IIA 291) die anterosuperiore Labrumläsion nicht erwähnt (S. 11).

**3.1.6** Mit Bericht vom 21. September 2017 (act. IIA 325) hielt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ fest, aus den vorliegenden Untersuchungen lasse sich ein Unfallzusammenhang der beschriebenen Beschwerdesymptomatik im Bereich des linken Hüftgelenkes nicht nachvollziehen. Auch wenn es zu einem Anprall des Beckens im Jahre 2013 gekommen sei, was nicht bestritten werde, könne daraus nicht geschlossen werden, dass die beschriebene Schmerzsymptomatik im Bereich des linken Hüftgelenkes auf diesen Unfall zurückzuführen sei. Die jetzt beschriebenen Veränderungen im Bereich des Hüftgelenkes zeigten nun das Bild eines CAM-Impingements mit daraus resultierender Labrumveränderung. Es bestehe kein Hinweis auf eine durch den Unfall im Jahre 2013 verursachte strukturelle Störung oder sogar übersehene Fraktur (S. 2). Das beschriebene Friction-Syndrom des Tractus iliotibialis auf Höhe des Trochanters major könne als mittelbare Folge der Umstellungsosteotomie des Kniegelenkes in Erscheinung treten, da durch

die Veränderung der Kniegelenksachse bei valgisierender Osteotomie eine Überlastung des Tractus iliotibialis mit Schmerz in Höhe des Trochanter major möglich sei. Daraus könne eine Erklärung der Beschwerden im Bereich des Oberschenkels nachvollzogen werden. Diesbezüglich sei der mittelbare Zusammenhang zu dem Unfallereignis anzuerkennen. Ein solches Friction-Syndrom werde durch physiotherapeutische Behandlung angegangen. Die erfolgte Behandlung des Hüftgelenkes könne jedoch nicht im Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen aus dem Jahre 2013 gebracht werden. Die jetzt im Vordergrund stehende Bewegungsstörung im Bereich des Hüftgelenkes schein Ausdruck einer Impingement-Symptomatik zu sein, die bei CAM-Konfiguration des Hüftkopfes nicht aussergewöhnlich sei (S. 3).

**3.1.7** In der Stellungnahme vom 28. November 2017 (act. IIA 334 S. 3 f.) hielt Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ fest, die radiologischen Veränderungen zeigten eine seitendifferente, linksbetonte sogenannte Gelenkspaltverschmälerung, einem entsprechenden seitendifferenten asymmetrischen dorsalen Knorpeldefekt entsprechend. Mit grosser Wahrscheinlichkeit sei diese linksseitige dorsale Hüftschmerzsymptomatik durch eine direkte Kontusion der dorsalen Partie des linken Hüftgelenkes und des linken Trochanters bedingt (S. 3). Das Argument, dass die Valgisationsosteotomie zu einem Tractus iliotibialis-Syndrom oder zu einem Friktionssyndrom mit Bursitis trochanterica der linken Hüfte geführt haben soll, sei nicht stichhaltig (S. 4).

**3.1.8** Im Bericht vom 13. März 2018 (act. IIA 337) führte der Kreisarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ aus, für die von Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ beschriebene Läsion im Bereich der dorsalen Anteile des Hüftgelenkes, die er auf das Unfallereignis vom ... 2013 zurückführe, ergäben sich anlässlich der durchgeführten Diagnostik keinerlei bildtechnisch nachweisbare Korrelate. Somit könne eine unfallbedingte Veränderung im Bereich des Hüftgelenkes dorsal nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Folge dieses Ereignisses angenommen werden (S. 1). Bezüglich der durchgeführten Diagnostik im Bereich des Beckens/untere LWS sei darauf hinzuweisen, dass degenerative Veränderungen im Bereich der unteren LWS nachgewiesen worden seien und dies das einzig pathologische Korrelat in dieser Region

darstelle, abgesehen von der beschriebenen CAM-Impingement-Symptomatik (S. 2).

**3.1.9** In der im Gerichtsverfahren aufgelegten Stellungnahme vom 26. April 2018 (act. I 4) hielt Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer habe anlässlich des Unfalls eine Direktkontusion der linken Hüfte bei Sturz auf das linke Gesäss nach Motorradunfall erlitten. Trotz persistierender Symptomanagabe sei die linke Hüfte nicht bildgebend abgeklärt worden. Der Beschwerdeführer habe immer über dorsal lokalisierte linksseitige Hüftgelenksbeschwerden geklagt, die zeitnah mit dem Unfall aufgetreten, von ärztlicher Seite jedoch nicht adäquat abgeklärt worden seien.

**3.1.10** In dem mit der Beschwerde aufgelegten Bericht vom 4. Mai 2018 (act. I 3) hielt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ fest, anlässlich der Untersuchung vom 29. November 2013 habe er u.a. eine Schürfung des linken Ellbogens sowie eine Prellung mit Hauthämatom über der linken Gesässbacke (von 10 x 15cm) gefunden, was darauf hindeute, dass der Beschwerdeführer drauf gefallen sei. Er habe auch über Schmerzen im linken Knie sowie solche im Bereich des rechten Fussrückens geklagt.

**3.1.11** Mit im Rahmen der Beschwerdeantwort aufgelegtem Bericht vom 5. Juli 2018 (act. II) führte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ aus, ein Trochanter-Friction-Syndrom führe zu Schmerzen an der Aussenseite des körpernahen Oberschenkels mit Zunahme bei Adduktion des Beines. Die in der Kernspintomografie nachgewiesenen Zeichen eines Trochanter-Friction-Syndroms seien nicht sehr ausgeprägt. Die Ursache für ein solches Syndrom könne in der Veränderung der Beinachse liegen, da es bei zunehmender Valgusstellung (z.B. nach Umstellungsosteotomie) zu einer höheren Spannung der Muskultur über dem grossen Rollhügel kommen könne. Diese Veränderung, die im Jahre 2017 festgestellt worden sei, sei zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung durch Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ offenbar klinisch nicht relevant gewesen. Die beschriebene Beschwerdesymptomatik habe nicht über der Aussenseite am Oberschenkel, sondern über den dorsalen Abschnitten des Hüftgelenkes, die anatomisch von diesem Punkt weit entfernt seien, gelegen. Aufgrund der Folgen des Unfalls aus dem Jahre 2013 mit der danach durchgeführten Umstellungsosteoto-

mie des Beines könne sich ein solches Trochanter-Friction-Syndrom entwickeln. Die Anerkennung als mittelbare Unfallfolge sei daher konsequent. Eine dazugehörige Schmerzsymptomatik sei jedoch in der gesamten Berichterstattung von Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ nicht erwähnt. Schliesslich lasse sich aus dem Vorliegen eines Hämatoms nicht schliessen, dass 3 Jahre später ein dorsaler Hüftschmerz oder lumbaler Schmerz im Zusammenhang mit dem Hämatom stehe (S. 2).

## **3.2**

**3.2.1** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.2.2** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Nach der Praxis sind Aktengutachten 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).

**3.2.3** 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 (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65).

**3.3** Mit Blick auf die den rechtlichen Anforderungen genügenden (vgl. E. 3.2.2 vorne) und auf persönlichen Untersuchungen basierenden kreisärztlichen Beurteilungen von med. pract. D. \_\_\_\_\_ vom 5. November 2015 (act. IIA 153) und 4. April 2016 (act. IIA 201) steht fest und ist unbestritten, dass die im massgeblichen Beurteilungszeitraum bis zum angefochtenen Einspracheentscheid vom 6. April 2018 (act. IIA 338) geklagten (und operativ behandelten) Kniebeschwerden links mit beginnender, symptomatischer medialer Gonarthrose, kausal auf den Unfall vom ... 2013 zurückzuführen sind.

Streitig ist demgegenüber die Kausalität der geklagten Hüftbeschwerden links. Insoweit ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin zu keinem Zeitpunkt eine Leistungspflicht anerkannt oder gar Leistungen erbracht hat. Ständen demnach die Hüftbeschwerden links bei der Leistungsanerkennung gar nie zur Diskussion, gilt nicht die Beweislastverteilung bezüglich Wegfalls der Unfallkausalität (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1, 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b), sondern liegt es in den Schranken des Untersuchungsgrundsatzes grundsätzlich am Beschwerdeführer, den Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom ... 2013 und den nämlichen Beschwerden zu beweisen (vgl. E. 2.2.1 vorne; Entscheid des BGer vom 4. August 2017, 8C\_819/2016, E. 6.2).

**3.4** Die zur Frage nach der Kausalität der Hüftbeschwerden links verfassten Berichte des Kreisarztes Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 9. Juni 2017 (act. IIA 303), 21. September 2017 (act. IIA 325), 13. März 2018 (act. IIA 337) sowie 5. Juli 2018 (act. II) erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte (vgl. E. 3.2.2 vorne) und erbringen vollen Beweis. Dabei schadet es entgegen der Auffassung von Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (act. I 4 S. 1) nicht, dass es sich um Aktenberichte handelt, konnte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ seine Beurteilungen doch auf einen mittels verschiedener bildgebender Verfahren (vgl. act. IIA 291 f.) dokumentierten und damit lückenlos erhobenen Befund abstellen. Zudem kann insbesondere (auch) die Kausalität im Rahmen eines Aktengutachtens erörtert werden (Entscheid des BGer vom 9. November 2011, 8C\_383/2011, E. 4.2).

Gemäss den Beurteilungen von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ ist die in den Berichten von Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ dokumentierte Beschwerdesymptomatik namentlich Ausdruck eines im Vordergrund stehenden, indes degenerativ bedingten und damit unfallfremden CAM-Impingements der linken Hüfte (vgl. act. IIA 325 S. 3). Hinsichtlich des ebenfalls bildgebend dargestellten, auf die Umstellungsosteotomie des linken Kniegelenks rückführbaren und damit grundsätzlich mittelbar unfallkausalen Friction-Syndroms fehle es an einer dazugehörigen Schmerzsymptomatik (act. II S. 2), weshalb die erfolgte Behandlung des linken Hüftgelenks nicht in Zusammenhang mit dem Unfall vom ... 2013 stehe (vgl. act. IIA 325 S. 3).

**3.5** Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, dringt nicht durch. Er beruft sich auf die Berichte des behandelnden Arztes Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_, welcher eine direkte Kausalität postuliert, wofür die Unfallanamnese, das vom Hausarzt objektiv und zeitnah zum Unfall vom ... 2013 dokumentierte Hämatom der linken Gesässregion, die Brückensymptome seit dem Unfall (bei vorher asymptomatischen beidseitigen Hüften und beidseitigen Kniegelenken), die subjektiv immer gleichbleibenden Beschwerden sowie die objektiven Befunde sprächen (vgl. act. IIA 299; 323 S. 10).

**3.5.1** Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei der als solche bezeichneten aussergerichtlichen Begutachtung von Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 31. August 2017 (act. IIA 323 S. 2 - 11) – anders als die Ausführungen des Beschwerdeführers in der Replik (S. 2 Ziffer 4) vermuten lassen könnten – nicht um ein Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG handelt, wird ein solches doch vom Versicherungsträger bei einem unabhängigen Sachverständigen veranlasst, was auf Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ als behandelnder Arzt nicht zutrifft (vgl. GABRIELA RIEMER-KAFKA, Versicherungsmedizinische Gutachten, 3. Aufl., S. 38). Ob dem nämlichen Bericht sodann materiell Gutachtensqualität zukommt, ist zumindest fraglich, fehlt es doch bereits an einer präzisen Diagnosestellung. Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst, hielt mit im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlichen Verwaltungsverfahrens erstelltem Bericht vom 30. April 2018 (act. III 121) unter Hinweis auf weitere Unzulänglichkeiten denn auch nachvollziehbar fest, die Kriterien eines „verwertbaren Gutachtens“ seien nicht erfüllt (S. 4). Wie es sich damit abschliessend verhält, kann jedoch offen bleiben. Unabhängig von der formellen Qualifikation des Berichts als Parteigutachten, Gutachten oder „Aussergerichtliche Begutachtung“ lässt sich allein daraus in Bezug auf dessen Beweiswert nichts gewinnen (vgl. E. 3.2.2 vorne). So oder anders ist das Gericht verpflichtet zu prüfen, ob der nämliche Bericht (für sich oder im Verbund mit den weiteren von Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ verfassten Stellungnahmen) Aspekte aufzeigt, die geeignet wären, (auch nur geringe) Zweifel am Beweiswert der von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Administrativverfahrens erstellten medizinischen Berichte und Akten-gutachten zu wecken (vgl. E. 3.2.3 vorne). Dies ist nicht der Fall:

**3.5.2** Vorab fällt entscheidend ins Gewicht, dass den nach dem Unfall vom ... 2013 erstellten zahlreichen medizinischen Berichten entweder keine Hinweise auf eine (linksseitige) Hüftproblematik zu entnehmen sind (vgl. act. IIA 8; 14; 24; 31 f.; 35 - 37; 43 f.; 47 f.; 59; 74; 81; 83 f.; 87; 96; 99 S. 2 f.; 109; 119; 127; 133; 142; 163; 179; 186; 191) – was auch auf die persönlichen kreisärztlichen Untersuchungen zutrifft (vgl. act. IIA 153; 201) – oder aber sich das Hüftgelenk links jeweils, zuletzt im Dezember 2016, als frei beweglich präsentierte (act. IIA 87 S. 1; 229 S. 1). Erstmalig traten

in der linken Hüfte lokalisierte Beschwerden im Bericht von Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 16. März 2017 (act. IIA 296 S. 1) aktenkundig in Erscheinung. Es trifft somit offensichtlich nicht zu, dass – wie der behandelnde Arzt im Bericht vom 26. April 2018 (act. I 4) behauptet – der Beschwerdeführer zeitnah zum Unfall „immer über dorsal linksseitige Hüftgelenksbeschwerden“ (S. 1) geklagt habe, bestehen hierfür doch nicht die geringsten echtzeitlichen Hinweise in den Akten. Solche konnten auch im Rahmen der gerichtlichen Beweismassnahmen mit Einholung der Akten und Krankengeschichte beim Hausarzt nicht erhoben werden. Folglich entbehrt auch das von Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ für die Begründung einer Unfallkausalität ins Feld geführte Postulat von angeblich seit dem Unfall bestehenden Brückensymptomen (bei vorher asymptomatischen beidseitigen Hüften; vgl. act. IIA 323 S. 10) einer Grundlage, abgesehen davon, dass von einer allfälligen prätraumatisch bestehenden Beschwerdefreiheit ohnehin nicht auf eine Unfallkausalität geschlossen werden könnte, beruhte eine solche Einschätzung des Kausalzusammenhangs doch auf der in beweismässiger Hinsicht unzulässigen *Maxime post hoc ergo propter hoc*, wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2016 UV Nr. 24 S. 78 E. 7.2).

Nach der übereinstimmenden Aktenlage richtete sich der Fokus der behandelnden Ärzte – entsprechend den in den anamnestischen Angaben dokumentierten Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers – auf die Behandlung des linken Kniegelenks. Anders als der Beschwerdeführer mit seinem Vorbringen, es habe insoweit eine „massive Überarztung“ (Beschwerde, S. 7 Ziffer 8) stattgefunden, insinuiert, bestehen auch keine Hinweise in den Akten, dass die behandelnden Ärzte nicht *lege artis* vorgegangen wären. Der Kreisarzt med. pract. D.\_\_\_\_\_ hielt denn auch im auf einer persönlichen Untersuchung basierenden Bericht vom 5. November 2015 (act. IIA 153) fest, ein Behandlungsfehler liege nicht vor (S. 8). Ein solcher liesse sich auch nicht unter Hinweis auf eine gemäss Aktenlage nicht immer einfache sprachliche Verständigung zwischen den behandelnden Ärzten und dem Beschwerdeführer und einer daraus abgeleiteten inadäquaten Abklärung allfälliger Hüftbeschwerden (vgl. act.

IIA 344 S. 1) begründen. Denn die Angabe von Beschwerden an exponierten Körperstellen wie den Hüften setzt keine besonderen sprachlichen Kenntnisse voraus. Was sodann die kreisärztlichen Untersuchungen anbelangt – bei denen der Beschwerdeführer, wie dargelegt, ebenso wenig auf allfällige Hüftbeschwerden (links) hingewiesen hat – so erfolgten diese entweder im Beisein der deutsch sprechenden Tochter des Beschwerdeführers (vgl. act. IIA 153 S. 6) oder einer Dolmetscherin (vgl. act. IIA 201 S. 3).

**3.5.3** Sodann ist zwar erstellt und folgt insbesondere auch aus den anlässlich des vorliegenden Gerichtsverfahrens edierten Akten des Hausarztes (act. IIIA), dass Dr. med. I. \_\_\_\_\_ anlässlich der ersten Konsultation am 29. November 2013 an der linken Gesässbacke des Beschwerdeführers ein Hauthämatom von 10 x 15 cm feststellte, welchen Umstand Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ als weiteres Argument für eine Unfallkausalität der geklagten Hüftbeschwerden links ins Feld führt. Schmerzen in der linken Hüfte sind in der Krankengeschichte jedoch weder unmittelbar nach dem Unfall noch im weiteren Verlauf dokumentiert (vgl. act. IIIA; I 3 S. 1). Sodann hat sich der Kreisarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_, welcher einen allfälligen, beim Unfall erfolgten Anprall des Beckens nicht in Frage stellt (vgl. act. IIA 325 S. 2), zur Relevanz des Hämatoms im Kontext der streitigen Unfallkausalität ausführlich geäußert und festgehalten, daraus lasse sich nicht schliessen, dass drei Jahre später ein dorsaler Hüftschmerz oder lumbaler Schmerz im Zusammenhang mit dem Hämatom stehe. Bei Hämatomen handle es sich um Veränderungen, die in der Regel folgenlos ausheilen. In seltenen Fällen komme es zu Verkalkungen oder zu Flüssigkeitsansammlungen in den Weichteilen, die auch über Jahre persistieren könnten. Solche Veränderungen seien kernspintomografisch exzellent darstellbar. Hinweise für solche Veränderungen seien jedoch bei der kernspintomografischen Untersuchung des linken Hüftgelenkes nicht zur Darstellung gekommen, womit davon ausgegangen werden könne, dass das Hämatom infolge des Unfallgeschehens vom ... 2013 folgenlos innerhalb der nächsten Monate verheilt sei. Auch anlässlich der zweimaligen kreisärztlichen Untersuchung seien diesbezüglich keinerlei Beschwerden geäußert oder pathologische Befunde erhoben worden (vgl. act. II S. 2 f.).

**3.5.4** Ferner hat Dr. med. F.\_\_\_\_\_ ausführlich und mit Blick auf die Ergebnisse der diversen bildgebenden Untersuchungen (act. IIA 239; 291 f.) überzeugend dargelegt, dass sich für die von Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ beschriebene Läsion im Bereich der dorsalen Anteile des Hüftgelenkes, die er auf das Unfallereignis vom ... 2013 zurückführe, anlässlich der durchgeführten Diagnostik keinerlei bildtechnisch nachweisbare Korrelate (act. IIA 337 S. 1) bzw. kein Hinweis auf eine durch den Unfall verursachte strukturelle Störung oder sogar übersehene Fraktur (act. IIA 325 S. 2) ergäben, womit eine unfallbedingte Veränderung im Bereich des Hüftgelenkes dorsal nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Folge dieses Ereignisses angenommen werden könne (act. IIA 337 S. 1). Das einzige pathologische Korrelat im Bereich des Beckens/untere LWS seien (unfallfremde [vgl. act. IIA 250]) degenerative Veränderungen im Bereich der unteren LWS sowie die beschriebene (und ebenfalls unfallremde) CAM-Impingement-Symptomatik (act. IIA 337 S. 2). Soweit Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ postuliert, die radiologisch dargestellten Veränderungen zeigten eine seitendifferente, linksbetonte sogenannte Gelenkspaltverschmälerung, einem entsprechenden seitendifferenten asymmetrischen dorsalen Knorpeldefekt entsprechend (welchen Befund Dr. med. F.\_\_\_\_\_ im Sinne einer beginnenden Coxarthrose interpretiert [act. IIA 325 S. 2; vgl. auch [flexikon.doccheck.com/de/Gelenkspaltverschmälerung](http://flexikon.doccheck.com/de/Gelenkspaltverschmälerung)]) und weiter folgert, mit grosser Wahrscheinlichkeit sei diese linksseitige dorsale Hüftschmerzsymptomatik durch eine direkte Kontusion der dorsalen Partie des linken Hüftgelenkes und des linken Trochanters bedingt (act. IIA 334 S. 3), scheidet eine solche Annahme dem Dargelegten zufolge bereits am aktenkundigen Verlauf, welcher weder eine Verletzung der linken Hüfte noch allfällige dasselbst lokalisierte Beschwerden dokumentiert.

Schliesslich ist dem Beschwerdeführer mit Blick auf die entsprechenden Ausführungen von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ (vgl. act. IIA 325 S. 3) zwar beizupflichten, dass das bildgebend dokumentierte Friction-Syndrom eine mittelbare Folge der Umstellungsosteotomie des linken Kniegelenks darstellt und somit zumindest eine indirekte Kausalität zum Unfall vom ... 2013 besteht. Indessen hielt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ fest, die jetzt im Vordergrund stehende Bewegungsstörung im Bereich des Hüftgelenks scheine Ausdruck einer (unfallfremden) Impingement-Symptomatik zu sein (act. IIA 325

S. 3) bzw. es fehle an einer zum Friction-Syndrom dazugehörigen Schmerzsymptomatik (vgl. act. II S. 2). Dieser Auffassung stimmt im Ergebnis auch Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ zu, führt er doch die Schmerzsymptomatik direkt kausal auf eine Kontusion der dorsalen Partie des linken Hüftgelenkes und des linken Trochanters zurück – welche Auffassung, soweit die postulierte Kausalität betreffend, dem eben Dargelegten zufolge beweisrechtlich nicht überzeugt – und verneint er eine indirekte Kausalität, indem er festhielt, dass das Argument, wonach die Valgisationsosteotomie zu einem Tractus iliotibialis-Syndrom oder zu einem Friction-Syndrom mit Bursitis trochanterica der linken Hüfte geführt haben soll, nicht stichhaltig sei (act. IIA 334 S. 4).

**3.5.5** Demnach zeigt Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ in seinen Berichten keine Aspekte auf, welche auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilungen von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ zu wecken vermöchten (vgl. E. 3.2.3 vorne). Der Sachverhalt erweist sich somit als hinreichend abgeklärt und der beschwerdeweise eventualiter beantragten Rückweisung zwecks Durchführung eines orthopädischen Gutachtens bzw. der mit Replik vom 22. August 2018 beantragten Anordnung eines „gerichtlichen Obergutachtens“ (S. 3 Ziffer 7) bedarf es nicht.

**3.6** Zusammenfassend ist gestützt auf die Berichte von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ ein (natürlicher) Kausalzusammenhang zwischen den geltend gemachten Hüftbeschwerden links und dem Unfall vom ... 2013 im Sinne einer direkten Kausalität – an deren Nachweis in Anbetracht des erheblichen zeitlichen Abstands zwischen dem Unfall und dem Auftreten der Beschwerden im März 2017 strenge Anforderungen zu stellen sind (vgl. Entscheid des BGer vom 17. Januar 2008, U 60/07, E. 2) – nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt (vgl. E. 2.2.2 und 3.3 vorne). Daran ändert nichts, dass zwischen dem Unfall vom ... 2013 und dem Friction-Syndrom ein mittelbarer kausaler Zusammenhang besteht. Da es jedoch im massgeblichen Beurteilungszeitraum an der dazugehörigen Beschwerdesymptomatik fehlte respektive die tatsächlich geklagten Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Friction-Syndrom zurückgeführt werden können, besteht insoweit keine Leistungsrelevanz.

#### **4.**

Die Beschwerdegegnerin hat den Fall per Ende März 2016 unter Einstellung der Taggeldleistungen abgeschlossen (vgl. act. IIA 210). Dies ist nicht zu beanstanden: Zum einen sind die erstmalig im März 2017 dokumentierten Hüftbeschwerden links (vgl. E. 3.5.2 vorne) unfallfremd bzw. nicht leistungsrelevant (vgl. E. 3.6 vorne). Zum andern war damals von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung hinsichtlich der (unfallbedingten) Kniebeschwerden links keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes im Sinne einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit – soweit unfallbedingt beeinträchtigt – mehr zu erwarten und erfolgten damals keine Eingliederungsmassnahmen der IV (act. IIA 182; vgl. E. 2.3).

#### **5.**

**5.1** In Bezug auf die (allein zu berücksichtigenden) unfallbedingten funktionellen Beeinträchtigungen von Seiten des linken Kniegelenks hat die Beschwerdegegnerin bei einem Invaliditätsgrad von 7.95% einen Rentenanspruch verneint (act. IIA 338 E. 5 S. 14). Dies ist nicht zu beanstanden:

**5.2** Für das Valideneinkommen (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1) hat die Beschwerdegegnerin auf das im Jahr 2016 bei der C.\_\_\_\_\_ SA erzielbare monatliche Gehalt von Fr. 5'308.-- (act. IIA 155 S. 1) abgestellt, woraus für das Jahr 2016 ein Valideneinkommen von Fr. 69'004.-- resultiert (vgl. act. IIA 271 S. 2). Dies ist – zu Recht – unbestritten.

#### **5.3**

**5.3.1** Für die Bestimmung des Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin die Lohnangaben aus der eigenen Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) herangezogen, was grundsätzlich zulässig ist (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Gemäss dem Zumutbarkeitsprofil ist dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als ... nicht mehr, eine den Leiden angepasste Tätigkeit jedoch ohne zeitliche Einschränkung zumutbar. Aufgrund

der einzig zu berücksichtigenden Kniebeschwerden links nicht mehr zumutbar sind Arbeiten mit Begehen von Leitern und Tragen von Lasten über 15 kg sowie Arbeiten verbunden mit Knien oder beständigem Treppensteigen (act. IIA 153 S. 8; 201 S. 4). Die der Berechnung des Invalideneinkommens zugrunde gelegten DAP-Profile erfüllen sowohl die Anforderungen an das Zumutbarkeitsprofil (SVR 2016 UV Nr. 13 S. 41 E. 4.6) wie auch die übrigen rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen (vgl. BGE 139 V 592 E. 6.3 S. 595, 129 V 472 E. 4.2.2 S. 480) an das Abstellen auf DAP-Löhne (vgl. act. IIA 270), und der so ermittelte Durchschnittswert von Fr. 63'516.-- (act. IIA 338 E. 4c S. 14) ist schlüssig. Indem der Beschwerdeführer nichts Gegenteiliges vorbringt, besteht insoweit kein Anlass für Weiterungen (BGE 119 V 347 E. 1 S. 349).

**5.3.2** Im Rahmen des DAP-Systems, bei welchem aufgrund der ärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung anhand von Arbeitsplatzbeschreibungen konkrete Verweisungstätigkeiten ermittelt werden, sind Abzüge grundsätzlich nicht sachgerecht. Abzüge sind nur vorzunehmen, wenn zeitliche oder leistungsmässige Reduktionen medizinisch begründet sind (BGE 139 V 592 E. 7.3 S. 597), welche Voraussetzungen in Bezug auf eine den Leiden angepasste Tätigkeit vorliegend nicht erfüllt sind, was denn auch nicht geltend gemacht wird. Der Beschwerdeführer bringt jedoch vor, das Invalideneinkommen sei basierend auf den Tabellenlöhnen der LSE festzulegen und daher sei ein leidensbedingter Abzug von 15% vorzunehmen, was einen Invaliditätsgrad von 17.2% ergebe (Beschwerde, S. 8 Ziffer 11). Insoweit ist ihm jedoch entgegen zu halten, dass ein Wechsel zur Bemessung des Invalideneinkommens nach der LSE-Methode erst möglich ist, wenn sich ein von der Beschwerdegegnerin ursprünglich verwendetes DAP-Profil im kantonalen Gerichtsverfahren als unbrauchbar herausstellt und die Beschwerdegegnerin nach Aufforderung des Gerichts nicht in der Lage ist, ein anderes, verwendbares Profil beizubringen (vgl. Entscheid des BGer vom 29. November 2017, 8C\_378/2017, E. 4.4). Dies trifft vorliegend nicht zu, sind die von der Beschwerdegegnerin zugrunde gelegten DAP-Profile dem Dargelegten zufolge für die Bestimmung des Invalideneinkommens doch geeignet (vgl. E. 5.3.1 vorne). Unter diesen Umständen kann offen

bleiben, ob beim Abstellen auf Tabellenlöhne gemäss LSE ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen wäre und wenn ja, in welcher Höhe.

**5.4** Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 5'488.-- (Fr. 69'004.-- - Fr. 63'516.-- ) und damit ein Invaliditätsgrad von 7.95% (Fr. 5'488.-- / Fr. 69'004.-- x 100).

Damit besteht kein Anspruch auf eine Rente der Unfallversicherung (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG).

## **6.**

Zusammenfassend ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. April 2018 (act. IIA 338) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## **7.**

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

**7.2** 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 wird eine Partei-entschädigung 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.