

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2025 4

Entscheid vom 18. August 2025

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Präsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.iur. Jeremias Fellmann, Richter
MLaw Pascal Pfeifhofer, Gerichtsschreiber

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____,

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Rückfall; Kausalität; Leistungen)

Sachverhalt:

A. A. _____ (Jg. 1964) war über seine Arbeitgeberin bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er am 28. April 1983 mit seinem Motorrad verunfallte und dabei insbesondere eine zweitgradig offene Unterschenkeltrümmerfraktur rechts erlitt (Vi-act. 1 S. 41), die vorerst mittels Fixateur externe, anschliessend mittels Gips und danach wegen einer Pseudarthrose mittels Unterschenkelplattenosteosynthese und Spongiosaplastik therapiert wurde (Vi-act. 1 S. 2). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen. 1986 wurde eine deutliche Fehlstellung im rechten Unterschenkel diagnostiziert und eine infrakondyläre Korrekturosteotomie empfohlen und letztlich durchgeführt (Vi-act. 2 S. 42, 40). Ab dem 1. Juli 1987 bestand wiederum volle Belastung (Vi-act. 2 S. 18, 13). Im Februar 1990 erfolgte die OSM-Entfernung. Im Oktober 1990 wurde A. _____ kreisärztlich untersucht und der Fall abgeschlossen (Vi-act. 2 S. 4).

B. Am 15. Mai 2018 meldete A. _____ der Suva einen Rückfall resp. Spätfolgen zum Unfall vom 28. April 1983 (Vi-act. 3). Nachdem der Versicherungsmediziner der Suva die Frage, ob die ab Mai 2018 geltend gemachten Beschwerden (Rücken- und Hüftschmerzen) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall von 1983 zurückzuführen seien, mit Nein beantwortete (Vi-act. 12), lehnte die Suva eine Leistungspflicht formlos ab (Vi-act. 13).

C. Am 20. März 2024 meldete A. _____ neuerlich einen Rückfall/Spätfolgen. Er habe Schmerzen im linken Knie und Hüftgelenk nach einer Hüftnekrose aufgrund Fehlstellungen und zwei Jahren Krückenlaufen; Arthrose in den Kniegelenken und erneute Beschwerden in der Hüfte links (Vi-act. 19). Laut dem Hausarzt Dr.med. C. _____ (Facharzt für Allgemeinmedizin) ist die Hüftkopfnekrose links als Folge der dauerhaften Fehlstellung und damit als Unfallfolge zu betrachten (Vi-act. 25). Mit Kurzbeurteilung vom 17. Mai 2024 verwies der Versicherungsmediziner betreffend Frage nach der Unfallkausalität auf die Beurteilung von 2018, welcher er sich voll anschliesse (Vi-act. 28). In der Folge lehnte die Suva mit Schreiben vom 17. Mai 2024 eine Leistungspflicht ihrerseits formlos ab (Vi-act. 30). Mit Bericht vom 2. Juli 2024 bekräftigte der Hausarzt seine Überzeugung, dass die geklagten Beschwerden und Probleme auf den Unfall vom 28. April 1983 zurückzuführen seien (Vi-act. 36). Nachdem die Unfallkausalität in einer weiteren Kurzbeurteilung des Versicherungsmediziners verneint wurde (Vi-act. 38), verfügte die Suva am 15. Juli 2024 die Ablehnung der Versicherungspflicht, da die medizinischen Unterlagen keinen sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 28. April 1983 und an der

linken Hüfte zeigen würden (Vi-act. 41). Gegen diese Verfügung liess A._____ am 13. August 2024 Einsprache erheben (Vi-act. 42). Gestützt auf eine ärztliche Beurteilung vom 29. Oktober 2024 (Vi-act. 50) wies die Suva die Einsprache mit Entscheid vom 6. Januar 2025 ab (Vi-act. 54).

D. Am 24. Januar 2025 lässt A._____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid der SUVA vom 06.01.2025 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die ihm zustehenden UV-Leistungen weiterhin auszurichten.
2. Die Beschwerdegegnerin habe dem Beschwerdeführer sämtliche zusätzlichen medizinischen Untersuchungskosten seit 2018 zurückzuerstatten.
3. Es sei ein zweiter Rechtsschriftenwechsel durchzuführen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Den Antrag auf einen zweiten Schriftenwechsel begründet der Beschwerdeführer mit laufenden medizinischen Abklärungen, welche im Rahmen eines zweiten Rechtsschriftenwechsels ins Verfahren eingegeben würden. Hierauf stellte der verfahrensleitende Richter fest, mit einer Replik sei auf die Vorbringen der Vernehmlassung zu reagieren und nicht angekündigte zusätzliche medizinische Berichte einzureichen; es stelle sich vielmehr die Frage, ob das Verfahren bis zum Vorliegen dieser Berichte zu sistieren sei, worauf sich die Vorinstanz integral vernehmen lassen könnte. In der Folge stellte der Beschwerdeführer am 7. Februar 2025 ein Sistierungsgesuch, welchem mit Verfügung vom 10. Februar 2025 antragsgemäss bis 31. Mai 2025 Folge geleistet wurde. Am 20. Mai 2025 informierte der Beschwerdeführer das Gericht, die Ärzte hätten ihm mündlich unmissverständlich mitgeteilt, dass die Frage der Unfallkausalität mittels einer neutralen medizinischen Expertise beurteilt werden müsse; die Sistierung sei aufzuheben und das Verfahren fortzusetzen. Hierauf setzte der verfahrensleitende Richter der Vorinstanz Frist zur Vernehmlassung an.

E. Mit Vernehmlassung vom 4. Juni 2025 beantragt die Suva, die Beschwerde sei abzuweisen und der Einspracheentscheid vom 6. Januar 2025 sei zu bestätigen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Strittig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Suva ihre Leistungspflicht nach erfolgter Rückfallmeldung vom 20. März 2024 in vertretbarer Weise abgelehnt hat mit der Begründung, es bestünde kein sicherer oder wahrscheinlicher

Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 28. April 1983 und den gemäss Rückfallmeldung geklagten Beschwerden.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen sowie auf ein Taggeld, falls sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird die versicherte Person infolge des Unfalles invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 E. 2.1; BGE 129 V 177 E. 3.1 f.).

Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 147 V 161 E. 3.2); m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 E. 1; BGE 134 V 109 E. 2.1; Urteil BGer 8C_640/2022 vom 9.8.2023 E. 3.2 je mit Hinweisen).

Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung dann 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; BGE 125 V 461 E. 5a, je mit Hinweisen). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers

spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 E. 2; Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 E. 9.3).

2.3.1 Versicherungsleistungen werden gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982 auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. 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 anders gearteten Krankheitsbild führen können (Urteile BGer 8C_148/2018 vom 6.7.2018 E. 6.1; 8C_382/2018 vom 6.11.2018 E. 2.2).

2.3.2 Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 f. E. 2c mit Hinweisen).

2.3.3 Zu betonen ist, dass der Unfallversicherer bei der Leistungspflicht gemäss Art. 11 UVV für Rückfälle und Spätfolgen nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können (Urteil BGer 8C_646/2019 vom 6.3.2020 E. 4.2). Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (Urteil BGer 8C_617/202 vom 11.3.2024 E. 2.3; SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55, 8C_331/2015 E. 2.2.2; SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C_816/2009 E. 6, je mit Hinweis). Eine allfällige Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten der versicherten Person aus, welche einen Rückfall oder eine Spätfolge geltend macht und daraus einen Leistungsanspruch ableiten will (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b; Urteil des EGV U 69/03 vom 7.4.2004 E. 2.3, je mit Hinweis; Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallver-

sicherung, 4. Aufl. 2012, S. 78 f.). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil BGer 8C_331/2015 vom 21.8.2015 E. 2.2.2 mit Hinweis auf 8C_521/2008 vom 5.12.2011 E. 2.2.2 mit Hinweisen).

2.4 Unfallbedingte Fehlbelastungen (wegen Fuss- und Beinverletzungen, Beinlängenverkürzung usw.) können im Sinne indirekter Unfallfolgen zu Rückenbeschwerden führen. Es liegt in der Natur solcher Fehlbelastungsbeschwerden, dass sie erst einige Zeit nach dem Unfall auftreten und nicht direkt traumatisch bedingt sind. Dies muss allerdings im Einzelfall medizinisch abgeklärt werden (RKUV 2003 Nr. U 487 S. 337 E. 5.2.2 [U 38/01]; vgl. auch Urteile BGer 8C_747/2013 vom 18.3.2014 E. 3.2; 8C_588/2013 vom 16.1.2014 E. 4.3.3; 8C_456/2009 vom 28.7.2009 E. 5.2). Ein Schonhinken ist nicht geeignet, eine Fehlbelastung der Wirbelsäule zu verursachen, wenn nicht zusätzlich schwerwiegende Deformationen (wie Beinlängendifferenz oder Hüftarthrose) vorliegen (Urteil BGer 8C_248/2008 vom 4.7.2008 E. 3.2 mit Hinweis).

2.5 Ob zwischen dem 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BSK-Hofer, Art. 4 ATSG, Rz. 58 mit Hinweisen auf BGE 142 V 435 E. 1; BGE 129 V 177 E. 3.1; vgl. BGE 119 V 335 E. 1).

2.6 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Art. 61 lit. c ATSG; Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Es ist jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahr-

scheinlichste zu würdigen ist (BGE 144 V 427 E. 3.2; BGE 138 V 218 E. 6; BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2; Urteil BGer 8C_765/2020 vom 4.3.2021 E. 3.2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV; SR 101) erblickt werden (BGE 144 V 361 E. 6.5).

2.7 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

2.7.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen, weshalb die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf zuverlässige Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen ist (Urteil BGer 8C_179/2023 vom 20.10.2023 E. 4.2). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231

E. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a; BGE 122 V 157 f. E. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

2.7.2 Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C_372/2024 vom 1.5.2025 E. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. 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 145 V 97 E. 8.5; BGE 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

2.7.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Urteil BGer 8C_760/2023 vom 24.6.2024 E. 7.4 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 E. 4.5; BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 E. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_760/2023 vom 24.6.2024 E. 7.4; 8C_609/2017 vom 27.3.2018 E. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 E. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 E. 2 mit Hinweisen).

2.7.4 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 E. 8.2 m.w.H.). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sach-

verhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (BGE 125 V 352 E. 3b/ee; Urteile BGer 8C_608/2020 vom 15.12.2020 E. 5.2; 8C_523/2018 vom 5.11.2018 E. 5.2; 8C_540/2007 vom 27.3.2008 E. 3.2 mit Hinweisen).

3.1 Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer am 28. April 1983 einen (unverschuldeten) Verkehrsunfall erlitt und die Suva ihre Leistungspflicht für die Unfallfolgen anerkannte. Der Grundfall wurde im Herbst 1984 nach persönlichem Untersuch durch den Kreisarzt am 5. September 1984 abgeschlossen. Dieser gelangte dabei zur Beurteilung (Vi-act. 1):

Status nach 2.-gradig offener proximaler Unterschenkelfraktur rechts. Primär Fixateur externe, dann verzögerter Verlauf. Wegen Pseudarthrose Platten-Osteosynthese und Spongiosaplastik, dann Faszienpaltung. Fibularisläsion.

Heutige Befundung: Wir haben noch Restdysästhesieerscheinungen, wobei aber die Sensibilität offenbar weitgehend sich erholt. Motorisch noch eine leichte Schwäche, auch diese wird sich erholen. Im Röntgen Durchbau der Fraktur und bedeutende, muskuläre Schonung.

Inbezug auf die durchgemachten Radiusfrakturen loco classico an beiden Handgelenken heute freier Bewegungsumfang, absolut keine Probleme.

Zur Therapie: Eine eigentliche Therapie sehe ich eigentlich nicht vor. Empfohlen Velo zu fahren, zu schwimmen/ kraulen, auch könne er das Jogging allmählich aufnehmen.

Die volle Arbeitsfähigkeit wird belassen.

Wegen der neuralen Störung darf ich Herrn Kollege D. _____ bitten, den Patienten im Oktober zu einer Kontrolle aufzubieten.

Das Osteosynthesematerial muss weiterhin belassen werden.

Am 21. Dezember 1985 erfolgte die OSM-Entfernung (Vi-act. 2 S. 46).

3.2 Im April 1986 wurde der Beschwerdeführer bei Dr.med. E. _____ (FMH Orthopädische Chirurgie) vorstellig wegen Beschwerden des rechten Beines nach längerem Gehen. Der Arzt diagnostizierte eine deutliche Fehlstellung des rechten Unterschenkels und empfahl eine Korrekturosteotomie (Vi-act. 2 S. 43 f.). Anlässlich eines Untersuchs vom 21. Oktober 1986 in der Universitätsklinik F. _____ wurde die Diagnose einer posttraumatischen Varusfehlstellung des rechten Unterschenkels bestätigt und eine infrakondyläre Korrekturosteotomie empfohlen (Vi-act. 2 S. 41). Am 17. November 1986 erfolgte durch Dr.med.

E._____ die infrakondyläre Korrekturosteotomie des rechten Unterschenkels mit einer Valgisation von 8-10° (Vi-act. 2 S. 40). Infekte und eine Nekrose machten weitere Eingriffe notwendig; im Februar 1987 wurde wegen Instabilität ein Fixateur externe angebracht (Vi-act. 2 S. 32-39). In der Verlaufskontrolle Mitte Mai 1987 stellte Dr.med. E._____ konsolidierte Verhältnisse und eine korrekte Stellung fest, der Fixateur wurde entfernt und eine Steigerung der Belastung empfohlen (Vi-act. 2 S. 27, 26). Nach persönlichem Untersuch vom 6. August 1987 gelangte der Kreisarzt zur Beurteilung, es liege noch eine bedeutende muskuläre Schonung am rechten Bein vor; das Kniegelenk zeige eine partielle Kreuzbandlockerung, die muskulär kompensiert werde; das Knie sei reizlos, trocken bei im Gesamten voller freier Funktion; das OSG sei unauffällig mit straffer Bandführung; keine Residuen der Fibularisparese. Im proximalen Anteil der Tibia die adhärennten Narben, keine Anhaltspunkte für osteitischen Prozess, im Röntgen Durchbau, Platte in situ (Vi-act. 2 S. 20). Nach der Kontrolle vom Juni 1988 stellte Dr.med. E._____ fest, das Bein sei in Ordnung, es beständen keine Probleme, der Beschwerdeführer könne gehen wie vor dem Unfall (Vi-act. 2 S. 13). Im Februar 1990 erfolgte die OSM-Entfernung (Vi-act. 2 S. 12). Am 15. Oktober 1990 wurde der Beschwerdeführer vom Kreisarzt untersucht (Vi-act. 2 S. 2 ff.). Als Befund erhob er unter anderem: "[...] Beinachsen mit leichtem Genua varum [sic]. Condylenabstand 3cm. Die Varusdeformität ist symmetrisch. Verminderte Muskulatur an der Wade rechts. [...] Im Liegen funktionelle Beinlängen ausgeglichen. [...] Umfangmasse Oberschenkel, 15cm Oberhalb des oberen Patellarandes 44cm rechts, 45.2cm links; Oberschenkel, 7cm oberhalb 36.5cm rechts, 37.5cm links; Knie, Mitte Patella 35cm rechts, 35cm links; Unterschenkel, Wade, 34.5cm rechts, 35.6cm links; Fessel 21cm rechts, 21.6cm links". Hierauf gelangte er zu folgender Beurteilung:

Heute gibt der Patient noch glaubhafte geringe Restbeschwerden über der leicht lädierten Narbe proximal medial am Unterschenkel sowie unterhalb Malleolus lateralis rechts an.

Der Befund ist dargelegt. Beide Handgelenke weisen subjektiv und objektiv einen tadellosen symptomfreien Zustand auf. Keinerlei Restfolgen, auch ein Auftreten arthrotischer Veränderungen in Zukunft ist nicht wahrscheinlich.

Die Unterschenkelfraktur rechts ist in achsengerechter Stellung vollständig durchgebaut. Am oberen und unteren Sprunggelenk keine arthrotischen Veränderungen.

Als Unfallrestfolgen bestehen heute eine fünf frankenstückgrosse lädierte, auf der Unterlage fixierte Narbe proximal medial am Unterschenkel rechts sowie röntgenologisch feststellbare Knochenverminderung im Bereiche des Knöchels rechts.

Ein Aufflackern der Osteitis der rechten Tibia ist nicht ausgeschlossen. Heute besteht jedoch keine Therapiebedürftigkeit. Das Bein ist voll belastbar. Keine Einschränkung beim Gehen oder im alltäglichen Leben.

Der Patient ist medizinisch-theoretisch in jedem Beruf voll arbeitsfähig. Die Restbeschwerden im Knöchelbereich werden allmählich verschwinden, da meines Erachtens diese durch noch bestehende verminderte Knochenstruktur verursacht werden. Auch die subjektiven Beschwerden im Bereiche der lädierten Narbe werden sukzessive und allmählich vermindert.

Heute kann der Fall abgeschlossen werden. Eine Schädigung seiner körperlichen Integrität messbaren Grades liegt nicht vor. Die vorliegenden Beschwerden können nicht als dauerhaft betrachtet werden. Ein Rückfallmelderecht ist ja klar. Die geringe Muskelverminderung am Oberschenkel und Unterschenkel rechts sollte weiterhin durch den Patienten auftrainiert werden und mit regelmässigen Gymnastikübungen werden diese sicher den normalen Umfang wiedererlangen.

3.3 Am 15. Mai 2018 meldete der Beschwerdeführer einen Rückfall bzw. Spätfolgen. Er habe "Probleme mit Ischia o.Ä. Entzündung am Nerv startend beim ISG links" (Vi-act. 3). Gemäss Arzteugnis UVG für Rückfall vom 3. Juli 2018 war der Beschwerdeführer seit Mai 2018 in Behandlung wegen Hüft- und Lendenbeschwerden. Der Beschwerdeführer habe 18jährig einen Motorradunfall mit kompliziertem Verlauf während zweier Jahre gehabt. Seit 2014, nach langer Segelreise, rezidivierende Schmerzen "SI / Rücken". Bezüglich Diagnose verwies die Ärztin auf die bildgebende Diagnostik. Es handle sich wegen jahrelanger Fehlbelastung um Unfallfolgen (Vi-act. 8). Am 16. Mai 2018 wurde ein MRI LWS nativ und mit Kontrastmittel gemacht bei klinischer Angabe "Status nach Motorradunfall 1983. Seit 2014 rezidivierende Schmerzen iliosakral. Weniger Kraft im linken Bein". Der Radiologe gelangte zur Beurteilung: "Hyperlordose in der LWS; Spondylolyse auf Höhe L5-S1 links ohne Listhesis. Dorsale Diskusprotrusion auf Höhe L4-L5 ohne Hinweise auf eine Nervenwurzelkompression" (Vi-act. 6). Am 17. Mai 2018 erfolgte ein MRI-Untersuch Becken nativ und mit Kontrastmittel bei klinischer Angabe "Rezidivierende Schmerzen sakral Gelenke. St.n. Motorradunfall 1983 mit 9 Operationen. Varusfehlstellung" sowie der Fragestellung nach Arthrose und Diskushernie. Der Radiologe gelangte zur Beurteilung "Hüftkopfnekrose links mit geringer Infraktion (Stadium IV nach ARCO); kleines fokales Knochenmarködem am rechten Schenkelhals, Ansatzentendinopathie der Hamstringmuskulatur rechts" (Vi-act. 7). Nach einer Hüft-Sprechstunde vom 21. Juni 2018 im Kantonsspital G._____ stellte der untersuchende Arzt die Diagnose einer Femurkopfnekrose mit ventro-kranialer Infraktion (Stadium IV nach ARCO) Hüfte links. St.n. mehrfachen operativen Eingriffen rechter Unterschenkel. St.n. Motorradunfall 1983. Aktuell liege eine kleine Infraktion ventro-kranial mit lediglich einem leichten Umgebungsödem vor. Bei einem Ausmass über 200° Winkelmessung im dorsalen und axialen Bild sei eine Umstellungsosteotomie nicht mehr möglich. Leichte Varusachse mit Aussenrotationsfehlstellung des rechten Unterschenkels. Im Stehen rechtes Bein physiologisch, Becken horizontal. Der Patient sei aktuell relativ beschwerdearm; lediglich eine eingeschränkte Hüftgelenksbe-

weglichkeit, insbesondere in der Innenrotation und einem möglichen begleitenden Piriformis-Syndrom sei aktuell klinisch vorherrschend; die frühmorgendlichen Anlaufschmerzen seien höchst wahrscheinlich durch die Kopfnekrose mit Einbruch bedingt (Vi-act. 9).

Auf die Frage nach der Unfallkausalität gelangte Versicherungsmediziner Dr.med. H._____ (Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie) am 11. Juli 2018 zur Beurteilung (Vi-act. 12):

Nein, eine neu aufgetretene Hüftkopfnekrose 2018 der LINKEN Seite ist nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal zu der Fraktur des RECHTEN Unterschenkels 1985 [recte 1983]. Auch kann eine damalige Fehlbelastung der Hüfte nach 35 Jahren nicht als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal beurteilt werden.

Gleiches gilt für die Beschwerden der LWS, hier zeigen die Abklärungen fortgeschrittene degenerative Veränderungen, die ebenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen sind

Gestützt auf diese Beurteilung lehnte die Suva am 13. Juli 2018 eine Leistungspflicht formlos ab (Vi-act. 13).

3.4 Mit Meldung vom 20. März 2024 machte der Beschwerdeführer neuerlich einen Rückfall geltend. Er habe Schmerzen im linken Knie und Hüftgelenk nach einer Hüftnekrose aufgrund Fehlstellungen und zwei Jahren Krückenlaufen. Arthrose in den Kniegelenken und erneute Beschwerden in der Hüfte links (Vi-act. 19). Im Arzzeugnis UVG vom 29. April 2024 notierte Dr.med. C._____, der Beschwerdeführer beklage seit ca. sechs Monaten zunehmende, teilweise auch immobilisierende Schmerzen im Bereich der linken Hüfte und der gesamten linken unteren Extremität. Diese seien z.Z. nur noch semi-erfolgreich mit Schmerzmedikamenten und antientzündlichen Präparaten zu behandeln. Auch bereits in der Nacht schmerze ihn die gesamte linke untere Extremität, was auch dazu führe, dass er z.Z. wenig Schlaf bekomme. Dr.med. C._____ führte dies auf den Unfall von 1983 mit insgesamt neun Folgeoperationen im Bereich der unteren Extremität zurück. Unter objektivem Befund dokumentierte er im Bereich der unteren Extremitäten multiple Narben aufgrund der Voroperationen, diese aber reizlos; eindeutig statische Dysbalance in der Beckenachse, deutliches aktuelles Schonhinken mit schmerzbedingter Verkürzung der Gehstrecke. Und als Diagnose führte er neben dem St.n. Motorradunfall und St.n. Re-Operationen mit schwerwiegenden Komplikationen aktuell Hüftkopfnekrose links (Stadium 4 nach ARCO) als Folge der dauerhaften Fehlstellung und damit Folge des Motorradunfalls von 1983 auf (Vi-act. 25).

In einer Kurzbeurteilung vom 17. Mai 2024 gelangte der Versicherungsmediziner Dr.med. J._____ (Facharzt Chirurgie) zum Schluss, die geltend gemachten

Beschwerden Knie/Hüfte links seien nicht überwiegend wahrscheinliche Folge vom Unfall 1983; die Unfallkausalität sei schon am 11. Juli 2018 abgelehnt worden; jener Begründung schliesse er sich voll an (Vi-act. 28).

Nachdem die Suva eine Leistungspflicht am 17. Mai 2024 erneut formlos ablehnte, und der Beschwerdeführer mit E-Mail vom 28. Mai 2024 dagegen opponierte, verlangte die Suva von Dr.med. C._____ einen Bericht ein, welchen dieser am 2. Juli 2024 vorlegte (Vi-act. 36). Er bestätigte darin seine Angaben des Arztzeugnisses UVG vom 29. April 2024 und ergänzte:

Die vom Patienten geklagten Beschwerden und Probleme sind nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 28.04.1983 zurückzuführen, sondern mit einer absoluten Sicherheit. Die Unfallschäden sowie die Folgeoperationen waren so schwerwiegend, dass schon in den 90er Jahren darauf verwiesen wurde, dass der Patient im Alterungsprozess diesbezüglich Schwierigkeiten und Probleme bekommen wird. Aus diesem Grund ist mir eine Ablehnung der SUVA als behandelnder Hausarzt nicht konklusiv.

In einer weiteren Kurzbeurteilung vom 10. Juli 2024 bestätigte Dr.med. J._____, die Unfallkausalität sei nicht gegeben, wobei aufgrund der Eindeutigkeit der Sachlage keine weiteren Abklärungen erforderlich seien. Er begründete dies wie folgt (Vi-act. 38):

Diagnosen 28.04.1983:

1. zweitgradig offene proximale Unterschenkelfraktur rechts
2. Radiusfraktur loco classico rechts und links

Eine Verletzung der linken Hüfte hat somit am 28.04.1983 nicht stattgefunden. Im Hospitalisationsbericht 28.4. bis 21.5.1983 am Kantonsspital I._____ ist auch keine Verletzung des Beckens dokumentiert, insbesondere wurden vom Becken auch keine Röntgenbilder angefordert. Somit wird klar, dass die aktuell bestehende, beginnende Femurkopfnekrose links mit dem Unfallereignis nicht in Zusammenhang stehen kann, obwohl Dr. C._____ dies mit absoluter Sicherheit zu wissen glaubt, und dies mit dem schweren Verkehrsunfall mit insgesamt 9 Folgeoperationen begründet. Die Operationen betrafen aber ausschliesslich den Unterschenkel rechts.

Bereits am 11.07.2018 hat der Versicherungsmediziner Dr. H._____ die Unfallkausalität der Hüft- und Rückenschmerzen folgendermassen abgelehnt: [Zitat siehe oben E. 3.3]. Auch kann eine damalige Fehlbelastung der Hüfte nach 35 Jahren nicht als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal beurteilt werden. Gleiches gilt für die Beschwerden der LWS, hier zeigen die Abklärungen fortgeschrittene degenerative Veränderungen, die ebenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen sind.

In der Folge verfügte die Suva am 15. Juli 2024 die Leistungsablehnung (Vi-act. 39).

3.5 Im Rahmen des Einspracheverfahrens holte die Suva eine ärztliche Aktenbeurteilung beim Versicherungsmediziner Dr.med. L._____ (Facharzt für or-

thopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) ein, der am 29. Oktober 2024 die Beurteilung von Dr.med. J. _____ vom 10. Juli 2024 bestätigte (Vi-act. 50). Dr.med. L. _____ fasste hierzu vorab die medizinischen Akten zusammen, wobei er den Verlauf seit Unfall vom 28. April 1983 bis zum Fallabschluss 1990 wie folgt beurteilte:

Der heute 59-jährige Versicherte erlitt am 28.04.1983 ein Motorradunfall mit zweitgradiger offener proximaler Unterschenkelfraktur rechts sowie eine Radiusfraktur loco classico beidseits. Die Handgelenke wurden konservativ mit Gips behandelt, die offene Unterschenkelfraktur vorerst mit einem Fixateur externe, dann bildete sich eine Pseudoarthrose, weswegen eine Plattenosteosynthese mit Spongiosaplastik durchgeführt wurde, wegen eines Tibialis anterior Syndroms, später Fascienspaltung. Letztendlich resultierte eine schwere Varusfehlstellung, weswegen diese am 17.11.1986 durch eine valgisierende Osteotomie in K. _____ korrigiert wurde. Es liegt ein kreisärztlicher Untersuchungsbericht vom 15.10.1990 vor, welcher gewisse Restschmerzen im Narbenbereich des Unterschenkels beschreibt beim unauffälligen Barfußgang und funktionell ausgeglichenen Beinlängen. Im Bericht ist explizit festgehalten, dass nach der erfolgten Korrekturosteotomie die Unterschenkelfraktur rechts in völlig achsengerechter Stellung vollständig durchgebaut ist und der Versicherte medizinisch-theoretisch in jedem Beruf voll arbeitsfähig ist und der Fall entsprechend abgeschlossen werden kann. Im Detail sei auf die kreisärztliche Beurteilung hingewiesen.

Sodann ging Dr.med. L. _____ auf die beiden kreisärztlichen Kurzbeurteilungen ein, in welchen nicht berücksichtigt worden sei, dass die kreisärztliche Untersuchung vom 15. Oktober 1990 bereits festgestellt habe, die vormals starke Varusfehlstellung sei nicht mehr vorhanden und durch die 1986 durchgeführte valgisierende Osteotomie vollständig korrigiert und die Unterschenkelfraktur rechts sei in achsengerechter Stellung vollständig durchgebaut gewesen.

In der Folge griff Dr.med. L. _____ die Vorbringen der Einsprache auf und er beurteilte die medizinischen Berichte von Dr.med. C. _____. So hätten die in der Einsprache vorgebrachten neun Folgeoperationen (zur Unterschenkel-Plattenosteosynthese und Spongiosaplastik), die alle im Bereich des rechten Unterschenkels stattgefunden hätten, keinerlei Bezug zu einer fast 35 Jahre später festgestellten linksseitigen Femurkopfnekrose, insbesondere, da bereits 1990 festgestellt worden sei, dass nach der Korrekturosteotomie die starke Varusfehlstellung gar nicht mehr vorhanden und die Fraktur in achsengerechter Stellung vollständig durchgebaut gewesen sei, dem entsprechend der Beschwerdeführer ein unauffälliges Gangbild und wieder vollständig arbeitsfähig gewesen sei. Bereits 1990 habe keine Fehlstellung mehr bestanden, die aufgrund einer Fehlstatik zu einer 28 Jahre später auftretenden Femurkopfnekrose hätte Anlass geben können. Wohl habe - wie in der Einsprache korrekt vermerkt - Prof. Dr.med. N. _____ 1986 festgehalten, die Varusfehlstellung könne zu einer Arthrose im Kniegelenk und OSG führen, was indes nach erfolgreicher vollständiger Korrek-

tur entfallen sei. Dr.med. C._____ stütze sich auf die Beurteilung von Prof. Dr.med. N._____ ab, ohne zu erwähnen, dass die Fehlstellung durch die Korrekturosteotomie vollständig korrigiert worden sei. Auch sei korrekt, dass eine Hüftnekrose nicht zwingend degenerativ krankhaft bedingt sei, sondern es sich häufig um eine besonders schwere Form von Fehlbelastung handle. Vorliegend sei aber nach erfolgter erfolgreicher Korrektur weder eine Fehlstellung noch eine statische Fehlbelastung vorhanden, so dass dies als Grund für die Femurkopfnekrose hinfällig sei. Zudem gebe es vielerlei anderweitige krankheitsbedingte Gründe für eine Femurkopfnekrose, anerkanntermassen könne sie auch idiopathisch ohne eruiertbare Ätiologie auftreten. Soweit in der Einsprache auf den Mehrumfang des Oberschenkels links und der Wade links hingewiesen werde, die Nekrose und Arthrose trotzdem dort auftreten würden, so lasse sich nicht eruieren, woher diese Seitendifferenz stamme und aus welcher Untersuchung, entsprechend lasse sie sich auch nicht objektivieren. Ohnehin sei eine gute Muskulatur eher als Schutzfaktor für die Entwicklung einer Osteonekrose zu betrachten; wenn schon, würde eher eine unfallbedingt eingeschränkte schlechte Muskulatur eine Osteonekrose begünstigen. Die Umfangdifferenz könne daher keinesfalls als Beweis einer statischen Fehlbelastung gelten und entfalle daher als Begründung. Dass trotz guter Muskulatur eine Femurkopfnekrose aufgetreten sei, spreche daher eindeutig für eine andere Ursache. Weiter geht Dr.med. L._____ auf die Begründung ein, der gesunde Zwillingbruder des Beschwerdeführers belege, dass die Beschwerden bei ihm unfallbedingt sein müssten; gemäss Versicherungsarzt müssten selbst bei eineiigen Zwillingen - was vorliegend unbekannt sei - nicht zwingend die gleichen Erkrankungen auftreten.

Dass bei fehlender Fehlstellung über 30 Jahre nach einem Unfallereignis das Auftreten einer Femurkopfnekrose mit absoluter Sicherheit auf das Unfallereignis zurückzuführen sei, wie Dr.med. C._____ ausführe, sei in keinster Weise nachvollzieh- und begründbar, nachdem bereits 1990 festgestellt werden können, dass die Unterschenkelfraktur trotz all den Operationen in achsengerechter Stellung vollständig durchgebaut sei und keine dauerhafte Fehlstellung mehr vorgelegen habe und vor allem auch, da viele nicht unfallbedingte Ursachen im Laufe eines Lebens zu einer Femurkopfnekrose führen könnten. Zusammenfassend gelangte Dr.med. L._____ zum Schluss:

Zusammengefasst muss an der bisherigen ärztlichen Beurteilung festgehalten werden, vor allem auch weil nachweislich bereits durch die kreisärztliche Untersuchung 1990 festgehalten wurde, dass die Unterschenkelfraktur durch die durchgeführte valgusierende Korrekturosteotomie ohne Fehlstellung zur Abteilung [sic] gebracht werden konnte und damit bereits im Jahr 1990 nachweislich keine Gründe mehr vorhanden waren, welche in den folgenden Jahren zu einer Fehlbelastung im Sinne einer Fehlstatik hätten führen können. Der alleinige Hinweis auf die Anzahl

der notwendigen Eingriffe am Unterschenkel genügt in keiner Weise dem erforderlichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Femurkopfnekrose. Da zudem eine Femurkopfnekrose wie bereits erwähnt aus verschiedensten Gründen sowie auch rein idiopathisch ohne eruierbare Ursache auftreten kann, ist ein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang einer Femurkopfnekrose links zu einem Ereignis, welches 35 Jahre vorher stattgefunden hat, keinesfalls zu bejahen und deswegen die Kausalität, wie auch in den bisher erfolgten Beurteilungen eindeutig abzulehnen. Entsprechend muss an der bisherigen Beurteilung festgehalten werden.

3.6 Mit der Beschwerde reichte der Beschwerdeführer einen neuen Bericht von Dr.med. C. _____ vom 14. Januar 2025 ein (Bf-act. 2). Dieser bemängelt einleitend, dass der Beschwerdeführer durch Dr.med. L. _____ nicht persönlich untersucht worden sei. Eine persönliche Untersuchung wäre seines Erachtens für eine valide Beurteilung unerlässlich gewesen, da es sich um einen "indirekten Unfallfolgeschaden" (Hervorhebung im Original) handle, der sich über die seit über drei Jahrzehnten bestehende Fehlhaltung / Statik, dies als unmittelbare Folge des schweren Unfallschadens am rechten Unterschenkel mit neun Folgeoperationen, entwickelt habe. Soweit Dr.med. J. _____ ausführe, eine Verletzung der linken Hüfte habe 1983 gar nicht stattgefunden, so werde dies ja gar nicht geltend gemacht. Die aktuellen Beschwerden beruhten vielmehr auf einer dauerhaften, jahrelang anhaltenden Fehlhaltung/-stellung mit der entsprechenden Folge einer Hüftkopfnekrose. Dies gelte auch für die altersuntypischen degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule sowie der gesamten unteren Extremität des Patienten. Soweit Dr.med. L. _____ erwähne, es sei nach erfolgter Korrekturosteotomie vollständig zu einer Korrektur der Varus-Fehlstellung gekommen, werde dies primär nicht bestritten. Es gehe hier aber vielmehr um eine Fehlhaltung/-stellung, ausgelöst durch den Unfall 1983 sowie die neun Folgeoperationen, die sich im Bereich weniger Millimeter, allenfalls 1-2 Zentimeter Achsfehlstellung der unteren Extremitäten bewegen würden. Die Tatsache, dass es erst nach 35 Jahren zur Folgeproblematik einer Hüftkopfnekrose linksseitig und degenerativen Problematik der LWS und gesamten unteren Extremität komme, zeige nur, dass es sich um eine minimale Fehlhaltung/-stellung handeln müsse. Dies ändere aber nichts am Kausalzusammenhang. Gäbe es diese unfallresultierende Fehlhaltung/-stellung nicht, so gäbe es die genannten Beschwerden nicht. Die eindeutige Seitendifferenz des Umfanges des Oberschenkels mit 32 mm Mehrumfang im Bereich der linken gegenüber der rechten Seite sowie 5 mm Mehrumfang im Bereich der linken gegenüber der rechten Wade zeige, dass sich die Muskulatur aufgrund der (geringen) Fehlhaltung/-stellung über diese vielen Jahre entsprechend adaptiert habe. Es handle sich bei diesen Umfangsdifferenzen ebenso um einen Folgeschaden des Unfalles von 1983 inkl. der Folgeoperationen. Für Dr.med. C. _____ ist es abwegig und

mutet es konstruiert an, dass eine frühzeitige altersuntypische Degeneration im Bereich der Lendenwirbelsäule und eine wie 'aus dem Nichts' auftretende Hüftkopfnekrose der linken Seite nicht als indirekter Folgeschaden des Motorradunfalles von 1983 mit insgesamt neun Folgeoperationen am rechten Unterschenkel beurteilt wird.

Die seitens Beschwerdeführer mit der Beschwerde angekündigten weiteren medizinischen Berichte reichte er nicht ein, sondern beließ es bei der Mitteilung vom 20. Mai 2025, wonach ihm die Ärzte mündlich unmissverständlich mitgeteilt hätten, die Frage der Unfallkausalität müsse mittels neutraler medizinischer Expertise beurteilt werden (Vi-act. 58).

4.1 Der angefochtene Entscheid der Vorinstanz stützt sich auf die Aktenbeurteilungen ihrer Versicherungsärzte ab. Es ist damit die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Beurteilungen von versicherungsinternen Ärzten zu beachten, wonach nur auf deren Feststellungen abgestellt werden kann, wenn keine auch nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 142 V 58 E. 5.1 m.w.H.; VGE I 2019 27 vom 27.9.2019 E. 6.1; vorstehend E. 2.7.2). Dass die versicherungsinternen Ärzte keinen persönlichen Untersuchungen durchführten, sondern lediglich eine Aktenbeurteilung vornahmen, ist dem Beweiswert ihrer Beurteilung dann nicht abträglich, wenn es im Wesentlichen um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts mit einem lückenlosen Befund ging, womit die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückte (vgl. Urteil BGer 8C_373/2023 vom 9.1.2024 E. 3; oben E. 2.7.3).

4.2 Zur Hauptsache begründet Dr.med. L. _____ seine Schlussfolgerung damit, dass bereits anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung 1990 festgestellt worden sei, dass die Behandlung der Unterschenkelfraktur ohne Fehlstellung abgeschlossen worden sei und damit bereits im Jahr 1990 nachweislich keine Gründe mehr vorhanden gewesen seien, die zu einer Fehlbelastung im Sinne einer Fehlstatik hätten führen können (vgl. oben E. 3.5). Dr.med. C. _____ seinerseits bestreitet nicht, dass es nach erfolgter Korrekturosteotomie vollständig zu einer Korrektur der Varus-Fehlstellung gekommen sei. Und dennoch macht er eine Achsfehlstellung der unteren Extremitäten weniger Millimeter, allenfalls 1-2 Zentimeter geltend, welche Unfallfolge sei und die Beschwerden verursacht habe; gäbe es diese unfallresultierende Fehlhaltung/-stellung nicht, so gäbe es die genannten Beschwerden nicht (vgl. oben E. 3.6). Mit dem Unfall und der Fehlhaltung/-stellung bringt Dr.med. C. _____ auch die Umfangdifferenz von Oberschenkel und Wade in Zusammenhang, wogegen für Dr.med. L. _____ eine Umfangdifferenz nicht einmal ausgewiesen sei.

Damit aber ist zu konstatieren, dass zwar mit dem kreisärztlichen Untersuch vom 15. Oktober 1990 (sowie den in den Akten liegenden Berichten des behandelnden Arztes Dr.med. E. _____) der damalige medizinische Sachverhalt feststeht, zum aktuellen Gesundheitszustand aber lediglich die kurzen Arztberichte UVG vom 3. Juli 2018 und 29. April 2024 sowie zwei Befunde bildgebender Diagnostik (Vi-act. 6 und 7) vorliegen, aber kein eigentlicher medizinischer Befund. Wenn Dr.med. L. _____ die Umfangdifferenz von Oberschenkel und Wade in Frage stellt, so liesse sich dies mittels persönlichen Untersuchs oder im mindesten durch Anfordern eines ausführlichen Untersuchungsberichtes beim behandelnden Arzt klären (vgl., dass Dr.med. E. _____ eine residuelle Muskelatrophie aufgrund der langandauernden Atrophie schon 1987 für möglich hielt; Vi-act. 2 S. 16). Das Nämliche gilt für die von Dr.med. C. _____ geltend gemachte Achsfehlstellung der unteren Extremitäten. Diesbezüglich ist zu erwähnen, dass der kreisärztliche Untersuchungsbericht von 1990 wohl von ausgeglichenen funktionellen Beinlängen im Liegen spricht (vgl. oben E. 3.2). Andererseits hält der Bericht von Dr.med. E. _____ vom 18. Juli 1988 (d.h. rund 1.5 Jahre nach der Korrekturosteotomie) u.a. fest: "Longueur du MI [membres inférieurs, untere Gliedmassen] droit 91cm, gauche 92cm. Affaissement du bassin droit de 0.5cm" (Vi-act. 2 S. 13). Zur Untersuchung vom 21. Juni 2018 wiederum wurde dokumentiert: "Leichte Varusachse mit Aussenrotationsfehlstellung des rechten Unterschenkels. Im Stehen rechtes Bein physiologisch, Becken horizontal" (vgl. oben E. 3.3). Auch hielt Dr.med. E. _____ eine verbleibende Muskelatrophie rechts schon damals für möglich (Vi-act. 2 S. 16), was gemäss Dr.med. C. _____ einer Ungleichbelastung über die Jahre beförderlich war. Damit aber gibt es keine klare, aktuelle und gegenüber früheren Angaben widerspruchsfreie Befunde zu Beinlängen(-differenz), Beckenstand, Varusachse oder Muskelatrophik.

4.3 Wenn aber kein aktueller lückenloser Befund vorliegt, erscheint eine Beantwortung der Frage nach einem Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 28. April 1983, den Unfallfolgen und den aktuell beklagten Beschwerden allein aufgrund einer Aktenbeurteilung nicht möglich, ohne dass Zweifel an der Antwort bestehen. Die Suva kommt daher nicht umhin, den Beschwerdeführer durch einen Versicherungsmediziner persönlich untersuchen und einen für die strittige Frage erheblichen, lückenlosen Befund sowie einer Anamnese erheben zu lassen, um gestützt auf den dazumal feststehenden medizinischen Sachverhalt über ihre Leistungspflicht betreffend Rückfall/Spätfolgen neu zu entscheiden.

5. Die Beschwerde erweist sich damit insofern als begründet, als der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben ist. Die Suva wird einen aktuellen lü-

ckenlosen Befund mittels persönlichen Untersuchs zu erheben und in der Folge über ihre Leistungspflicht neu zu befinden haben.

6.1 Es werden keine Verfahrenskosten erhoben (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

6.2.1 Die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur erneuten Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Auferlegung der Zusprechung einer Parteientschädigung als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt, oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; VGE I 2019 75 vom 16.3.2020 E. 6.2, je mit Hinweisen).

6.2.2 Nachdem der beanwaltete Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren obsiegt, ist ihm zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG / § 74 Abs. 1 VRP). Die Parteientschädigung ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MwSt.) festzusetzen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. Januar 2025 aufgehoben und die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung im Sinne der Erwägungen und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MwSt.) zu leisten.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 18. August 2025

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 1. September 2025