

SO_GERICHTE VSBES.2020.222 vom 16. Oktober 2020

SO Obergericht, 2020-10-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.222

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.222 du 16 octobre 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.222 del 16 ottobre 2020

Erwägungen

E. 1

Der Einsprache-Entscheid und die Verfügung seien aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, den medizinischen Sachverhalt und die Kausalität mittels neutralem Gutachten abzuklären.

E. 3

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, bis zum Vorliegen des Gutachtens die gesetzlichen Leistungen rückwirkend auszurichten.

E. 4

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Höhe des Integritätsschadens sowie die Resterwerbstätigkeit mittels neutralem Gutachten abzuklären.

E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Entscheid in der Hauptsache auf die kreisärztliche Beurteilung von pract. med. M.____ vom 16. Juli 2019 (E. II. 4.18 hiervor). Es besteht kein Anlass, den Beweiswert dieser Beurteilung in Frage zu stellen. Der Kreisarzt pract. med. M.____ ist als Facharzt für Chirurgie kompetent, die vom Beschwerdeführer erlittenen Verletzungen und deren Folgen zu beurteilen. Er nahm die Vorakten zur Kenntnis (s. Suva-Nr. 334 S. 1 ff.), gab dem Beschwerdeführer Gelegenheit, seine subjektiven Beschwerden zu schildern (S. 6), führte eine eigene klinische Untersuchung durch (S. 6 f.) und begründete seine Schlussfolgerungen angemessen (S. 8 ff.). Das von ihm formulierte Zumutbarkeitsprofil für angepasste Tätigkeiten trägt den festgestellten Beeinträchtigungen Rechnung. Es bestehen auch keine geringen Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung. Dafür bedürfte es abweichender Beurteilungen durch andere Fachärzte, welche nachvollziehbar begründet sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_168/2020 vom 17. März 2021 E. 5.2.2). Daran fehlt es hier aber, weil die behandelnden Ärzte keine andere Beurteilung als der Kreisarzt abgeben haben (s. E. II. 5.3 + 5.4 hiernach).

5.2 Der Beschwerdeführer beruft sich auf den Bericht der Eingliederungsstätte R.____ vom 11. Juni 2019 betreffend das dort durchgeführte, von der IV-Stelle des Kantons Solothurn veranlasste Belastbarkeitstraining (Suva-Nr. 326) und bringt vor, dieser Bericht stehe im Gegensatz zu der von der Beschwerdegegnerin propagierten 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit und die Beschwerdegegnerin habe diesen Bericht bei ihrer Beurteilung zu Unrecht nicht gewürdigt. Die Beschwerdegegnerin habe keine klärende medizinische Stellungnahme eingeholt und sich damit begnügt, allein auf die

Einschätzung ihres Kreisarztes pract. med. M.____ vom 16. Juli 2019 abzustellen (Beschwerde Ziff. 20 S. 8 f.; A.S. 23 f.). Im genannten Bericht wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe vom 3. Dezember 2018 bis zum 3. März 2019 das Belastbarkeitstraining in der Produktionslogistik absolviert und dort ein stabiles Pensum von 2,5 Stunden an vier Tagen erreicht. Um einen weiteren Aufbau anzustreben und, weil sich der Beschwerdeführer motiviert gezeigt habe, sei das Belastbarkeitstraining um weitere drei Monate verlängert worden. Das stabil erreichte Pensum des Beschwerdeführers am Ende des Zeitraums der Berichterstattung habe 37.5 % betragen. Er habe leichte Produktions- und Konfektionierungsaufgaben ausgeführt. Er habe hauptsächlich sitzend, gelegentlich stehend und gehend gearbeitet. Dabei habe er gehumpelt und sich langsam bewegt. Die Arbeit sei ihm aufgrund von Schmerzen in der Hüfte, Müdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten schwergefallen. Zum Zeitpunkt vom Massnahmenende sei eine Vermittlung auf dem ersten Arbeitsmarkt eher unrealistisch anzusehen. Der Beschwerdeführer habe die vier Stunden nur mit Mühe und Zusatzpausen erreicht. Ob er diese auch über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten könne, habe nicht abgeklärt werden können. Die Leistung sei tief gewesen (Suva-Nr. 326).

Nach der Rechtsprechung obliegt die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin, nicht den Fachleuten der Berufsberatung/beruflichen Eingliederung. Mit Blick auf die rechtsprechungsgemäss enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung ist jedoch einer konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärung nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abzusprechen. Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz der versicherten Person effektiv realisiert wurde und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und ist das Einholen einer klärenden medizinischen Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar (Urteil des Bundesgerichts 8C_563/2018 vom 14. November 2018 E. 6.1.1 mit Hinweis). Diese Konstellation liegt jedoch nicht vor. Der Bericht der Eingliederungsstätte basiert nicht auf einer medizinischen Einschätzung, sondern vielmehr auf den Angaben des Beschwerdeführers und dem durch die Fachperson gewonnenen Eindruck. Sodann hatte die im Auftrag der Invalidenversicherung durchgeführte berufliche Abklärung nicht zwischen unfallbedingten und unfallfremden Leiden zu differenzieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_764/2011 vom 2. Dezember 2011 E. 5.2). Der Bericht der Eingliederungsstätte ist nicht geeignet, die medizinische Beurteilung des Kreisarztes pract. med. M.____, welche sich wie dargelegt mit denjenigen der konsultierten Spezialärzte vereinbaren lässt, infrage zu stellen.

5.3 Der Beschwerdeführer rügt im Beschwerdeverfahren wie schon in seiner Einsprache, dass der Fallabschluss verfrüht erfolgt sei (Beschwerde Ziff. 22 S. 9 f.; A.S. 24 f.). Der Kreisarzt hielt indes fest, von weiteren Behandlungen sei keine relevante Verbesserung mehr zu erwarten. Der Beschwerdeführer stellt dem die späteren Berichte von Dr. med. C.____ entgegen, welcher einerseits die Weiterführung der Trainingstherapie empfohlen (vgl. E. II. 4.21 hiervor), dem Beschwerdeführer eine Infiltrationsserie angeboten (vgl. E. II. 4.22.1 hiervor) und ihm ein alternatives Analgetikum mitgegeben hat (vgl. E. 4.22.2 hiervor). 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. Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C_674/2019 vom 3. Dezember 2019 E. 4.1 mit Hinweisen). Der Kreisarzt pract. med. M.____ führte diesbezüglich aus, im aktuellen Beschwerdebild des Beschwerdeführers spielten die unfallkausalen Folgen des Ereignisses vom 3. März 2016 im Sinne einer traumatischen Ligamentum capitis femoris-Läsion keine Rolle mehr (vgl. E. II. 4.20 hiervor). Im Übrigen waren auch die weiteren involvierten Ärzte Dr. med. P.____ und Dr. med. C.____ der Ansicht, dass das Beschwerdebild nicht mehr im Zusammenhang mit der traumatischen Ligamentum capitis femoris-Läsion erklärbar sei (vgl. E. II. 4.18 und 4.21 hiervor). Selbst wenn davon ausgegangen würde, dass die unfallkausalen Folgen das Beschwerdebild des Beschwerdeführers noch prägten, ist mit Blick auf die Berichte des behandelnden Arztes Dr. med. C.____ nicht anzunehmen, dass von weiteren medizinischen Massnahmen über den 30. Oktober 2019 hinaus prospektiv noch eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustands mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten gewesen wäre. Aus seinem Bericht vom 19. Dezember 2019 (vgl. E. II. 4.22.1 hiervor) ergibt sich zwar, dass der Beschwerdeführer die Arbeitsfähigkeit unter der bisherigen Behandlung ab dem 1. Januar 2020 auf 20 % erhöhen konnte. Wie von der Beschwerdegegnerin zu Recht erkannt wurde (vgl. Beschwerdeantwort Ziff. 5.5 S. 3; A.S. 46), kann hieraus nicht eine auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers geschlossen werden, zumal er in der Beschwerdeschrift selber festhält, es sei ihm eine 20%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden, um ihm eine Anmeldung bei der Arbeitslosenkasse zu ermöglichen (Beschwerde Ziff. 16 S. 6; A.S. 21). Dass der Beschwerdeführer von weiterer medizinischer Trainingstherapie profitieren kann, genügt im Übrigen ■ analog zur Physiotherapie ■ praxismässig nicht, um den Fallabschluss hinauszuzögern. Ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische Behandlungen gelten ebenfalls nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C_674/2019 vom 3. Dezember 2019 E. 4.3 mit Hinweis). Dies hat sich in der Folge denn auch bestätigt. So bestätigte Dr. med. C.____ in seinem Bericht vom 30. Oktober 2020, diverse Physiotherapien und Infiltrationen seien bereits letztendlich ohne Erfolg durchgeführt worden (vgl. E. II. 4.23 hiervor). Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, gemäss Dr. med. C.____ bestehe Hoffnung auf Besserung mit konservativen Therapieansätzen, ist dem nicht zu folgen. Dr. med. C.____ hielt vielmehr fest, der Beschwerdeführer sei noch zu jung für eine totalprothetische Versorgung, sofern noch Hoffnung auf Besserung mit konservativen Therapieansätzen bestehe (vgl. E. II. 4.23 hiervor). Nach dem Gesagten ist gestützt auf die beweiskräftige Beurteilung des Kreisarztes davon auszugehen, dass spätestens per 31. Oktober 2019 von der Fortsetzung einer ärztlichen Behandlung der somatischen Unfallfolgen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten war (Art. 19 Abs. 1 UVG). Der Fallabschluss mit Einstellung der Taggeldleistung und der Heilbehandlung ist damit zu Recht erfolgt.

5.4 Soweit der Beschwerdeführer vorbringen lässt, die Frage der Kausalität zwischen dem Unfall und der Impingementproblematik müsse fachärztlich abgeklärt werden (Beschwerde Ziff. 24 S. 11 f.; A.S. 26 f.), ist dem nicht zu folgen. So führte bereits Prof. Dr. med. F.____, Chefarzt im Spital G.____ in [...], in seinem radiologischen Fachgutachten vom 8. November 2016 aus, nach seiner Beurteilung lägen in dieser Untersuchung zwei

unabhängige Pathologien vor. Eine Partialruptur des Ligamentum capitis femoris, welche im Zusammenhang mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das stattgehabte Distorsionsereignis vom 2. März 2016 (recte wohl: 3. März 2016) kausal bedingt sei. Die Impingement Konstellation vom CAM-Typ sei ein davon unabhängiger Befund und müsse separat davon betrachtet werden. Selbst der behandelnde Arzt Dr. med. C. ___ führte in seinem Operationsbericht vom 3. Mai 2016 aus, die weiteren Abklärungen hätten den Verdacht auf eine Ligamentum capitis femoris-Läsion bei zugrundeliegender Impingement-Konstellation ergeben (Suva-Nr. 23). In seinem ärztlichen Zwischenbericht vom 4. Juli 2016 (vgl. E. II. 4.3 hiervor) hielt er sodann fest, der Kausalzusammenhang bei vorliegender Ligamentum capitis femoris-Läsion sei gegeben. Die knöchernen Impingement-Konstellation schein aus seiner Sicht nur ein Nebenschauplatz der Gesamtproblematik gewesen zu sein. Es liegen keine davon abweichenden ärztlichen Stellungnahmen vor (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.). Ein Administrativgutachten war unter den gegebenen Umständen für die unfallversicherungsrechtliche Beurteilung nicht erforderlich, weil die unfallkausalen Befunde abgegrenzt werden können und der Beschwerdeführer bereits von qualifizierten Spezialärzten untersucht worden war.

5.5 Zusammenfassend wird die Stellungnahme des Kreisarztes den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht und aus den übrigen Unterlagen ergeben sich keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der darin enthaltenen Beurteilung.

6. Zu beurteilen ist im Weiteren die umstrittene Frage, ob der Beschwerdeführer die attestierte Restarbeitsfähigkeit wirtschaftlich verwerten kann. Der Beschwerdeführer wendet ein, er sei mit seinen körperlichen Defiziten ein erheblich eingeschränkter Mann, weshalb geklärt werden müsse, inwiefern die verbleibende Restarbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt noch verwertbar sei (Beschwerde Ziff. 25 S. 12; A.S. 27).

6.1 Für die Invaliditätsbemessung ist nach der Rechtsprechung von einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auszugehen. Dieser ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276). Dies gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. Je restriktiver das medizinische Anforderungsprofil umschrieben ist, desto eingehender ist in der Regel die Verwertbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abzuklären und nachzuweisen. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann jedoch dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur noch in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts 8C_117/2018 vom 31. August 2018 E. 2.2.2 mit Hinweisen).

6.2 Das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers ist gekennzeichnet durch unfallbedingte Einschränkungen in der Beweglichkeit der linken Hüfte, was die weitere

Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Verkäufer ausschliesst. Diese Beeinträchtigungen haben zur Folge, dass der Beschwerdeführer keine Arbeiten mit permanentem repetitivem Besteigen von Leitern und Treppen, in unebenem Gelände, auf Gerüsten, mit häufigem Einnehmen von Zwangshaltungen wie Kauern oder Knien, ohne Schläge und Vibrationen für die linke untere Extremität ausüben kann. Pensenmässig besteht keine Einschränkung. Im Fall des Beschwerdeführers kann nicht gesagt werden, die ihm unter Berücksichtigung der vorerwähnten Einschränkungen noch zuzumutenden Tätigkeiten seien nur noch in so eingeschränkter Form möglich, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt. So ist das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers nicht derart eingeschränkt, als dass allein deshalb von einer Nichtverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werden könnte. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt kennt durchaus Arbeitsplätze, welche dem Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers entsprechen, so beispielsweise im Bereich der Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten. Die bestehenden Einschränkungen hindern den Beschwerdeführer nicht in der Weise, dass das Finden einer entsprechenden Stelle von vornherein als ausgeschlossen angesehen werden müsste, zumal der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_94/2018 vom 2. August 2018 E. 6.2 und 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 5.11, je mit Hinweisen).

6.3 Zusammenfassend kann nicht von einer Nichtverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen werden. Die Beschwerdegegnerin ist daher zu Recht davon ausgegangen, die verbleibende Arbeitsfähigkeit lasse sich auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt im Rahmen einer vollzeitlichen Anstellung verwerten.

7. Zu prüfen bleibt der Einkommensvergleich. Die Beschwerdegegnerin hat für die Bemessung des Valideneinkommens auf das letzte vom Beschwerdeführer erzielte Einkommen gemäss Arbeitgeberbericht der Firma B.____ abgestellt. Dieses betrug bei einem Vollzeitpensum CHF 71'944.00. Weil der Beschwerdeführer keine zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, stellte die Beschwerdegegnerin für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf den Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE 2018, TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer) ab und errechnete ein Invalideneinkommen vom CHF 68'106.00. Während hierbei das Valideneinkommen unbestritten geblieben ist, wird vom Beschwerdeführer vorgebracht, das berechnete Invalideneinkommen sei mit einem Leidensabzug von mindestens 20 % zu belegen (Beschwerde Ziff. 26 f. S. 12 f.; A.S. 27 f.).

7.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb ■ cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1).

Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie besteht angesichts des hier herangezogenen niedrigsten Kompetenzniveaus 1 kein Raum, da Hilfsarbeiten unabhängig von Alter, Nationalität und beruflicher Ausbildung nachgefragt werden (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.4.). Auch lässt die fehlende Berufspraxis im neuen Bereich keine Lohneinbusse vermuten, da dieser Aspekt im Kompetenzniveau 1 von geringer Bedeutung ist. Schliesslich entfällt auch der Teilzeitaspekt, da der Beschwerdeführer gemäss Beurteilung des Kreisarztes vollzeitlich erwerbstätig sein kann. Sodann ist auf die Frage einzugehen, ob aufgrund der beim Beschwerdeführer bestehenden Einschränkungen ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist. Der Kreisarzt pract. med. M.____ formuliert in seinem Bericht vom 16. Juli 2019 (Suva-Nr. 334) ein Tätigkeitsprofil. Danach sei beim Beschwerdeführer in einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden (sitzend, gehend und stehend) Tätigkeit eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben. Zu vermeiden sind: Tätigkeiten mit permanentem repetitivem Besteigen von Leitern und Treppen sowie Tätigkeiten in unebenem Gelände, Tätigkeiten mit häufiger Einnahme von Zwangshaltungen wie Kauern oder Knien, Tätigkeiten auf Gerüsten sowie solche mit Schlägen und Vibrationen für die linke untere Extremität. Angesichts dieses Zumutbarkeitsprofils ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten auszugehen. Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt nicht automatisch zu einem Abzug, da der herangezogene LSE-Tabellenlohn im hier zu Grunde gelegten Kompetenzniveau 1 eine Vielzahl von leichten bis mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C_433/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 8.2.2). Insgesamt ist somit ■ in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ■ kein Tabellenlohnabzug gerechtfertigt.

7.2 Die Gegenüberstellung des unbestrittenen Valideneinkommens von CHF 71'944.00 und des Invalideneinkommens von CHF 68'106.00 ergibt somit einen Invaliditätsgrad von 5 %, womit der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

8. Streitig und zu prüfen ist schliesslich noch die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu Recht verneint hat.

8.1 Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch das Unfallereignis oder eine Berufskrankheit (vgl. Art. 9 Abs. 3 i.V.m. Art. 24 Abs. 1 UVG) eine dauernde und erhebliche Schädigung ihrer körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Nach Art. 36 Abs. 1 UVV gilt ein Integritätsschaden dann als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens im gleichen Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Die Schätzung der Beeinträchtigung der Integrität obliegt in erster Linie den Ärzten (Gilg/Zollinger, Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, S. 100 f), welche auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen fähig sind, die konkreten Befunde der Unfallfolgen festzuhalten (vgl. dazu die Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva, Heft 57, November 1984, S. 18 bis 31).

8.2 Der Kreisarzt pract. med. M.____ gelangte zum Schluss, bei nur minimaler, beginnender Coxarthrose links sowie bei nur leichter Einschränkung der Hüftgelenksbeweglichkeit links, erreiche der Integritätsschaden aktuell kein entschädigungspflichtiges Ausmass. Sofern es im weiteren Verlauf zu einer Zunahme der

Coxarthrose links kommen sollte, so sei die Höhe der Integritätsentschädigung erneut zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen (vgl. E. II. 4.18 hiavor). Dies ist nicht zu beanstanden. Der Beschwerdeführer bringt dagegen in erster Linie vor, angesichts der noch nicht abgeschlossenen Behandlung könne noch nicht über die Höhe der Integritätsentschädigung entschieden werden. Entgegen seiner Ansicht erfolgte der Fallabschluss jedoch zu Recht (vgl. E. II. 5.3 hiavor). Soweit der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von mindestens 20 bis 30 % geltend macht (vgl. Beschwerde Ziff. 28 S. 13 f.; A.S. 28 f.), vermag er sich nicht auf eine entsprechende ärztliche Stellungnahme zu berufen. Auch bei den Akten findet sich kein einziger medizinischer Bericht, der bestätigt, dass der Beschwerdeführer an einer dauerhaften unfallbedingten Einschränkung der gesundheitlichen Unversehrtheit leide, welche nach den einschlägigen Bemessungsgrundlagen einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu begründen vermöchte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_653/2020 vom 15. Februar 2021 E. 5.2 mit Hinweisen). Ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung entfällt somit.

9. Gestützt auf die obigen Erwägungen ist es im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht per 31. Oktober 2019 eingestellt und den Anspruch auf eine Invalidenrente sowie jenen auf eine Integritätsentschädigung verneint hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 5.5

Zusammenfassend wird die Stellungnahme des Kreisarztes den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht und aus den übrigen Unterlagen ergeben sich keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der darin enthaltenen Beurteilung. 6. Zu beurteilen ist im Weiteren die umstrittene Frage, ob der Beschwerdeführer die attestierte Restarbeitsfähigkeit wirtschaftlich verwerten kann. Der Beschwerdeführer wendet ein, er sei mit seinen körperlichen Defiziten ein erheblich eingeschränkter Mann, weshalb geklärt werden müsse, inwiefern die verbleibende Restarbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt noch verwertbar sei (Beschwerde Ziff. 25 S. 12; A.S. 27). 6.1 Für die Invaliditätsbemessung ist nach der Rechtsprechung von einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auszugehen. Dieser ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276). Dies gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. Je restriktiver das medizinische Anforderungsprofil umschrieben ist, desto eingehender ist in der Regel die Verwertbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abzuklären und nachzuweisen. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann jedoch dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur noch in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts 8C_117/2018 vom 31. August 2018 E.

2.2.2 mit Hinweisen). 6.2 Das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers ist gekennzeichnet durch unfallbedingte Einschränkungen in der Beweglichkeit der linken Hüfte, was die weitere Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Verkäufer ausschliesst. Diese Beeinträchtigungen haben zur Folge, dass der Beschwerdeführer keine Arbeiten mit permanentem repetitivem Besteigen von Leitern und Treppen, in unebenem Gelände, auf Gerüsten, mit häufigem Einnehmen von Zwangshaltungen wie Kauern oder Knien, ohne Schläge und Vibrationen für die linke untere Extremität ausüben kann. Pensenmässig besteht keine Einschränkung. Im Fall des Beschwerdeführers kann nicht gesagt werden, die ihm unter Berücksichtigung der vorerwähnten Einschränkungen noch zuzumutenden Tätigkeiten seien nur noch in so eingeschränkter Form möglich, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt. So ist das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers nicht derart eingeschränkt, als dass allein deshalb von einer Nichtverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werden könnte. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt kennt durchaus Arbeitsplätze, welche dem Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers entsprechen, so beispielsweise im Bereich der Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten. Die bestehenden Einschränkungen hindern den Beschwerdeführer nicht in der Weise, dass das Finden einer entsprechenden Stelle von vornherein als ausgeschlossen angesehen werden müsste, zumal der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_94/2018 vom 2. August 2018 E. 6.2 und 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 5.11, je mit Hinweisen). 6.3 Zusammenfassend kann nicht von einer Nichtverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen werden. Die Beschwerdegegnerin ist daher zu Recht davon ausgegangen, die verbleibende Arbeitsfähigkeit lasse sich auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt im Rahmen einer vollzeitlichen Anstellung verwerten. 7. Zu prüfen bleibt der Einkommensvergleich. Die Beschwerdegegnerin hat für die Bemessung des Valideneinkommens auf das letzte vom Beschwerdeführer erzielte Einkommen gemäss Arbeitgeberbericht der Firma B.____ abgestellt. Dieses betrug bei einem Vollzeitpensum CHF 71'944.00. Weil der Beschwerdeführer keine zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, stellte die Beschwerdegegnerin für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf den Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE 2018, TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer) ab und errechnete ein Invalideneinkommen vom CHF 68'106.00. Während hierbei das Valideneinkommen unbestritten geblieben ist, wird vom Beschwerdeführer vorgebracht, das berechnete Invalideneinkommen sei mit einem Leidensabzug von mindestens 20 % zu belegen (Beschwerde Ziff. 26 f. S. 12 f.; A.S. 27 f.). 7.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE

126 V 75 E. 5b/bb – cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie besteht angesichts des hier herangezogenen niedrigsten Kompetenzniveaus 1 kein Raum, da Hilfsarbeiten unabhängig von Alter, Nationalität und beruflicher Ausbildung nachgefragt werden (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.4.). Auch lässt die fehlende Berufspraxis im neuen Bereich keine Lohneinbusse vermuten, da dieser Aspekt im Kompetenzniveau 1 von geringer Bedeutung ist. Schliesslich entfällt auch der Teilzeitaspekt, da der Beschwerdeführer gemäss Beurteilung des Kreisarztes vollzeitlich erwerbstätig sein kann. Sodann ist auf die Frage einzugehen, ob aufgrund der beim Beschwerdeführer bestehenden Einschränkungen ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist. Der Kreisarzt pract. med. M. ___ formuliert in seinem Bericht vom 16. Juli 2019 (Suva-Nr. 334) ein Tätigkeitsprofil. Danach sei beim Beschwerdeführer in einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden (sitzend, gehend und stehend) Tätigkeit eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben. Zu vermeiden sind: Tätigkeiten mit permanentem repetitivem Besteigen von Leitern und Treppen sowie Tätigkeiten in unebenem Gelände, Tätigkeiten mit häufiger Einnahme von Zwangshaltungen wie Kauern oder Knien, Tätigkeiten auf Gerüsten sowie solche mit Schlägen und Vibrationen für die linke untere Extremität. Angesichts dieses Zumutbarkeitsprofils ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten auszugehen. Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt nicht automatisch zu einem Abzug, da der herangezogene LSE-Tabellenlohn im hier zu Grunde gelegten Kompetenzniveau 1 eine Vielzahl von leichten bis mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C_433/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 8.2.2). Insgesamt ist somit – in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin – kein Tabellenlohnabzug gerechtfertigt.

7.2 Die Gegenüberstellung des unbestrittenen Valideneinkommens von CHF 71'944.00 und des Invalideneinkommens von CHF 68'106.00 ergibt somit einen Invaliditätsgrad von 5 %, womit der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

8. Streitig und zu prüfen ist schliesslich noch die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu Recht verneint hat.

8.1 Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch das Unfallereignis oder eine Berufskrankheit (vgl. Art. 9 Abs. 3 i.V.m. Art. 24 Abs. 1 UVG) eine dauernde und erhebliche Schädigung ihrer körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Nach Art. 36 Abs. 1 UVV gilt ein Integritätsschaden dann als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens im gleichen Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Die Schätzung der Beeinträchtigung der Integrität obliegt in erster Linie den Ärzten (Gilg/Zollinger, Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, S. 100 f), welche auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen fähig sind, die konkreten Befunde der Unfallfolgen festzuhalten (vgl. dazu die Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva, Heft 57, November 1984, S. 18 bis 31).

8.2 Der Kreisarzt pract. med. M. ___ gelangte zum Schluss, bei nur minimaler, beginnender Coxarthrose links sowie bei nur leichter Einschränkung der Hüftgelenksbeweglichkeit links, erreiche der Integritätsschaden aktuell kein entschädigungspflichtiges Ausmass. Sofern es im weiteren Verlauf zu einer Zunahme der Coxarthrose links kommen sollte, so sei die Höhe der Integritätsentschädigung erneut zu evaluieren und gegebenenfalls

anzupassen (vgl. E. II. 4.18 hiervor). Dies ist nicht zu beanstanden. Der Beschwerdeführer bringt dagegen in erster Linie vor, angesichts der noch nicht abgeschlossenen Behandlung könne noch nicht über die Höhe der Integritätsentschädigung entschieden werden. Entgegen seiner Ansicht erfolgte der Fallabschluss jedoch zu Recht (vgl. E. II. 5.3 hiervor). Soweit der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von mindestens 20 bis 30 % geltend macht (vgl. Beschwerde Ziff. 28 S. 13 f.; A.S. 28 f.), vermag er sich nicht auf eine entsprechende ärztliche Stellungnahme zu berufen. Auch bei den Akten findet sich kein einziger medizinischer Bericht, der bestätigt, dass der Beschwerdeführer an einer dauerhaften unfallbedingten Einschränkung der gesundheitlichen Unversehrtheit leide, welche nach den einschlägigen Bemessungsgrundlagen einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu begründen vermöchte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_653/2020 vom 15. Februar 2021 E. 5.2 mit Hinweisen). Ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung entfällt somit. 9. Gestützt auf die obigen Erwägungen ist es im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht per 31. Oktober 2019 eingestellt und den Anspruch auf eine Invalidenrente sowie jenen auf eine Integritätsentschädigung verneint hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 6

Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und der schreibende Rechtsanwalt sei als unentgeltlicher Rechtsbeistand einzusetzen.

E. 7

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 3. Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Beschwerdeantwort vom 14. Dezember 2020 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheides (A.S. 44 ff.). 4. Die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts bewilligt dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 11. Januar 2021 ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege mit Rechtsanwalt Josef Flury als unentgeltlichem Rechtsbeistand (A.S. 50 f.). 5. Der Beschwerdeführer gibt innert der Frist bis 1. Februar 2021 keine Replik ab und lässt sich auch sonst nicht mehr vernehmen (A.S. 23). 6. Mit Eingabe vom 11. Februar 2021 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers eine Kostennote ein (A.S. 54 ff.). 7. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Am 1. Januar 2017 sind Änderungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des UVG vom 25. September 2015). Das Verfahren betrifft Leistungen für einen Unfall vom 3. März 2016. Massgebend ist daher die Regelung, welche bis 31. Dezember 2016 gültig war. 2.2 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die – wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt – nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (d.h. eine

Wiederherstellung oder eine ins Gewicht fallende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, s. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann. Dabei ist nur der unfallbedingt, nicht aber der krankheitshalber geschädigte Gesundheitszustand zu berücksichtigen (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 101). Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). Der Anspruch auf eine Invalidenrente setzt voraus, dass die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist (Art. 18 Abs. 1 UVG). Ein Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung besteht, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist (Art. 24 Abs. 1 UVG).

2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen).

2.4 Im Weiteren wird verlangt, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 188, 123 V 98 E. 3d S. 103, 122 V 415 E. 2a S. 416, 121 V 45 E. 3a S. 49 mit Hinweisen). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen deckt sich die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität, sodass die Adäquanz praktisch keine Rolle spielt. Treten nach einem Unfall hingegen psychische und / oder organisch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden auf, bedarf es einer besonderen Adäquanzprüfung (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen). Grundlage für diese Prüfung bilden dabei der augenfällige Geschehensablauf sowie gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.). Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind die durch BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so gelten grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden; sog. Psycho-Praxis (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140, 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.; vgl. zum Ganzen auch: Urteil 8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 2, nicht publ. in: BGE 135 V 465, aber in: SVR 2010 UV Nr. 6 S. 25; SVR 2011 UV Nr. 10 S. 35, 8C_584/2010 E. 2).

3. 3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und

Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1).

3.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses 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 des Experten 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 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). Auch 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, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5 S. 105, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen zu Recht per 31. Oktober 2019 eingestellt und den Anspruch auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung verneint hat. Zur Beurteilung des vorliegenden Falles sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant:

4.1 Dr. med. C.____, Leitender Arzt, Orthopädische Klinik, Spital D.____, stellte in seinem Bericht vom 31. März 2016 die folgenden Diagnosen (Suva-Nr. 255): St. n. Hüftdistorsionstrauma links vom 2. März 2016 mit/bei · Vd. a. traumatische Ligamentum capitis femoris-Läsion · Femoroacetabuläre Impingementkonfiguration Weiter führte Dr. med. C.____ aus, der Beschwerdeführer habe nie unter Hüftschmerzen gelitten. Beim Heruntersteigen von einer Leiter am 2. März 2016 sei es zu einem plötzlichen schmerzhaften Distorsionsereignis im linken Hüftgelenk gekommen. Seither bestünden inguinale Schmerzen mit Ausstrahlung bis zum Kniegelenk und weiter nach distal. In der chirurgischen Sprechstunde sei eine Inguinalhernie klinisch ausgeschlossen und eine MRI-Diagnostik in die Wege geleitet worden. Die plötzlich aufgetretenen Schmerzen würden zusammen mit der Klinik für eine Ligamentum capitis femoris-Läsion sprechen. Zusätzlich bestehe eine Offset-Störung anterior-superior mit entsprechenden beginnenden Veränderungen am antero-superioren Pfannenrand. Der Beschwerdeführer sei seit gut einer Woche arbeitsunfähig aufgrund der Hüftschmerzen bei der Tätigkeit im Verkauf. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 13.

April 2016, dann werde eine erneute klinische Verlaufskontrolle stattfinden. Im Vorfeld werde eine diagnostisch-therapeutische Hüftinfiltration geplant, um den Hüftschmerz vorübergehend zu mildern. Bei Beschwerdepersistenz sei ggf. eine Hüftarthroskopie mit Débridement des Ligamentum capitis vorgesehen. Am 18. April 2016 berichtete Dr. med. C.____ über die Sprechstunde vom 13. April 2016 (Suva-Nr. 256). Beim Beschwerdeführer hätten mittels therapeutischer Infiltration die Beschwerden in begrenztem Umfang verbessert werden können, somit sei die intraartikuläre Schmerzursache bewiesen. Es sei bereits mündlich die Hüftgelenksarthroskopie vereinbart worden. Als Operationstermin sei der 3. Mai 2016 festgelegt worden. Die Arbeitsfähigkeit im Verkauf sei bis zur Operation zu 50 % festgelegt worden.

4.2 Dem Austrittsbericht des Spitals D.____ vom 18. Mai 2016 (Suva-Nr. 22) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer in der Zeit vom 3. bis 8. Mai 2016 hospitalisiert war. Der Beschwerdeführer habe sich am 3. Mai 2016 einer Hüftarthroskopie links mit Fovea-Plastik und femoraler Osteochondroplastie unterzogen (vgl. Operationsbericht vom 3. Mai 2016 [Suva-Nr. 23]). Es wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. St. n. Hüftdistorsionstrauma links vom 2. März 2016 mit traumatischer Ligamentum capitis femoris-Läsion bei femoroacetabulärer Impingement-Konfiguration 2. Inguinalhernien beidseits, asymptomatisch Dem Beschwerdeführer wurde für die Zeit vom 3. Mai bis 15. Juni 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert.

4.3 Dem ärztlichen Zwischenbericht des behandelnden Arztes Dr. med. C.____ vom 4. Juli 2016 (Suva-Nr. 26) ist zu entnehmen, dass die Erstbehandlung des Beschwerdeführers am 31. März 2016 erfolgt sei. Beim Heruntersteigen einer Leiter am 3. März 2016 habe sich ein plötzliches schmerzhaftes Distorsionsereignis im linken Hüftgelenk mit inguinalen Schmerzen und Ausstrahlung bis zum Kniegelenk weiter nach distal ereignet. Es liege eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab Unfalldatum bis voraussichtlich Juli 2016 vor. Der Behandlungsabschluss sei drei Monate postoperativ möglich. Der Beschwerdeführer habe vor dem Distorsionsereignis nie unter Hüftschmerzen gelitten, weshalb der Kausalzusammenhang bei vorliegender Ligamentum capitis femoris-Läsion für ihn gegeben sei. Die knöcherne Impingement-Konstellation scheine aus seiner Sicht nur ein Nebenschauplatz der Gesamtproblematik gewesen zu sein.

4.4 Dem Austrittsbericht der Klinik E.____ vom 3. Oktober 2016 (Suva-Nr. 54) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer für die Zeit vom 24. August bis 28. September 2016 stationär aufgenommen wurde. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: Unfall vom 3. März 2016: Leitersturz seitlich auf die linke Hüfte 1. Hüftdistorsionstrauma links mit traumatischer Läsion des Ligamentum capitis femoris bei femoroacetabulärer Impingement-Konfiguration · 3. Mai 2016 Hüftarthroskopie links D.____ mit Fovea-Plastik und femoraler Osteochondroplastie · 18. August 2016 MRI Hüfte links: Zum Vergleich die Voruntersuchung vom 22. März 2016. Im Verlauf regredientes Knochenödem und regrediente Verdickung des Lig. capitis femoris. Kein Hinweis auf neu aufgetretene Läsionen. Typischer Kapseldefekt cranial nach Arthroskopie. Keine Labrumavulsion, keine pathologischen Signalalterationen des Labrums. Intakter Knorpel femoroacetabulär. Periartikuläre Weichteile unauffällig. · 22. August 2016 Infiltration im Bereich des Trochanter major links 2. Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22) Weiter wurde ausgeführt, während der Rehabilitation sei eine psychosomatische Abklärung mit folgendem Resultat erfolgt: Der 33-jährige Teppichverkäufer mit Leitersturz am Arbeitsplatz mit Schmerzen im rechten Hüftgelenk sei während des Reha-Aufenthaltes teils maskiert ängstlich, deprimiert und innerlich unruhig gestimmt gewesen. Seine Stimmung habe sich auch im Hinblick auf die medizinische

Diagnose geäußert, in dem er die ärztlichen Informationen misstrauisch aufgenommen habe. Die Arbeitssituation und der schlechte Heilungsverlauf hätten ihn abwehrend und zukunfts pessimistisch gestimmt. Insgesamt sei eine leichte Anpassungsstörung zu diagnostizieren. In somatischer Hinsicht stünden Schmerzen im Hüftbereich im Vordergrund, die während des stationären Aufenthaltes nicht substantiell hätten verbessert werden können. Eine Ursache sei sicher die vom Orthopäden diagnostizierte hartnäckige Ansatz-Tendinose im M. tensor fasciae latae und M. gluteus medius. Man dürfe erwarten, dass diese unter adäquater Behandlung regressiv sei und damit auch die Schmerzen rückläufig seien. Ob dies auch so eintreten werde, werde der Verlauf der nächsten Wochen und Monate zeigen. Das gesamte Ausmass der beklagten Beschwerden lasse sich nur schwerlich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen erklären. Es sei eine mässige Symptomausweitung beobachtet worden. Der Beschwerdeführer habe auch maladaptive Überzeugungen und sei zukunfts pessimistisch, dies könne sich als Reahindernis und letztendlich auch bei der beruflichen Wiedereingliederung als Stolperstein zeigen. Die auch vom Beschwerdeführer gewünschte psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung ambulant mache Sinn und es bleibe zu hoffen, dass es gelinge, die Überzeugungen des Beschwerdeführers zu modifizieren und damit den Schmerzkreislauf zu durchbrechen. Zusammenfassend habe die Beweglichkeit des linken Hüftgelenks verbessert werden können und das Gehen habe von ganztags an einem Stock auf halbtags ohne Stock reduziert werden können. Die Schmerzen seien nach wie vor vorhanden, es habe jedoch einen besseren Umgang damit erreicht werden können. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Verkäufer sei dem Beschwerdeführer aktuell nicht zumutbar. Die Anforderungen seien zu hoch (gehend-stehende Tätigkeit). Es bestehe eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 28. September 2016. Die Zumutbarkeit für andere berufliche Tätigkeit habe nicht festgelegt werden können, da der Beschwerdeführer sich in der medizinischen Rekonvaleszenzphase befinde. Die festgestellte psychische Störung begründe aktuell keine arbeitsrelevante Leistungsminderung.

4.5 Sodann veranlasste die Beschwerdegegnerin ein radiologisches Aktengutachten bei Prof. Dr. med. F.____, Chefarzt, Spital G.____, welches am 8. November 2016 erstattet wurde (Suva-Nr. 70). Darin führte Prof. Dr. med. F.____ aus, die Beschwerdegegnerin habe ihn gebeten, die konventionellen Röntgenaufnahmen des Beckens ap und der linken Hüfte axial vom 18. März 2016 sowie die MR Arthrographie der linken Hüfte vom 22. März 2016 (D.____) hinsichtlich der Frage zu beurteilen, ob bildgebend Hinweise für eine vollständige Ruptur oder partielle Ruptur des Ligamentum capitis femoris und/oder eine femoro-acetabulären Impingements vorliegen würden. Die MR Arthrographie vom 22. März 2016 zeige bildmorphologisch eindeutig ein pathologisches Ligamentum capitis femoris mit Verdickung und intraligamentären Signalabnormalitäten. In der axialen Sequenz sei auch eine lineare Struktur innerhalb des Ligamentes erkennbar, was vereinbar sei mit einer intraligamentären Kontrastakkumulation. Diese Veränderungen seien typisch für eine mindestens Partialruptur dieses Ligamentes. Zusätzlich bestehe ein pathologischer Kopfhalsübergang im anterioren Abschnitt des Femurs mit pathologischen Offset, vereinbar mit einem femoro-acetabulären Impingement vom CAM-Typ. Das Labrum und der Knorpel seien unauffällig. Nach seiner Beurteilung lägen in dieser Untersuchung zwei unabhängige Pathologien vor. Eine Partialruptur des Ligamentum capitis femoris, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal durch das stattgehabte Distorsionsereignis vom 2. März 2016 bedingt sei. Die Impingement-Konstellation vom CAM-Typ sei ein davon

unabhängiger Befund und müsse separat davon betrachtet werden. 4.6 Am 1. Februar 2017 fand eine kreisärztliche Untersuchung durch den Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie, statt (Suva-Nr. 88). Dr. med. H.____ stellte folgende Diagnosen: 1. Status nach Sturz von einer Leiter mit Distorsion, resp. Kontusion des linken Hüftgelenkes am 3. März 2016. 2. Status nach Hüftarthroskopie links, Fovea-Plastik und femorale Osteochondroplastie bei Status nach Läsion des Ligamentum capitis femoris sowie femoroacetabulärer Impingementkonfiguration am 3. Mai 2016 Weiter führte Dr. med. H.____ aus, beim Beschwerdeführer bestehe ein Zustand nach Distorsion resp. Kontusion des linken Hüftgelenkes anlässlich eines Leitersturzes. Hierbei sei es zu einer Läsion des Ligamentums capitis femoris links gekommen. Die Unfallkausalität bezüglich der Läsion des Ligamentums capitis femoris sei gegeben. Im Weiteren liege ein femoroacetabuläres Impingement links vor, welches anlässlich der Hüftgelenksarthroskopie links ebenfalls mitbehandelt worden sei. Bei diesem Befund handle es sich um einen Vorzustand. Der postoperative Verlauf sei deutlich protrahiert und geprägt durch eine exquisite Schmerzproblematik gewesen. Diese Schmerzproblematik habe auch anlässlich der stationären Rehabilitation in [...] nicht namhaft verbessert werden können. Der Beschwerdeführer weise weiterhin ein deutliches schmerzbedingtes Schonhinken auf. Unter der MTT und dem Fitnesstraining habe die Oberschenkelmuskulatur links schon deutlich gekräftigt werden können. Für den 7. Februar 2017 sei gemäss Angaben des Beschwerdeführers eine erneute Cortison-Infiltration an der linken Hüfte geplant. Hier müsse dann der Erfolg dieser Infiltration abgewartet werden. Bei weiter persistierender Schmerzproblematik sei seines Erachtens eine orthopädisch-traumatologische Zweitmeinung zu diskutieren und je nach Befund dann eine spezialisierte Schmerztherapie aufzugleisen. 4.7 Dem Bericht von Dr. med. C.____, Leitender Arzt, Spital D.____, vom 15. Februar 2017 (Suva-Nr. 109 S. 4) lässt sich entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer nochmals zur Verlaufskontrolle vorgestellt habe. Die Infiltration intraartikulär am linken Hüftgelenk habe dem Beschwerdeführer für eine Stunde ganz gut geholfen, dann seien die Beschwerden wieder zurückgekommen. Insgesamt habe er von der Kortisonwirkung also nicht entsprechend profitieren können. Dementsprechend gelte als gesichert, dass ein Schmerzfaktor intraartikulärer Herkunft sei und allenfalls ein mechanisches intraartikuläres Problem vorliege, das im MRI nicht ersichtlich sei. Dementsprechend könne dem Beschwerdeführer mittelfristig angeboten werden, noch ein arthroskopisches Débridement vorzunehmen, wobei jedoch ungewiss sei, ob hiermit eine relevante Verbesserung erzielt werden könne. Bis zur nächsten Kontrolle Mitte März bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 4.8 Dem Bericht der Dres. med. C.____ und I.____, Spital D.____, vom 2. Mai 2017 (Suva-Nr. 119), lässt sich entnehmen, dass sie aufgrund des Ansprechens auf die intraartikuläre Infiltration und der Klinik des Beschwerdeführers davon ausgingen, dass eine intraartikuläre Beschwerdeursache vorhanden sei, ob gleich sich im Arthro-MRI der linken Hüfte kein organisches Korrelat zeige. Sie würden eine diagnostische Hüftarthroskopie in diesem Fall anbieten, ohne einen Operationserfolg garantieren zu können. Der Beschwerdeführer wünsche eine Zweitmeinung einzuholen, was sie ihm auch entsprechend empfehlen würden. Sie würden deshalb mit dem Beschwerdeführer so verbleiben, dass er sich nach Einholung der Zweitmeinung erneut in der Sprechstunde einfinde, damit das Untersuchungsergebnis diskutiert und das weitere Procedere festgelegt werden könne. 4.9 Im Bericht des Spitals J.____, vom 26. Mai 2017 (Suva-Nr. 129) wurden die folgenden Diagnosen gestellt: Reiz und leichtes sensorisches Ausfallsyndrom L5 links ohne neurale Kompression mit/bei · Diskusprotrusion LWK 4/5 und LWK5/SWK1

mit Kontakt zur Wurzel L5 rezessal beidseits ohne Hinweis auf eine Wurzelkompression · Leichtgradige Recessusstenose LWK5/SWK1 links Der Beschwerdeführer habe sich zur Besprechung der MRI-Befunde der LWS und des Hüftgelenks links sowie zur klinischen Kontrolle vorgestellt. Die MRI-Untersuchung der LWS vom 17. Mai 2017 habe ergeben, dass sich eine Diskusprotrusion LWK4/5 und LWK5/SWK1 mit Kontakt zur Wurzel L5 rezessal beidseits ohne Hinweis auf eine Wurzelkompression zeige. Auf Höhe LWK5/SWK1 zeige sich linksseitig eine kleine rezessale Enge. Die MRI-Untersuchung der Hüfte links vom 12. Mai 2017 habe einen Verdacht auf einen kleinen Riss und Degeneration des anterosuperioren Labrums ergeben. Es liege kein Hinweis auf tiefere Knorpelläsionen vor. Sodann wurde dargelegt, dass bei vorliegenden klinisch/radiologischen Befunden die Beschwerden am ehesten im Rahmen degenerativer Veränderungen im Bereich der LWS interpretiert würden. Aktuell bestehe keine Indikation für ein operatives Vorgehen. Es werde eine Analgesieanpassung sowie Physiotherapie empfohlen. Der Beschwerdeführer werde angewiesen, sich bei Stuhl- oder Urininkontinenz sowie neu auftretender Schwäche im Bereich der unteren Extremitäten notfallmässig vorzustellen. 4.10 Am 29. Juni 2017 berichteten Dr. med. I.____ und Dr. med. C.____, Spital D.____ über die Sprechstunde vom 28. Juni 2017 (Suva-Nr. 143). Folgende Diagnosen lassen sich diesem Bericht entnehmen: Persistierende Hüftschmerzen links mit/bei: · St. n. Hüftdistorsionstrauma links vom 20. März 2016 mit traumatischem Lig. capitis femoris Läsion mit femoroacetabulärem Impingementkonfiguration · St. n. HAS links, Foveoplastik, femorale Osteochondroplastie 3. Mai 2016 · Neudiagnostizierte extraforeminale Diskushernie L2/3 links St. n. extraforaminale Infiltration auf Höhe L2/3 links mit 40 mg Kenacort und 3 ml Ropivacain vom 22. Juni 2017 Weiter wurde ausgeführt, die Spritze im Bereich der Lendenwirbelsäule habe beim Beschwerdeführer sehr gut angesprochen. Die Rückenschmerzkomponente sei verschwunden. Hiermit sei der Beschwerdeführer durchaus zufrieden, man könne seinen Angaben nach von einer 100%igen Schmerzlinderung im Bereich der LWS sprechen. Es persistierten allerdings Schmerzen im Bereich des linken Hüftgelenkes über den Trochanter. Es werde mit dem Beschwerdeführer als letzte Massnahme vor einem erneuten operativen Eingriff im Bereich des linken Hüftgelenkes eine therapeutische Infiltration der linken Bursitis trochanterica besprochen. Möglicherweise könne hier durch minimalinvasive Massnahme noch eine Besserung herbeigeführt werden. Sollte dies nicht der Fall sein, so müsse eine Operation diskutiert werden. Der Beschwerdeführer sei mit diesem Vorgehen einverstanden. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit vom 1. Juli bis 1. August 2017 attestiert. 4.11 Am 4. August 2017 berichtete Dr. med. C.____ (Suva-Nr. 148), er habe sich nochmals zur Ergänzung die letzten MRI Bilder angesehen. Trotz unzureichendem Ansprechen auf die intraartikuläre Testinfiltration spreche die Klinik für eine intraartikuläre Schmerzproblematik, evtl. im Sinne eines Weichteilimpingements oder eines allfälligen Gelenkkörpers. In Mangelung besserer Alternativen und bei fehlendem Ansprechen auf längerfristige Physiotherapie sowie Infiltrationen diskutiere er mit dem Beschwerdeführer eine arthroskopische Diagnostik mit Prozedere je nach intraoperativem Befund. Festzuhalten sei, dass keine Garantie auf Beschwerdebesserung bzw. Beschwerdefreiheit gegeben werden könne. Allerdings wirke der Beschwerdeführer bezüglich der weiteren Therapieoptionen verzweifelt und sei nun längerfristig arbeitsunfähig. Auch die Zweitbeurteilung in [...] sei für den Beschwerdeführer enttäuschend verlaufen. Dr. med. C.____ gebe dem Beschwerdeführer dementsprechend noch Bedenkzeit für das geplante Vorgehen. 4.12 Dem Operationsbericht von Dr. med. C.____ vom 5. September 2017 (Suva-Nr. 158) lässt

sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer sich gleichentags einer Hüftarthroskopie links, partiellen Synovektomie, Arthrolyse, sparsamen Pfannenrandtrimmung und Labrumdébridement unterzogen hat. Intraoperativ habe sich als Ursache der Hüftschmerzen eine Arthrofibrose mit kapsulolabralen Verwachsungen bestätigt. Die übrigen beschriebenen Veränderungen und Massnahmen dürften von untergeordneter Bedeutung sein. Festzuhalten sei, dass schon zweit- bis drittgradige degenerative Veränderungen im Bereich der Hüfte vorhanden seien, welche letztlich auf das Impingement zurückzuführen sein dürften. Es sei der weitere Verlauf abzuwarten. Bei persistierenden Beschwerden seien Physiotherapie und Infiltrationen in Betracht zu ziehen. Längerfristig sei gegebenenfalls eine totalprothetische Versorgung zu erwägen.

4.13 Nach anhaltenden persistierenden Beschwerden des Beschwerdeführers (vgl. Suva-Nr. 182) stellte Dr. med. C.____ erneut die Indikation zur therapeutischen Infiltration (vgl. Infiltrationsbericht vom 30. Januar 2018 [Suva-Nr. 191]). Am 2. März 2018 berichtete er (Suva-Nr. 199), dass sich der Beschwerdeführer nochmals zur Verlaufskontrolle und Besprechung vorgestellt habe. Nach stattgehabter Infiltration hätten sich die Beschwerden doch im Trochanterbereich deutlich verbessert. Er laufe zwar noch an Gehstöcken und merke noch die linke Hüfte, gerade wenn er auf der linken Seite liege oder stark belaste und Rotationsbewegungen ausführe. Lokal bestehe hier noch ein deutlicher Druckschmerz, mit schmerzhafter Ausstrahlung in die Peripherie der linken Hüftregion. Aufgrund des guten Ansprechens auf die Infiltration, bei noch nicht durchgreifendem Therapieerfolg, werde eine erneute therapeutische Infiltration im Bereich der Bursa trochanterica in vier Wochen geplant. Zu hoffen sei, dass sich die Problematik hier sukzessive bessere. Gegebenenfalls könne unterstützend im Verlauf nochmals Physiotherapie mit diversen Massnahmen versucht werden. Weiteres Procedere werde nach Verlauf entschieden. Es liege weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor.

4.14 Am 22. März 2018 erging der Bericht von Dr. med. K.____, Spitalfachärztin (Suva-Nr. 202). Diagnostiziert wurde eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Dr. med. K.____ berichtete, dass der Beschwerdeführer sich erneut für eine psychiatrische Weiterbehandlung aufgrund von Schlafstörungen, Selbstverzweiflung sowie kreisenden Gedanken im Ambulatorium angemeldet habe. Er sei vom 2. November 2016 bis 27. April 2017 aufgrund eines depressiven Symptoms in Behandlung gewesen. Bei der ersten Sitzung am 13. Februar 2018 habe der Beschwerdeführer berichtet, dass es ihm seit dem Arbeitsunfall im März 2016 und nach der zweiten Hüftoperation an seinem linken Bein psychisch zunehmend schlechter gehe. Er habe das Gefühl, mit seiner aktuellen Situation (psychische und körperliche Beschwerden, ohne Job etc.) unmöglich zurechtzukommen. Er fühle sich zudem eingeschränkt bei der Bewältigung der alltäglichen Routine. Aktuell werde eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Einzeltherapie mit regelmässigen ambulanten Gesprächsterminen im Abstand von drei Wochen mit antidepressiver Psychopharmakotherapie durchgeführt. Aufgrund gedrückter Stimmung sowie zur Schmerzlinderung sei Cymbalta 30 mg/Tag (Anfangsdosis) eingeführt worden, welches je nach Verlauf angepasst werden sollte.

4.15 Dem Sprechstundenbericht Hüftchirurgie, Spital L.____, vom 22. August 2018 (Suva-Nr. 237) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen: Unklare Hüftschmerzen bei unten genannten Eingriffen mit / bei: · Sturz von der Leiter März 2016 · St. n. Hüftarthroskopie links mit Foveoplastik und Offsetkreation (Dr. med. C.____, [...], Mai 2016) · St. n. Re-Arthroskopie mit Adhäsiolyse und Pfannenrandtrimmung (Dr. med. C.____, [...], September 2016) · Aktuell arbeitslos wegen den Hüftbeschwerden und in Abklärung durch die Suva Weiter wurde dargelegt, beim Beschwerdeführer zeige sich auch bei maximal ausgeschöpfter Bildgebung keine

Pathologie, welche in der klinischen Untersuchung reproduziert werden könne. Ein anatomisches Korrelat zu der Beschwerdesymptomatik könne nicht ausgemacht werden. Aufgrund der ausgeprägten Druckdolenz über dem Trochantermassiv und jeweils Schmerzprovokation darüber werde in der heutigen Konsultation die diagnostisch/therapeutische Infiltration der Bursa mit Depo-Medrol und Ropivacain durchgeführt. Schmerzen vor der Infiltration gebe der Beschwerdeführer mit einem VAS 5 an, post-infiltration unverändert. Von ihrer Seite her seien keine Kontrolltermine mehr vereinbart worden. 4.16 Am 6. September 2018 berichtete die behandelnde Psychiaterin Dr. med. K. ___ über den Behandlungsverlauf für die Zeit ab 22. März 2018 (Suva-Nr. 240). Während der aktuellen Behandlungsperiode hätten die depressiven Phase mit depressiver Verstimmung, Hoffnungslosigkeit und Unruhe sowie Zukunftsangst beobachtet werden können. Aufgrund der somatischen Beschwerden des Beschwerdeführers habe eine erneute Untersuchung bei einem Orthopäden in [...] für eine Zweitmeinung gemacht werden müssen. Dies habe beim Beschwerdeführer viel Angst und Unsicherheitsgefühle ausgelöst. Bei starker psychischer Belastung habe er wieder ausgeprägte Schlafstörungen. Zudem erlebe er ein zunehmendes Zittern am ganzen Körper und leide unter Angst. Es sei die Behandlung mit Duloxetin 60 mg/morgens eingesetzt worden. Der Beschwerdeführer könne eine leichte Verbesserung des psychischen Zustandes bestätigen, da er auch weniger Schmerzen an seiner linken Hüfte habe. Jedoch bestünden weiterhin Schlafstörungen, depressive Verstimmung, Ratlosigkeit und Motivationsverlust. Trotz einer leichten Verbesserung des psychischen Zustandes, auch leichte Reduktion der Schmerzen, sei der Beschwerdeführer nicht in der Lage, ein normales Leben zu führen, wie vorher. 4.17 Am 26. September 2018 fand eine kreisärztliche Untersuchung durch med. pract. M. ____, Facharzt für Chirurgie, statt. Dem hierzu ergangenen Bericht vom 27. September 2018 (Suva-Nr. 244) ist zu entnehmen, dass die klinische Untersuchung eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit des linken Hüftgelenkes in allen Ebenen zeige. Klinisch bestünden keine Druckdolenzen, keine Hinweise für einen Infekt oder CRPS, keine neurologischen Defizite. Es würden sich auch leichte Kraftdefizite im gesamten linken Bein bei keinen muskulären neurologischen oder angiologischen Defiziten zeigen. Zur weiteren Abklärung der beidseitigen Leistenschmerzen empfehle med. pract. M. ___ zuerst eine sonographische Untersuchung im Röntgeninstitut in [...]. Da in der zuletzt stattgehabten radiologischen Diagnostik (MRI und CT) im Vergleich zu den subjektiven Beschwerden des Beschwerdeführers kein anatomisches Korrelat dargestellt worden sei, empfehle er eine nochmalige Abklärung im Sinne einer Zweitbeurteilung in der Sprechstunde von Prof. N. ____, Chefarzt der Hüftchirurgie der O. ___ in [...] mit der Bitte um Klärung der Frage, ob eventuell ein weiteres diagnostisches oder therapeutisches bzw. operatives Prozedere anzustreben sei und ob dadurch mit einer namhaften Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes zu rechnen sei. Bis dahin sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig in seiner angestammten Tätigkeit als Verkäufer in der Möbelbranche. Aktuell sollte in einer angepassten körperlich sehr leichten bis leichten, wechselbelastenden Tätigkeit (überwiegend sitzend, gehend, stehend), ohne permanentes repetitives Besteigen von Leitern und Treppen sowie auch ohne häufiges Einnehmen von Zwangshaltungen wie Kauern oder Knien eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Eine erneute Beurteilung des weiteren medizinischen Prozederes sowie auch die Beurteilung der definitiven Zumutbarkeit solle erst nach dem oben erwähnten Konsil in der O. ___ erfolgen. 4.18 Am 14. Dezember 2018 erging der Bericht von Dr. med. P. ____, Oberarzt Orthopädie, Klinik O. ____, (Suva-Nr. 296). Dr. med. P. ___ stellte in seinem Bericht die folgenden Diagnosen:

Belastungsintoleranz und schmerzhaft eingeschränkte Hüftgelenksbeweglichkeit links (DD: adhäsive Kapsulitis) mit bei · ursprünglich anteriorer Hüftgelenksinstabilität bei Pfannenanteversion links von 20° und Schenkelhalsantetorsion links von 35° (Arthro-MRI vom 8. August 2018) · St. n. Distorsion/Kontusion Hüfte links nach Sturz von Leiter am 3. März 2016 · im Rahmen der anterioren Instabilität dabei whs. Verletzung des Ligamentum capitis femoris · St. n. Hüft-Arthroskopie links mit Fovea-Plastik und femoraler Osteochondroplastie am 3. Mai 2016 · St. n. Re-Arthroskopie im September 2017 · Hüftabduktoren-Ansatztendinopathie links Weiter führte Dr. med. P.____ aus, zweieinhalb Jahre nach einem Sturz von einer Leiter auf die linke Hüfte leide der 35-jährige gelernte Verkäufer unter invalidisierenden Schmerzen, welche einerseits lateral peritrochantär, andererseits anterolateral angegeben würden. In der klinischen Untersuchung falle eine deutliche Differenz mit einem eingeschränkten Bewegungsumfang links vs. rechts auf. Basierend auf den anatomischen Gegebenheiten müsse eigentlich eine anteriore Instabilität vermutet werden, welche möglicherweise im Rahmen des beschriebenen Traumas dazu geführt habe, dass das Ligamentum capitis femoris geschädigt worden sei. Die Instabilität schein jedoch für die gegenwärtigen Beschwerden nicht verantwortlich zu sein, so würde er eher einen erhöhten Bewegungsumfang als einen erniedrigten Bewegungsumfang erwarten, sollte dies für die Schmerzen verantwortlich sein. Das Beschwerdebild erinnere letztlich an eine reaktive Kapsulitis, wobei diese am Hüftgelenk vergleichsweise selten sei. Des Weiteren sei auch eine symptomatische Labrum-Läsion denkbar. Zusätzlich zeige sich klinisch eine Abduktoren-Ansatztendinopathie der linken Hüfte. Um genauer zu unterscheiden zwischen intraartikulären und extraartikulären Schmerzurrsprüngen würde er eine diagnostisch-therapeutische Hüftinfiltration links empfehlen, wobei der Beschwerdeführer eine Stunde später nochmals genau zu untersuchen sei, um den diagnostischen Effekt sauber zu dokumentieren. Therapeutisch sei die Indikation für ein weiteres operatives Vorgehen sicherlich nur mit höchster Zurückhaltung zu stellen. Bei den chronifizierten Beschwerden seien seiner Ansicht nach die Chancen für eine namhafte Verbesserung als eher gering einzuschätzen. Sollte die erwähnte Infiltration bei ihnen gewünscht werden, so bitte Dr. med. P.____ um erneute Zuweisung. 4.19 Am 11. Februar 2019 wurde die empfohlene Hüftinfiltration (vgl. E. II. 4.18 hiervor) im Spital D.____ durchgeführt (vgl. Suva-Nr. 312). Im Sprechstundenbericht vom 21. März 2019 (Suva-Nr. 318) führte Dr. med. C.____ aus, der Beschwerdeführer habe sich zur klinischen Verlaufskontrolle nach Infiltration vorgestellt. Er berichte, dass er eine leichte Beschwerdebesserung nach Hüftinfiltration links vom 11. Februar 2019 bemerkt habe. VAS sei von sechs auf vier bis fünf gesunken für ca. drei Tage, im Anschluss seien die Schmerzen wieder äquivalent gewesen wie vor der Infiltration. Es sei zu keiner Schmerzexacerbation gekommen und auch zu keiner Schmerzabschwächung. Der Beschwerdeführer habe versucht, die Arbeit über die Beschwerdegegnerin zu vermehren und gehe aktuell zwei Stunden und 45 Minuten täglich arbeiten und wolle diesen Verlauf in den nächsten Wochen weiter ausbauen. Dem Beschwerdeführer werde die Fortführung der konservativen Therapie empfohlen und er werde sich in drei Monaten zur nächsten Verlaufskontrolle vorstellen. Die Arbeitsunfähigkeit zu 100 % sei weiterhin gegeben bis 30. Juni 2019. Im Sprechstundenbericht vom 26. Juni 2019 zur genannten Verlaufskontrolle (Suva-Nr. 332) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer berichte, dass sich keinerlei Änderungen der Symptomatik ergeben habe. Die Arbeitsstelle über die Invalidenversicherung (IV), welche er bis zu vier Stunden täglich begleitet habe, sei nun ausgelaufen und es werde eine neue Betätigung durch die IV gesucht. Ein Termin bei der

Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung des medizinischen Zustandes stehe aktuell noch aus und solle in den kommenden Wochen durchgeführt werden. In der Untersuchung zeige sich weiterhin die vorbestehend schmerzhafteste Region über dem Trochanter major und über der Abduktoren-Platte. Dem Beschwerdeführer werde empfohlen, die Bedarfsanalgesie mittels Optifen und Pantozol weiterzuführen sowie unbedingt die medizinische Trainingstherapie und Physiotherapie fortzuführen. Der Beschwerdeführer könne sich jederzeit melden zur Verlaufskontrolle, jedoch sei zunächst der Kontrolltermin bei den Kollegen der Beschwerdegegnerin abzuwarten. Die Arbeitsunfähigkeit von 100 % sei vorläufig weiterhin bis zum 4. August 2019 gegeben. 4.20 Am 16. Juli 2019 fand die kreisärztliche Untersuchung durch pract. med. M.____ statt (Suva-Nr. 334). Folgende Diagnosen lassen sich seinem Bericht entnehmen: Unklare Hüftschmerzen links mit/bei · Status nach Hüftarthroskopie links, partieller Synovektomie, Arthrolyse, sparsamer Pfannenrand-Trimmmung und Labrumdébridement am 5. September 2017 bei Arthrofibrose linke Hüfte mit degenerativer Labrumläsion bei verkalktem Labrum bei · St. n. Hüftarthroskopie links, Fovea-Plastik und femoraler Osteochondroplastie am 3. Mai 2016 bei · St. n. einem Hüftdistorsionstrauma links vom 3. März 2016 mit traumatischer Capitis femoris-Läsion bei femoroacetabulärer Impingementkonfiguration Weiter hielt pract. med. M.____ fest, im Vergleich mit der letzten kreisärztlichen Untersuchung vom 26. September 2018 bestehe subjektiv sowie objektiv keine Befund- / Beschwerdeänderung. Der Beschwerdeführer klagt nach wie vor über moderate Ruhebeschwerden im vorderen Bereich der linken Hüfte und unter Belastung spüre er dort eine gewisse Beschwerdezunahme. Er habe berichtet, gar keine lumbalen Beschwerden zu haben. Unter der Physiotherapie und MTT, welche er regelmässig durchführe, habe er über eine leichte Beschwerdelinderung berichtet. Der Beschwerdeführer nehme regelmässig Analgetika. Er fühle sich in seinen ADL's noch mässig eingeschränkt. Die heutige klinische Untersuchung zeige eine leicht eingeschränkte, endgradig schmerzhafteste Beweglichkeit des linken Hüftgelenkes in allen Ebenen. Klinisch bestünden leichte Druckdolenz über dem Trochanter major sowie positiver Stossschmerz in der linken Hüfte, ansonsten lägen keine andere Druckdolenz vor. Auch bestünden keine neurologischen Defizite. Es zeigten sich leichte Kraftdefizite im gesamten linken Bein bei keinen muskulären oder neurologischen oder angiologischen Defiziten. Im Bereich der BWS und LWS seien gar keine pathologischen Befunde vorhanden. Zur Frage, ob die geltend gemachten Hüftbeschwerden links mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch auf das Ereignis vom 3. März 2016 zurückzuführen seien, führt der Kreisarzt pract. med. M.____ aus, wie dem aktenmässigen Verlauf zu entnehmen sei, sei der Beschwerdeführer am 3. März 2016 beim Teppichaufhängen von einer Leiter gestürzt und auf die linke Hüfte gefallen. Er habe dabei eine Kontusion und zusätzlich auch eine Distorsion des linken Hüftgelenkes erlitten. Die zeitnah durchgeführte bildgebende Diagnostik (Arthro-MRI Hüftgelenk links vom 22. März 2016) weise auf zwei Pathologien hin: Einerseits zeige sich eine unfallkausale Partialruptur der Lig. capitis femoris, andererseits zeige sich eine nicht unfallkausale Impingementkonstellation vom CAM-Typ. Diese Befunde seien auch ausführlich im Bericht vom 8. November 2016 von Herrn Prof. F.____, Chefarzt der Klinik für Radiologie des G.____ in [...] bestätigt worden. Im weiteren Verlauf am 3. Mai 2016 sei eine Hüftgelenksarthroskopie links mit Fovea-Plastik (unfallkausal) sowie eine femorale Osteochondroplastie im Sinne einer Offset-Korrektur bei nicht unfallkausalem femoroacetabulärem Impingementsyndrom der linken Hüfte erfolgt. Im weiteren Verlauf habe sich keine namhafte Linderung der Hüftbeschwerden links gezeigt und die

durchgeführte konservative Therapie inkl. Hüftgelenkinfiltrationen seien erfolglos gewesen. Angesichts der persistierenden Beschwerden bei klinisch eindeutig coxogener Problematik sei am 5. September 2017 eine Hüftgelenkarthroskopie links mit partieller Synovektomie, Arthrolyse, sparsame Pfannenrandtrimmung und Labrumdébridement bei Arthrofibrose linke Hüfte mit degenerativer Labrumläsion bei verkalktem Labrum erfolgt. Wie dem Operationsbericht vom 5. September 2017 zu entnehmen sei, habe sich intraoperativ ein St. n. Fovea-Plastik mit teils narbigen Veränderungen gezeigt. Das restliche Ligament Capitis femoris sei allerdings noch gut erhalten gewesen. Ausserdem habe sich der Pfannenknorpel degenerativ verändert gezeigt. Die weiteren postoperativen klinischen Kontrollen im D. ___ würden auf keine namhafte Besserung der Hüftbeschwerden links hinweisen. Es seien auch zusätzliche Konsultationen im Sinne einer Zweitmeinung bei anderen orthopädischen Kliniken im L. ___ sowie auch in der O. ___ in [...] erfolgt. Wie den Berichten vom 22. August 2018 (L. ___) und dem Bericht vom 14. Dezember 2018 (O. ___) zu entnehmen sei, habe kein anatomisches Korrelat zu der Beschwerdesymptomatik ausgemacht werden können. Die Beschwerden des Beschwerdeführers seien stetig als unklare Hüftschmerzen links beschrieben worden. Am 8. August 2018 sei die letzte kernspintomographische Untersuchung des linken Hüftgelenkes erfolgt. Wie dem radiologischen Bericht vom 8. August 2018 zu entnehmen sei, habe sich kernspintomographisch ein superiorer anteriorer Labrumriss sowie Taillierungsstörung bei minimal pathologischem Alpha-Winkel links sowie ein postoperativer Knorpeldefekt des Acetabulums links gezeigt. Ansonsten bestünden keine anderen kernspintomographischen, pathologischen Befunde. Zusammenfassend sei festzustellen, dass aufgrund der heutigen klinischen Untersuchung, den stattgehabten multiplen konsiliarischen Untersuchungen sowie der zuletzt durchgeführten oben erwähnten kernspintomographischen Untersuchung vom 8. August 2018 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit die unfallkausale traumatische Lig. capitis femoris-Läsion im aktuell geltend gemachten Beschwerdebild des Beschwerdeführers keine Rolle mehr spiele. Aufgrund der oben zitierten medizinischen Dokumentation sowie aufgrund der vorliegenden bildgebenden Diagnostik seien die geltend gemachten Beschwerden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf die nicht traumatische Labrumläsion und Chondropathie des Acetabulums links bei St. n. femoroacetabulärem Impingement-Syndrom der linken Hüfte sowie wahrscheinlich auf noch restliche Symptomatik bei Hüftabduktoren-Ansatztendinopathie links zurückzuführen. Zusammenfassend sei festzustellen, dass im aktuellen Beschwerdebild des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit die unfallkausalen Folgen des Ereignisses vom 3. März 2016 im Sinne einer traumatischen Ligamentum capitis femoris-Läsion links keine Rolle mehr spielten. Aus unfallchirurgischer/versicherungsmedizinischer Sicht handle es sich aktuell um einen medizinisch stabilen Zustand und die heutige kreisärztliche Untersuchung könne als Abschlussuntersuchung angesehen werden. Von weiteren Behandlungen sei aus unfallchirurgischer Sicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Somit seien auch diesbezüglich keine weiteren Therapien indiziert. Bei weiterhin verbleibenden nicht unfallkausalen Beschwerden der linken Hüfte sei dem Beschwerdeführer eine weitere Diagnostik und Behandlung zulasten der zuständigen Krankenkasse empfohlen worden. Was die LWS-Beschwerden anbelangt, so führte der Kreisarzt pract. med. M. ___ aus, der Beschwerdeführer klage über keine LWS-Beschwerden. Die heutige klinische

Untersuchung weise auf keine pathologischen Befunde im Bereich der BWS und LWS hin. Die am 17. Mai 2017 durchgeführte MRI der LWS weise auf degenerative Discusprotrusionen LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 mit Kontakt zur Wurzel L5 rezessal beidseits ohne Wurzelkompression hin. Die Untersuchung sei damals zur weiteren Abklärung der unklaren Hüftschmerzen durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer habe nie LWS-Beschwerden geltend gemacht. Es sollte in einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden (sitzend, gehend und stehend) Tätigkeit ohne permanentes repetitives Besteigen von Leitern und Treppen sowie Laufen auf unebenem Gelände, ohne Gerüstarbeiten, ohne häufiges Einnehmen von Zwangshaltungen wie Kauern oder Knien, ohne Schläge und Vibrationen für die linke untere Extremität eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben seien. In Bezug auf einen allfälligen unfallbedingten Integritätsschaden führte der Kreisarzt aus, bei nur minimaler, beginnender Coxarthrose links bei nur leichter Einschränkung der Hüftgelenkbeweglichkeit links, erreiche der Integritätsschaden aktuell kein entschädigungspflichtiges Ausmass. Sofern es im weiteren Verlauf zu einer Zunahme der Coxarthrose links kommen sollte, so sei die Höhe der Integritätsentschädigung erneut zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen.

4.21 Am 7. August 2019 berichtete Dr. med. C.____ (Suva-Nr. 338), dass der Beschwerdeführer sich nochmals zur Verlaufskontrolle und Besprechung vorgestellt habe. Der Bericht des Kreisarztes liege nun vor, hier ergäben sich im Wesentlichen keine neuen Erkenntnisse. Die Hüftbeschwerden seien gesamthaft weiterhin nicht ganz klar. Die medizinische Trainingstherapie, welche der Beschwerdeführer nun seit sechs Wochen konsequent durchführe, scheine doch insgesamt zu helfen. Zu bemerken sei insbesondere, dass einerseits die Muskelkraft und andererseits auch die Hüftrotation sich bereits verbessert habe. Dementsprechend müsse dringend empfohlen werden, die medizinische Trainingstherapie weiter fortzuführen. Es sei eine erneute klinische Verlaufskontrolle mit differenzierter Untersuchung von Beweglichkeit, Funktion und Kraft in drei Monaten geplant.

4.22 Nachdem die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 9. Oktober 2019 in Aussicht gestellt hatte, ihre Leistungen per 30. Oktober 2019 einzustellen, da von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung der Unfallfolgen zu erwarten sei (Suva-Nr. 339), ergingen noch folgende medizinischen Berichte:

4.22.1 In seinem Bericht vom 6. November 2019 (Suva-Nr. 348) führte Dr. med. C.____ aus, anlässlich der Sprechstunde sei eine unveränderte Ausprägung präsent. Er verweise auf den Bericht des Kreisarztes vom 16. Juli 2019. Sehr fraglich sei für ihn allerdings, ob für den Beschwerdeführer auf dem Arbeitsmarkt eine realistische Chance bestehe, eine Arbeitstätigkeit mit den beschriebenen Einschränkungen überhaupt zu finden. Als zusätzliche Therapieoption biete er dem Beschwerdeführer eine Infiltrationsserie mit autologem Plasma/PRP an. Die genannten Infiltrationen Hüfte links intraartikulär mit ACP wurden jeweils am 25. November, 2. Dezember und 9. Dezember 2019 durchgeführt (vgl. Suva-Nrn. 352, 353 und 354). Am 19. Dezember 2019 berichtete Dr. med. C.____ (Suva-Nr. 357), dass der Beschwerdeführer sich nach erfolgter Infiltrationsserie nochmals in der Sprechstunde vorgestellt habe. Insgesamt habe die Schmerzsituation sich verglichen mit vorher etwas verbessert. Klinisch habe sich die Situation, ebenso wie die Schmerzsituation, verglichen mit dem Zustand vor der Infiltrationsserie, verbessert. Nun befürworte er eine Wiederaufnahme der Arbeitsfähigkeit. Dementsprechend plane er eine Arbeitsfähigkeit von 20 % ab 1. Januar 2020 vorläufig bis Ende März. Das weitere Procedere werde dann je nach Verlauf festgelegt.

4.22.2 In seinem Bericht vom 2. März 2020 führte Dr. med. C.____ aus (Suva-Nr. 360), die Arbeitsfähigkeit betrage weiterhin

80 %. Weiterhin sei davon auszugehen, dass die Beschwerden einerseits intraartikulärer Natur sind, aber auch muskulär getriggert würden, da auch Nachtschmerzen und nächtliches Muskelzittern auftreten würden. Als alternatives Analgetikum habe er dem Beschwerdeführer versuchsweise Metamizol-Tabletten mitgegeben. Der Beschwerdeführer werde sich in der kommenden Woche melden und berichten, wie sich der Schmerzverlauf gestalte. Gegebenenfalls könne Dr. med. C.____ zusätzlich eine Infiltration anbieten. 4.23 Dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. C.____ vom 30. Oktober 2020 (Beschwerdebeilage [BB] 5) an Dr. med. Q.____ ist zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer seit Jahren Hüftschmerzen persistierten, das MRI indessen weitestgehend unauffällig gewesen sei. Im SPECT-CT hätten sich doch interior / posteriore Osteophyten mit Gelenkspaltverschmälerung gezeigt. Der Beschwerdeführer sei aber doch noch zu jung für eine totalprothetische Versorgung, sofern noch Hoffnung auf Besserung mit konservativen Therapieansätzen bestehe. Hinsichtlich gelenkerhaltender operativer Massnahmen sehe Dr. med. C.____ kein Optimierungspotenzial mehr. Diverse Physiotherapien und Infiltrationen seien bereits letztendlich ohne Erfolg durchgeführt worden. Er bitte Dr. med. Q.____, den Beschwerdeführer für die Evaluation einer Schmerztherapie anzubieten. 5. 5.1 Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Entscheid in der Hauptsache auf die kreisärztliche Beurteilung von pract. med. M.____ vom 16. Juli 2019 (E. II. 4.18 hiervor). Es besteht kein Anlass, den Beweiswert dieser Beurteilung in Frage zu stellen. Der Kreisarzt pract. med. M.____ ist als Facharzt für Chirurgie kompetent, die vom Beschwerdeführer erlittenen Verletzungen und deren Folgen zu beurteilen. Er nahm die Vorakten zur Kenntnis (s. Suva-Nr. 334 S. 1 ff.), gab dem Beschwerdeführer Gelegenheit, seine subjektiven Beschwerden zu schildern (S. 6), führte eine eigene klinische Untersuchung durch (S. 6 f.) und begründete seine Schlussfolgerungen angemessen (S. 8 ff.). Das von ihm formulierte Zumutbarkeitsprofil für angepasste Tätigkeiten trägt den festgestellten Beeinträchtigungen Rechnung. Es bestehen auch keine geringen Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung. Dafür bedürfte es abweichender Beurteilungen durch andere Fachärzte, welche nachvollziehbar begründet sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_168/2020 vom 17. März 2021 E. 5.2.2). Daran fehlt es hier aber, weil die behandelnden Ärzte keine andere Beurteilung als der Kreisarzt abgeben haben (s. E. II. 5.3 + 5.4 hiernach). 5.2 Der Beschwerdeführer beruft sich auf den Bericht der Eingliederungsstätte R.____ vom 11. Juni 2019 betreffend das dort durchgeführte, von der IV-Stelle des Kantons Solothurn veranlasste Belastbarkeitstraining (Suva-Nr. 326) und bringt vor, dieser Bericht stehe im Gegensatz zu der von der Beschwerdegegnerin propagierten 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit und die Beschwerdegegnerin habe diesen Bericht bei ihrer Beurteilung zu Unrecht nicht gewürdigt. Die Beschwerdegegnerin habe keine klärende medizinische Stellungnahme eingeholt und sich damit begnügt, allein auf die Einschätzung ihres Kreisarztes pract. med. M.____ vom 16. Juli 2019 abzustellen (Beschwerde Ziff. 20 S. 8 f.; A.S. 23 f.). Im genannten Bericht wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe vom 3. Dezember 2018 bis zum 3. März 2019 das Belastbarkeitstraining in der Produktionslogistik absolviert und dort ein stabiles Pensum von 2,5 Stunden an vier Tagen erreicht. Um einen weiteren Aufbau anzustreben und, weil sich der Beschwerdeführer motiviert gezeigt habe, sei das Belastbarkeitstraining um weitere drei Monate verlängert worden. Das stabil erreichte Pensum des Beschwerdeführers am Ende des Zeitraums der Berichterstattung habe 37.5 % betragen. Er habe leichte Produktions- und Konfektionierungsaufgaben ausgeführt. Er habe hauptsächlich sitzend, gelegentlich stehend und gehend gearbeitet. Dabei habe er gehumpelt

und sich langsam bewegt. Die Arbeit sei ihm aufgrund von Schmerzen in der Hüfte, Müdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten schwergefallen. Zum Zeitpunkt vom Massnahmenende sei eine Vermittlung auf dem ersten Arbeitsmarkt eher unrealistisch anzusehen. Der Beschwerdeführer habe die vier Stunden nur mit Mühe und Zusatzpausen erreicht. Ob er diese auch über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten könne, habe nicht abgeklärt werden können. Die Leistung sei tief gewesen (Suva-Nr. 326). Nach der Rechtsprechung obliegt die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin, nicht den Fachleuten der Berufsberatung/beruflichen Eingliederung. Mit Blick auf die rechtsprechungsgemäss enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung ist jedoch einer konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärung nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abzuspochen. Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz der versicherten Person effektiv realisiert wurde und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und ist das Einholen einer klärenden medizinischen Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar (Urteil des Bundesgerichts 8C_563/2018 vom 14. November 2018 E. 6.1.1 mit Hinweis). Diese Konstellation liegt jedoch nicht vor. Der Bericht der Eingliederungsstätte basiert nicht auf einer medizinischen Einschätzung, sondern vielmehr auf den Angaben des Beschwerdeführers und dem durch die Fachperson gewonnenen Eindruck. Sodann hatte die im Auftrag der Invalidenversicherung durchgeführte berufliche Abklärung nicht zwischen unfallbedingten und unfallfremden Leiden zu differenzieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_764/2011 vom 2. Dezember 2011 E. 5.2). Der Bericht der Eingliederungsstätte ist nicht geeignet, die medizinische Beurteilung des Kreisarztes pract. med. M. ____, welche sich wie dargelegt mit denjenigen der konsultierten Spezialärzte vereinbaren lässt, infrage zu stellen.

5.3 Der Beschwerdeführer rügt im Beschwerdeverfahren wie schon in seiner Einsprache, dass der Fallabschluss verfrüht erfolgt sei (Beschwerde Ziff. 22 S. 9 f.; A.S. 24 f.). Der Kreisarzt hielt indes fest, von weiteren Behandlungen sei keine relevante Verbesserung mehr zu erwarten. Der Beschwerdeführer stellt dem die späteren Berichte von Dr. med. C. ____ entgegen, welcher einerseits die Weiterführung der Trainingstherapie empfohlen (vgl. E. II. 4.21 hiervor), dem Beschwerdeführer eine Infiltrationsserie angeboten (vgl. E. II. 4.22.1 hiervor) und ihm ein alternatives Analgetikum mitgegeben hat (vgl. E. 4.22.2 hiervor). 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. Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C_674/2019 vom 3. Dezember 2019 E. 4.1 mit Hinweisen). Der Kreisarzt pract. med. M. ____ führte diesbezüglich aus, im aktuellen Beschwerdebild des Beschwerdeführers spielten die unfallkausalen Folgen des Ereignisses vom 3. März 2016 im Sinne einer traumatischen Ligamentum capitis femoris-Läsion keine Rolle mehr (vgl. E. II. 4.20 hiervor). Im Übrigen waren auch die weiteren involvierten Ärzte Dr. med. P. ____ und Dr. med. C. ____ der Ansicht, dass das Beschwerdebild nicht mehr im Zusammenhang mit der traumatischen Ligamentum capitis femoris-Läsion erklärbar sei (vgl. E. II. 4.18 und 4.21 hiervor). Selbst wenn davon ausgegangen würde, dass die unfallkausalen Folgen das

Beschwerdebild des Beschwerdeführers noch prägen, ist mit Blick auf die Berichte des behandelnden Arztes Dr. med. C.____ nicht anzunehmen, dass von weiteren medizinischen Massnahmen über den 30. Oktober 2019 hinaus prospektiv noch eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustands mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten gewesen wäre. Aus seinem Bericht vom 19. Dezember 2019 (vgl. E. II. 4.22.1 hiervor) ergibt sich zwar, dass der Beschwerdeführer die Arbeitsfähigkeit unter der bisherigen Behandlung ab dem 1. Januar 2020 auf 20 % erhöhen konnte. Wie von der Beschwerdegegnerin zu Recht erkannt wurde (vgl. Beschwerdeantwort Ziff. 5.5 S. 3; A.S. 46), kann hieraus nicht eine auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers geschlossen werden, zumal er in der Beschwerdeschrift selber festhält, es sei ihm eine 20%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden, um ihm eine Anmeldung bei der Arbeitslosenkasse zu ermöglichen (Beschwerde Ziff. 16 S. 6; A.S. 21). Dass der Beschwerdeführer von weiterer medizinischer Trainingstherapie profitieren kann, genügt im Übrigen – analog zur Physiotherapie – praxisgemäss nicht, um den Fallabschluss hinauszuzögern. Ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische Behandlungen gelten ebenfalls nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C_674/2019 vom 3. Dezember 2019 E. 4.3 mit Hinweis). Dies hat sich in der Folge denn auch bestätigt. So bestätigte Dr. med. C.____ in seinem Bericht vom 30. Oktober 2020, diverse Physiotherapien und Infiltrationen seien bereits letztendlich ohne Erfolg durchgeführt worden (vgl. E. II. 4.23 hiervor). Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, gemäss Dr. med. C.____ bestehe Hoffnung auf Besserung mit konservativen Therapieansätzen, ist dem nicht zu folgen. Dr. med. C.____ hielt vielmehr fest, der Beschwerdeführer sei noch zu jung für eine totalprothetische Versorgung, sofern noch Hoffnung auf Besserung mit konservativen Therapieansätzen bestehe (vgl. E. II. 4.23 hiervor). Nach dem Gesagten ist gestützt auf die beweiskräftige Beurteilung des Kreisarztes davon auszugehen, dass spätestens per 31. Oktober 2019 von der Fortsetzung einer ärztlichen Behandlung der somatischen Unfallfolgen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten war (Art. 19 Abs. 1 UVG). Der Fallabschluss mit Einstellung der Taggeldleistung und der Heilbehandlung ist damit zu Recht erfolgt. 5.4 Soweit der Beschwerdeführer vorbringen lässt, die Frage der Kausalität zwischen dem Unfall und der Impingementproblematik müsse fachärztlich abgeklärt werden (Beschwerde Ziff. 24 S. 11 f.; A.S. 26 f.), ist dem nicht zu folgen. So führte bereits Prof. Dr. med. F.____, Chefarzt im Spital G.____ in [...], in seinem radiologischen Fachgutachten vom 8. November 2016 aus, nach seiner Beurteilung lägen in dieser Untersuchung zwei unabhängige Pathologien vor. Eine Partialruptur des Ligamentum capitis femoris, welche im Zusammenhang mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das stattgehabte Distorsionsereignis vom 2. März 2016 (recte wohl: 3. März 2016) kausal bedingt sei. Die Impingement Konstellation vom CAM-Typ sei ein davon unabhängiger Befund und müsse separat davon betrachtet werden. Selbst der behandelnde Arzt Dr. med. C.____ führte in seinem Operationsbericht vom 3. Mai 2016 aus, die weiteren Abklärungen hätten den Verdacht auf eine Ligamentum capitis femoris-Läsion bei zugrundeliegender Impingement-Konstellation ergeben (Suva-Nr. 23). In seinem ärztlichen Zwischenbericht vom 4. Juli 2016 (vgl. E. II. 4.3 hiervor) hielt er sodann fest, der Kausalzusammenhang bei vorliegender Ligamentum capitis femoris-Läsion sei gegeben. Die knöchernen Impingement-Konstellation scheine aus seiner Sicht nur ein Nebenschauplatz der

Gesamtproblematik gewesen zu sein. Es liegen keine davon abweichenden ärztlichen Stellungnahmen vor (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.). Ein Administrativgutachten war unter den gegebenen Umständen für die unfallversicherungsrechtliche Beurteilung nicht erforderlich, weil die unfallkausalen Befunde abgegrenzt werden können und der Beschwerdeführer bereits von qualifizierten Spezialärzten untersucht worden war.

E. 10

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

10.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Yalcin

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.