

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 2. September 2014 abgewiesen (8C_454/2014).

200 13 924 UV
FUR/REL/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. Mai 2014

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichterin Stirnimann
Gerichtsschreiberin Renz

A._____ **B.**_____

vertreten durch Rechtsanwalt B._____

Beschwerdeführer



gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 20. September 2013

Sachverhalt:

A.

Der 1974 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war seit dem 24. Januar 2011 bei der ... als ... angestellt und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt SUVA (SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert (vgl. Akten der SUVA [act. II] 1).

Am 26. Januar 2011 erlitt er bei seiner Arbeit ... einen Unfall, indem er auf dem mit Schnee bedeckten Gerüst ausrutschte und sich eine Knieprellung zuzog (vgl. act. II 1 Ziff. 6). Am 25. März 2011 wurde er durch die Ärzte des Spitals K. _____ wegen einer Schmerzzunahme am linken Knie untersucht und es wurde ihm eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 1. April 2011 attestiert (act. II 14). Aufgrund der am 4. Mai 2011 diagnostizierten medialen Meniskusläsion (act. II 28) wurde am 27. Mai 2011 eine Kniearthroskopie links durchgeführt (act. II 26). Die SUVA holte dazu medizinische Unterlagen ein und erbrachte verschiedene Leistungen (vgl. act. II 6, act. II 7 und act. II 44).

Weil die Kniebeschwerden auch weiterhin persistierten wurde der Beschwerdeführer am 25. November 2011 (act. II 61) und am 26. Juni 2012 (Akten der SUVA [act. IIA] 102) erneut operiert. Beim Besuch in seinem Heimatland über den Jahreswechsel 2012/2013 wurde beim Versicherten nach Auftreten von akustischen Halluzinationen bei einem Hirn-MRI eine Temporalraumforderung links festgestellt (act. IIA 141). Nach seiner Rückkehr in die Schweiz im Februar 2013 wurde neben der Knieverletzung auch eine angeblich am Unfalldatum vom 26. Januar 2011 erfolgte, frontale Hirnkontusion diagnostiziert (act. IIA 146). In der Folge wurden die Akten der Neurologin der Versicherungsmedizin der SUVA zur Beurteilung vorgelegt. Gestützt auf deren Bericht vom 16. April 2013 (act. IIA 167) und auf die beim behandelnden Psychiater eingeholten Unterlagen (act. IIA 176) verneinte die SUVA mit Verfügung vom 7. Juni 2013 (act. IIA 181) die Kausalität zwischen dem Unfall vom 26. Januar 2011 und den noch bestehen-

den akustischen Halluzinationen und der frontalen Enzephalomalazie, weshalb sie diesbezüglich keine Leistungen erbringen könne.

Dagegen erhob der Versicherte am 17. Juni 2013 (act. IIA 182) bzw. am 15. August 2013 (act. IIA 212) – vertreten durch die L. _____ – unter Hinweis auf die Einsprachen des behandelnden Psychiaters vom 27. Juni 2013 (act. II 192) und des behandelnden Hausarztes vom 5. Juli 2013 (act. IIA 197) Einsprache und beantragte sinngemäss die Erbringung von Leistungen für die geltend gemachten akustischen Halluzinationen und die frontale Enzephalomalazie. Die SUVA wies diese Einsprache mit Entscheid vom 20. September 2013 ab (act. IIA 221).

B.

Dagegen erhob der Versicherte – vertreten durch Rechtsanwalt B. _____ – am 21. Oktober 2013 Beschwerde. Er beantragt die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids und die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz. Es sei festzustellen, dass die Vorinstanz bezüglich ihrer Leistungspflicht hinsichtlich der psychischen Folgen des Unfalls vom 26. Januar 2011 – ausser den akustischen Halluzinationen, sofern diese nicht physischer Natur seien – noch keine Verfügung erlassen habe.

In der Beschwerdeantwort vom 3. Februar 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Am 6. Mai 2014 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 (VRPG; BSG 155.21) statt.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 20. September 2013 (act. IIA 221). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Unfallversicherung bezüglich der strukturellen Hirnveränderungen und dabei insbesondere, ob die damit zusammenhängenden Beschwerden – hauptsächlich die geltend gemachten akustischen Halluzinationen – in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 26. Januar 2011 stehen.

Für weitere Behandlungen der Kniebeschwerden, welche sich der Beschwerdeführer beim Unfallereignis vom 26. Januar 2011 zugezogen hatte (insbesondere eine erneute Operation [vgl. act. IIA 220]), anerkennt die Beschwerdegegnerin ihre weitere Leistungspflicht (act. IIA 205). Hingegen hat die Beschwerdegegnerin bis anhin noch nicht über die ebenfalls geltend gemachten psychischen Beschwerden, insbesondere die Depression entschieden, sondern wird zu gegebener Zeit beim Fallabschluss darüber befinden (vgl. Beschwerdeantwort vom 3. Februar 2014 S. 3 Ziff. 6). Ein allfälliger Anspruch auf diesbezügliche Leistungen ist deshalb nicht Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens. Auf den in Rechtsbegehren 2 gestellten Feststellungsantrag ist deshalb nicht einzutreten.

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

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

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

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

2.3 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

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

2.4 Zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen gehören sodann Umstände, ohne die die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung ist also selbst dann leistungs begründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts "conditio sine qua non" war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (SVR 2012 UV Nr. 8 S. 29 E. 4.2.1).

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

2.6 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

3.

3.1 Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass der Beschwerdeführer am 26. Januar 2011 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl.

E. 2.1 vorstehend) und nach diesem Ereignis Beschwerden am linken Knie aufgetreten sind. Die Beschwerdegegnerin hat denn diesbezüglich auch die natürliche Kausalität anerkannt und entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Die entsprechenden zahlreichen medizinischen Unterlagen hierzu werden in der Folge nur soweit die gesundheitlichen Einschränkungen im Zusammenhang mit den strukturellen Hirnveränderungen betreffend aufgeführt.

Umstritten ist hingegen, ob der Beschwerdeführer – basierend auf dem besagten Unfall – auch einen Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung für die erstmals knapp zwei Jahre nach dem hier zur Beurteilung stehenden Unfall festgestellten strukturellen Hirnveränderungen (vgl. act. IIA 139, act. IIA 141) hat. Dabei ist zu prüfen, ob die geklagten gesundheitlichen Einschränkungen bezüglich der Auffälligkeiten im MRI vom 20. Februar 2013 (act. IIA 147) in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 26. Januar 2011 stehen. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

3.1.1 Prof. Dr. med. C. _____, Facharzt für Chirurgie FMH, und die Assistenzärztin Dr. med. D. _____ des Spitals K. _____, hielten in ihrem Bericht vom 28. März 2011 (act. II 14) die Diagnose einer Knie-distorsion links fest. Der Beschwerdeführer sei wegen eines Bagateltraumas am 25. März 2011 auf der Notfallstation untersucht worden und zuvor bereits wegen einer ähnlichen Symptomatik dort gewesen. Der genaue Trauma-hergang sei nicht erhebbar. Für die Zeit vom 25. März bis zum 1. April 2011 betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 % (S. 2).

3.1.2 Die Ärzte des Spitals M. _____ im Land N. _____, diagnostizierten in ihrem neurologischen Bericht vom 25. Januar 2013 (act. IIA 139) eine organische schizophrene Störung beim Befund einer psychotischen Episode aus wahrscheinlich organischem Grund, einer posttraumatischen Enzephalomalazie unteren Grades in der linken Hälfte des Stirnlappens unter dem Frontal-Horn und einer wahrscheinlich expansiven Verletzung temporärer Windung oberhalb links. Zusätzlich hielten sie eine Überdosis an Tramadol als zusätzlicher Faktor der Dekompensation fest (S. 3).

3.1.3 Im „Krankenhausentlassungsbericht“ vom 30. Januar 2013 (act. IIA 141) hielt der zuständige Arzt bei der Entlassung aus dem Spital M. _____ die Hauptdiagnose einer Temporalraumforderung links, sowie die Nebendiagnosen einer posttraumatischen frontalen Enzephalomalazie links und eines psychotischen Vorkommnisses möglich organischen Ursprunges und Überdosierung von Tramadol als Faktor von zusätzlicher Dekompensation fest.

3.1.4 Der behandelnde Hausarzt, Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt in seinem Zwischenbericht vom 26. Februar 2013 (act. IIA 146) die Diagnose einer schweren Knieverletzung mit Status nach viermaliger Operation mit persistierenden Schmerzen und die einer Commotio cerebri/Hirnkontusion frontal am 26. Januar 2011 (erst jetzt diagnostiziert) fest (Ziff. 1). Unter „Bemerkungen“ führte es zudem aus, dass die Hirnverletzung eindeutig am 26. Januar 2011 erfolgt sei (Ziff. 5).

3.1.5 Im Bericht vom 21. Februar 2013 zum Schädel-MRI vom 20. Februar 2013 (act. IIA 147) hielt Dr. med. F. _____, Facharzt für Radiologie FMH, eine frontal-basale Darstellung links eines ca. 2 x 1,6 x 1cm grossen Areals mit subcortikalen, gliotischen Veränderungen, gut vereinbar mit narbigem posttraumatischem oder postoperativen Veränderungen fest. Der restliche MR-tomographische Befund des Schädels sei regelrecht und es bestehe kein Nachweis einer aktuellen intrakraniellen Raumforderung.

3.1.6 Dr. med. G. _____, Fachärztin für Neurologie am Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, hielt in ihrer neurologischen Beurteilung vom 16. April 2014 (act. IIA 167) fest, dass die im Januar 2013 erstmals dokumentierte psychiatrische Symptomatik und die Auffälligkeiten in der Magnetresonanztomographie des Kopfes vom 20. Februar 2013 (act. IIA 147) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Zusammenhang zu der Verletzung des Knies vom 26. Januar 2011 ständen (S. 5). Ein Zusammenhang zwischen der psychiatrischen Symptomatik und der Medikation sei vorstellbar, jedoch durch die vorliegenden ärztlichen Berichte nicht belegt resp. nachvollziehbar zu begründen. Bei der Läsion fronto-basal links könne es sich um eine alte traumatische Läsion im Sinne einer Contre-Coup-Blutung handeln (S. 4). Sie sei in ihrer Darstellung nicht uneingeschränkt typisch für eine Verletzungsfolge und solle es

sich um eine persistierende strukturelle Läsion nach einer traumatischen Hirnverletzung handeln, könne das zugrundeliegende Ereignis kaum banal gewesen sein und die Akutphase ohne Symptome verlaufen sein. Wesentlich sei, dass die strukturellen Hirnveränderungen mit allfällig aktueller Hirnfunktionsstörung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 26. Januar 2011 oder auch 25. März 2012 (recte: 25. März 2011) stehen. Im Kontext mit diesen beiden Ereignissen handle es sich um einen Zufallsbefund.

3.1.7 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seinem Bericht vom 17. Mai 2013 (act. IIA 176) die Diagnose einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.2) und einer psychotischen Störung mit polymorphen Symptomen nach chronischer Intoxikation mit Tramadol (ICD-10: F19.53) fest und führte aus, dass der Beschwerdeführer seit dem 11. Dezember 2012 bei ihm in psychiatrischer Behandlung sei. Anlässlich seiner ersten Konsultation sei der Beschwerdeführer sehr ängstlich gewesen, habe sich auf der Strasse beobachtet gefühlt und hätte Stimmen gehört, die ihn abgewertet hätten. Eine latente Suizidabsicht habe bestanden und der Beschwerdeführer habe exzessiv Tramal konsumiert, welches ihm gegen seine Schmerzen verschrieben worden sei. Für eine unbestimmte Zeit sei er seit dem 11. Dezember 2012 zu 100 % arbeitsunfähig.

3.1.8 In seinem Einwand vom 27. Juni 2013 (act. IIA 192) gegen die Verfügung vom 7. Juni 2013 (act. IIA 181) führte Dr. med. H._____ aus, dass die von ihm diagnostizierte schwere Depression mit psychotischen Symptomen eine Nebenerscheinung der negativen Entwicklung des Knieunfalles vom 26. Januar 2011 und der nicht erfolgreichen Operationen, der anhaltenden Arbeitsunfähigkeit und der chronischen Schmerzen sei. Vor dem Unfall habe der Beschwerdeführer nie an psychiatrischen Beschwerden gelitten und seit dem Unfall scheine er neurologische Beschwerden zu zeigen. Im Bericht des Spitals M._____ (act. II 141) sei von einer potentiell posttraumatischen Enzephalomalazie fronto-basal die Rede und der Beschwerdeführer könne sich an kein anderes Traumaereignis vor dem Unfall vom 26. Januar 2011 erinnern. Deshalb gehe der Psychiater davon

aus, dass die psychiatrischen Beschwerde auf diesen Unfall zurückzuführen seien.

3.1.9 Der behandelnde Hausarzt Dr. med. E. _____ hielt in seinem Einwand vom 5. Juli 2013 (act. IIA 197) gegen die Verfügung vom 7. Juni 2013 (act. IIA 181) ebenfalls fest, dass das beim Beschwerdeführer aufgrund von Wesensveränderungen durchgeführten MRI posttraumatische Veränderungen fronto-basal gezeigt habe, ohne dass er sich an einen anderen als den im Januar 2011 erlittenen Unfall erinnern könne. Deswegen sei auch seines Erachtens die psychische Erkrankung als direkte Folge des im Januar 2011 erlittenen Unfalles zu werten.

3.1.10 Die Fachärzte am Spital O. _____, Prof. Dr. med. J. _____, Facharzt für Neurologie FMH, und Dr. med. I. _____, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 14. August 2013 (act. IIA 218) einen Verdacht auf strukturelle Epilepsie mit/bei klinischem Verdacht auf Frontallappenanfälle, einem EEG ohne Nachweis von epilepsietypischen Potentialen, einem Status nach Contusio cerebri nach Sturz auf Glatteis am 26. Januar 2011 und einem MRI Schädel mit Läsion fronto-basal links, am ehesten posttraumatisch, raumverlierend. Bis zum Beweis des Gegenteils müsse an eine strukturelle Epilepsie nach Contusio cerebri gedacht werden.

3.2

3.2.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizi-

nischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 232 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in dem hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 20. September 2013 (act. IIA 221) hauptsächlich auf den Bericht der Neurologin der Versicherungsmedizin vom 16. April 2013 (act. IIA 167) gestützt. Dieser Aktenbericht der Neurologin erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiavor). Dr. med. G._____ hat gestützt auf die medizinischen Akten einleuchtend und nachvollziehbar begründet, weshalb die im Januar/Februar 2013 im MRI festgestellten Auffälligkeiten des Gehirns mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht im Zusammenhang mit den Knieverletzungen des Unfallereignisses vom 26. Januar 2011 stehen. Dass die SUVA-Ärztin keine eigene Untersuchung durchgeführt hat, schadet nicht, da die Voraussetzungen für einen Aktenbericht erfüllt sind, insbesondere sind Anamnese und Verlauf wie auch die Befunde des MRI ausführlich in den Akten dokumentiert (vgl. E. 3.2.2 hiavor). Dr. med. G._____ führt überzeugend und nachvollziehbar aus, dass in den zahlreichen echtzeitlichen medizinischen Dokumenten keinerlei Hinweise zu finden seien, wonach es im Rahmen des hier zu beurteilenden Unfalles vom 26. Januar 2011 zu einer Mitbeteiligung des Kopfes resp. einer Kopfverletzung gekommen sei (S. 4). In keinem Zeitpunkt sei die Diagnose einer leichten traumatischen Hirnverletzung gestellt oder ein diesbezüglicher Verdacht formuliert worden. Ebenfalls legt sie

nachvollziehbar dar, dass auch im Rahmen der operativen Eingriffe am linken Knie, die in Spitalanästhesie erfolgt seien, keinerlei Hinweise dokumentiert wurden, die auf eine Hirnfunktionsstörung hinweisen würden. Zudem sei der Bericht des Spitals M. _____, in welchem der vorliegende Befund bei der durchgeführten bildgebenden Diagnostik zum ersten Mal dokumentiert worden ist (act. IIA 139), nicht frei von Zweifeln, da er widersprüchlich und nicht zwanglos nachvollziehbar sei, wenn differentialdiagnostisch offenbar sowohl posttraumatische Veränderungen, wie auch ein Tumor in Erwägung gezogen worden seien.

Die überzeugende Beurteilung der SUVA-Ärztin nicht in Zweifel zu ziehen vermag schliesslich der Bericht der Dres. med. J. _____ und I. _____ des Spitals O. _____ vom 14. August 2013 (act. IIA 218): in diesem Bericht gehen die Fachärzte – genau wie die Ärzte im Austrittsbericht des Spitals M. _____ vom 30. Januar 2013 (act. IIA 141) – fälschlicherweise davon aus, dass es beim hier zu beurteilenden Unfall vom 26. Januar 2011 zu einem Kopfaufprall mit einer Contusio cerebri, bzw. einem unkomplizierten Schädel-Hirntrauma gekommen sei. Dass ein solcher Kopfanprall stattgefunden hat, wird jedoch in den echtzeitlichen Dokumenten gerade nicht dokumentiert (vgl. z.B. act. II 1 oder act. II 14). Wenn die Neurologin schliesslich ausführt, dass sich die im MRI vom 20. Februar 2013 (act. IIA 147) festgestellten Läsionen nicht uneingeschränkt als typisch für eine Verletzungsfolge darstellten und dass das zugrundeliegende Ereignis – sollte es sich dabei um eine persistierende strukturelle Läsion nach einer traumatischen Hirnverletzung handeln – kaum banal gewesen und die Akutphase kaum ohne Symptome verlaufen sein könne, erscheint dies nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer hat sich nach seiner ersten Kniekontusion vom 26. Januar 2011 hingegen nicht einmal in ärztliche Behandlung begeben, sondern hat dies erst getan, als er bei einem zweiten, ähnlichen Vorfall am 25. März 2011 eine Kniedistorsion links bzw. ein Verstärkung der Schmerzen erlitten hat (act. II 14). Bis zum Entdecken der strukturellen Hirnveränderungen – immerhin knapp zwei Jahre nach dem massgeblichen Unfall vom 26. Januar 2011 – wird in den Akten mit keinem Wort erwähnt, dass der Beschwerdeführer beim bzw. nach dem Ausrutschen auf dem mit Schnee bedeckten Gerüst ein anderes Körperteil als sein Knie angeschlagen hätte. Es kann deshalb nicht davon ausgegangen werden,

dass ein Kopfanstoss oder – wie in der Beschwerde vom 21. Oktober 2013 (S. 3 Art. 2) ausgeführt – gar ein Bewusstseinsverlust und nachfolgende Bewusstseinsstörungen stattgefunden hätten. Auch bei den mehrmals dargelegten Kommunikationsschwierigkeiten, weil der Beschwerdeführer weder ausreichend Deutsch noch Französisch sprechen konnte, hätte dieser auf mögliche Symptome im Zusammenhang mit einem Kopfanstoss hinweisen können und wären diese untersucht worden.

3.4 Nach dem hiervor Ausgeführten ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die geklagten akustischen Halluzinationen und die frontale Enzephalomalazie vom Unfallereignis am 26. Januar 2011 herrühren, weshalb der natürliche Kausalzusammenhang diesbezüglich zu verneinen ist. Wie die Beschwerdegegnerin sodann in ihrer Beschwerdeantwort vom 3. Februar 2014 (S. 9 f. E. 7.7) zutreffend ausführt, kann bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139). Die akustischen Halluzinationen wären damit – selbst wenn sie nicht auf die strukturelle Hirnveränderung zurückzuführen wären – nicht adäquat kausal zum Unfall vom 26. Januar 2011.

4.

Ist somit keine Mitbeteiligung des Kopfes resp. keine Kopfverletzung anlässlich des Unfalles vom 26. Januar 2011 erstellt und fehlt es damit wie vorliegend beim Beschwerdeführer an der Kausalität zwischen den Beschwerden im Zusammenhang mit den strukturellen Hirnveränderungen (inkl. den akustischen Halluzinationen) und dem zu beurteilenden Unfall, ist jegliche diesbezügliche Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ausgeschlossen. Nach dem Dargelegten ist die mit Einspracheentscheid vom

20. September 2013 (act. IIA 221) bestätigte Verneinung der Leistungspflicht vom 7. Juni 2013 (act. IIA 181) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

5.

5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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