

200 17 17 UV
SCP/FRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 19. Mai 2017

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 29. November 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1974 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Am 22. November 2013 ging bei der Suva eine Schadenmeldung ein, gemäss welcher der Versicherte am 21. November 2013 während der Arbeit auf der ... im Schnee ausgerutscht und mit dem Knie auf den Boden gefallen ist. Als Verletzung wurde eine Prellung des linken Knies angegeben (Akten der Suva, Antwortbeilage [AB] 1). Daraufhin holte die Suva medizinische Unterlagen ein und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld für das Knieleiden wie auch für das einige Wochen nach dem Unfall gemeldete Rückenleiden. Der Versicherte wurde am 23. Oktober 2014 und am 2. April 2015 am Knie operiert (AB 75 und 102) und mehrfach kreisärztlich untersucht und beurteilt (AB 60; 126; 168). Mit Verfügung vom 16. Februar 2016 (AB 172) verfügte die Suva die Einstellung der Versicherungsleistungen per 22. Februar 2016, dies im Wesentlichen mit der Begründung, dass die bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien. Mit Entscheid vom 29. November 2016 (AB 206) wies sie die Einsprache des Versicherten (AB 201), vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, ab.

B.

Dagegen erhob der Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, mit Eingabe vom 6. Januar 2017 Beschwerde. Er beantragt Folgendes:

Der Einspracheentscheid vom 29. November 2016 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer über den 22. Februar 2016 hinaus die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen zu erbringen.

-unter Kosten- und Entschädigungsfolgen-

Mit Beschwerdeantwort vom 12. April 2017 schliesst die Beschwerdegegenerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 29. November 2016 (AB 206). Streitig und zu prüfen ist, ob über den 22. Februar 2016 hinaus ein Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung besteht und dabei insbesondere, ob die weiterhin geklagten Rücken- und Kniebeschwerden links in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 21. November 2013 stehen.

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

Das Unfallereignis fand am 21. November 2013 (AB 1) statt, womit auf den vorliegenden Fall die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Rechtslage zur Anwendung gelangt.

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.3 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).

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

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

2.3.2 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht

nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

2.3.3 Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxisgemäss auch für Re-zidive und allfällige Operationen aufzukommen (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 2 E. 2.3).

Ist die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach dem derzeitigen medizinischen Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss; eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 2 E. 2.3.1 und 2.3.2).

2.3.4 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustan-

des auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine) erreicht ist (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1, 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

3.

3.1 Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer am 21. November 2013 einen Unfall im Rechtssinne erlitten (vgl. E. 2.2 hiervor) und sich dabei eine Knie-distorsion links zugezogen hat. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Umstritten ist hingegen, ob der Beschwerdeführer – basierend auf dem besagten Unfall – über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Einstellung per 22. Februar 2016 hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei ist zu prüfen, ob die anhaltend geklagten Knie- und Rückenbeschwerden in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 21. November 2013 stehen. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

3.1.1 Im Rahmen der Erstkonsultation vom 21. November 2013 (AB 8) diagnostizierte Dr. med. C._____, Assistenzarzt des Spitals D._____, eine Knie-distorsion links (keine ossäre Läsion; klinisch Innenbandläsion, differentialdiagnostisch Ruptur vorderes Kreuzband). Er führte aus, der Beschwerdeführer erscheine auf der Notfallstation, nachdem er

auf der ... das linke Knie verdreht habe. Er sei ausgerutscht, der Trauma-mechanismus sei nicht ganz klar.

3.1.2 Im Bericht der Orthopädischen Sprechstunde des Spitals D._____ vom 21. Februar 2014 (AB 33) diagnostizierten die Ärzte einen ausgedehnten horizontalen Einriss Hinterhorn Innenmeniskus bis Pas Intermedia Knie links sowie Zerrung MCL (Mediales Collaterales Ligament) Knie links nach Arbeitsunfall mit Sturz aufs Gesäss und Distorsion Knie links mit einem Verdacht auf eine traumatische Bandscheibenläsion L4/5 und L5/S1 mit Kontakt zu den linksseitigen Wurzeln und Radikulopathie S1 links ohne motorische Ausfälle. Aktuell gebe der Beschwerdeführer an, dass die Kniebeschwerden eigentlich nicht mehr im Vordergrund stünden, sondern er massiv unter den Rückenbeschwerden leide. Daher würden sie nun erneut einen Termin zur Infiltration an der Wirbelsäule vereinbaren.

3.1.3 Die Ärzte des Spitals E._____ diagnostizierten im Bericht vom 26. März 2014 (AB 45) ein ISG-Syndrom beidseits linksbetont sowie eine diskrete beginnende Degeneration der LWS zwischen L3 und S1. Seit dem Sturz auf das Gesäss bestünden beim Beschwerdeführer lokale Rückenschmerzen lumbal und im Kreuz. Die Beschwerden seien bei Körperrotation am schlimmsten und würden ihn auch in der Nacht stören. Ausstrahlende Schmerzen in die Beine, Sensibilitätsstörungen oder Kraftminderung würden nicht angegeben. Im MRI der LWS (AB 26) sehe man keinen Hinweis auf Traumafolgen mit kongenitaler Spinalkanalstenose zwischen L3 und S1 mit beidseitigen Bandscheibenprotrusionen L3/4, L4/5 und L5/S1 ohne zusätzliche Spinalkanalstenose und ohne Kompression der neuralen Strukturen.

3.1.4 Am 17. Juni 2014 wurde der Beschwerdeführer kreisärztlich untersucht. Im Bericht vom 18. Juni 2014 (AB 60) diagnostizierte Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, einen Arbeitsunfall am 21. November 2013 mit einer Distorsion des linken Kniegelenkes und einer Kontusion der LWS. Der Kreisarzt führte aus, im Bereich des linken Knies sei der Beschwerdeführer nach der Infiltration während drei Wochen fast beschwerdefrei gewesen. Dies deute darauf hin, dass die Meniscusläsion hier keine Rolle mehr spiele, denn eine solche würde trotz Infiltration weiter Beschwerden bereiten.

Am ehesten handle es sich hier um Probleme seitens der Patella und des Seitenbandes. Meniscus-Zeichen könnten aktuell nicht ausgelöst werden. Ein schmerzhafter Valgusstress deute auf eine Seitenbandläsion hin und nicht auf einen Meniscus, da dieser dabei ja entlastet werde. Bei einer medialen Meniscusläsion komme es beim Varusstress zu Schmerzen, dieser sei aber negativ gewesen. Eine Operation des Meniscus sei also nicht angezeigt (S. 4). Was den Rücken betreffe, sei hier beim Unfall ein deutlicher Vorzustand mit Discopathien auf verschiedensten Niveaus traumatisiert worden. Traumatische Läsionen seien keine gefunden worden. Es sei also zu einer vorübergehenden Verschlimmerung gekommen. Auch wenn der Beschwerdeführer vor dem Unfall wenig bis keine Rückenschmerzen gehabt habe, spiele hier der Unfall überwiegend wahrscheinlich nach sechs, allerhöchstens neun Monaten keine Rolle mehr (S. 5).

3.1.5 Dem Operationsbericht vom 23. Oktober 2014 (AB 75) ist zu entnehmen, dass eine Kniearthroskopie links mit einer Refixation des inkompletten medialen Meniskushinterhornbasisrisses links vorgenommen worden ist.

3.1.6 Im Bericht der Orthopädischen Sprechstunde vom 3. März 2015 (AB 91) führten die Ärzte aus, im MRI links vom 2. Februar 2015 zeige sich eine unveränderte Situation, ohne erneute Läsion. Beim Beschwerdeführer bestehe nach wie vor ein Knieschmerz im Bereich des lateralen Knies. Es erfolge nun die diagnostisch-therapeutische Infiltration mit LA und Kenacort. Der Beschwerdeführer sei als ... nach wie vor zu 100% arbeitsunfähig.

3.1.7 Im Bericht vom 13. März 2015 (AB 92) führte der Kreisarzt, Dr. med. G._____, Facharzt für Chirurgie und Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, bezugnehmend auf den Sprechstundenbericht vom 3. März 2015 (AB 91; E. 3.1.6 hiervor) aus, es könne von weiteren Behandlungen mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden. Zuerst müsse abgewartet werden, da das Kniegelenk mit Kortison infiltriert worden sei. Physiotherapie sollte weitergemacht werden.

3.1.8 Im Bericht der Orthopädischen Sprechstunde vom 26. März 2015 (AB 99) führten die Ärzte aus, der Verlauf sei unbefriedigend. Im durchgeführten MRI vom 2. Februar 2015 zeige sich keine die Schmerzen erklärende intraartikuläre Pathologie. Als einzige Möglichkeit sähen sie die diagnostische Rearthroskopie mit Débridement und Lösen allfälliger post-operativer Vernarbungen lateralseitig.

3.1.9 Am 2. April 2015 wurde eine Rearthroskopie Knie links mit partieller medialer Meniskektomie vorgenommen (AB 102).

3.1.10 Am 12. August 2015 wurde der Beschwerdeführer kreisärztlich untersucht. Dr. med. G._____ führte im Bericht vom 14. August 2015 (AB 126) aus, der Beschwerdeführer beklage anhaltende Schmerzen seitens des Rückens, des linken Beines und des linken Kniegelenkes. Die klinische Untersuchung habe reizlose Weichteilverhältnisse beider Kniegelenke ergeben, eine eingeschränkte Beweglichkeit des linken Kniegelenkes, eine Druckschmerzhaftigkeit über dem gesamten linken Kniegelenk, sodass eine klinische Untersuchung kaum durchführbar sei, eine Muskelverspannung im Bereich der Lendenwirbelsäule, eine Minderung der Ober- und Unterschenkelmuskulatur links, eine Kraftminderung des linken Beines, eine Beeinträchtigung der physiologischen Funktionen des linken Beines und ein linksbetontes hinkendes Gangbild. Aufgrund der anhaltenden Schmerzen seitens der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in das linke Bein, werde eine neurologische Untersuchung empfohlen. Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bleibe bis auf weiteres bestehen (S. 5 f.).

3.1.11 Im Bericht vom 3. Dezember 2015 (AB 159) diagnostizierte Dr. med. H._____, Facharzt für Neurochirurgie, chronifizierte Rückenschmerzen seit dem ... vom 23. November 2011 bei flachen Discushernien L3 bis S1 und einem Status nach multiplen Infiltrationen. Dr. med. H._____ führte aus, die Kommunikation erfolge über einen Kollegen des Beschwerdeführers in Englisch. Der Unfallmechanismus habe nicht sicher eruiert werden können, offenbar sei der Beschwerdeführer auf dem ... von einer ca. 1'000 kg schweren, sich in Bewegung befindenden Last getroffen worden. Der offensichtlich völlig therapie-resistente Verlauf über zwei Jahre mit nach wie vor 100%iger Arbeitsunfähigkeit sei aufgrund der Bildgebung vom 4. Dezember 2013 (AB 26) schon ungewöhnlich. Bei der klinischen Untersu-

chung hätten sich deutliche Anhaltspunkte für eine Chronifizierung gezeigt. Er habe nun eine funktionelle lumbale Myelographie mit Post-Myelo-CT veranlasst, da hierbei die Wirbelsäule auch unter Belastung studiert werden könne und auch allfällige Instabilitäten erfasst würden (S. 1 f.).

3.1.12 Im Bericht vom 4. Januar 2016 (AB 163) diagnostizierte Dr. med. H._____ nach durchgeführter Myelographie vom 16. Dezember 2015 mit Post-Myelo-CT (AB 164), eine leichtgradige Bandscheibendegeneration L3 bis S1 mit flacher Discushernie L3/4, eine kleine, verkalkte mediane Discushernie L5/S1 sowie einen Status nach multiplen Infiltrationen. Er führte aus, eine Kompression neuraler Strukturen sei nicht vorhanden, auch nicht eine segmentale Instabilität. Die diversesten Infiltrationen hätten die Beschwerden jeweils nur kurzfristig beeinflusst, so dass weitere Infiltrationen nicht indiziert seien. Radiologisch zeige sich kein Befund, welcher operativ angegangen, zu einer Besserung der vom Patienten beschriebenen Beschwerden führen würde (S. 1 f.).

3.1.13 In der kreisärztlichen Beurteilung vom 9. Februar 2016 (AB 168) führte Dr. med. G._____ aus, aufgrund der anhaltenden Rückenschmerzen sei eine Vorstellung beim Neurochirurgen erfolgt, der eine erweiterte Diagnostik veranlasst habe, welche jedoch keine unfallbedingten objektivierbaren, strukturellen Läsionen seitens der LWS gezeigt habe. Unter Berücksichtigung aller ärztlichen Berichte, insbesondere der Operationsberichte, der bildgebenden Diagnostik sowie der Berichte der kreisärztlichen Untersuchungen könne festgehalten werden, dass es seitens des Rückens zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der bereits vorbestehenden, ausgeprägten, degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule gekommen sei. Seitens des linken Kniegelenkes sei zuerst eine Re-Fixation des Innenmeniscus durchgeführt worden, wobei diese Operation nicht zum gewünschten Erfolg geführt habe. Am 2. April 2015 sei eine erneute Arthroskopie durchgeführt worden, der Innenmeniscus – die mechanische Ursache der Beschwerden – sei durch eine minimal invasive, arthroskopische Operation partiell reseziert worden. Im weiteren Verlauf sei der Beschwerdeführer mit knieentlastenden Schuheinlagen versorgt worden. Somit könne auch hier festgehalten werden, dass im linken Kniegelenk keine strukturellen objektivierbaren, traumabedingten Läsionen mehr

vorliegen. Es könne davon ausgegangen werden, dass mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Beschwerdebild Unfallfolgen heute keine Rolle mehr spielten.

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Vorab ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer über den Ablauf des Sturzes auf der ... unterschiedliche Angaben gemacht hat: Der Schadenmeldung vom 22. November 2013 ist zu entnehmen, dass er im Schnee ausgerutscht und mit dem Knie auf den Boden gefallen sein soll (AB 1). Aus dem Bericht vom 9. Januar 2014 (AB 19) geht hervor, dass er auf das Gesäss gefallen sein soll (AB 19). Unbestritten ist aufgrund der gesamten Akten, dass er beim Ausrutschen eine Kniedistorsion erlitten hat. Weil der Ablauf des Unfalles unklar ist und initial keine Rückenbeschwerden beklagt wurden, ist nicht erstellt, dass der Beschwerdeführer während dieses Sturzes auch eine LWS-Distorsion erlitten hat. Der Notfallbericht vom 21. November 2013 (AB 8) enthält weder derartige Befunde noch Beschwerde-

schilderungen. Erst im Bericht vom 9. Januar 2014 (AB 19) wird von einer initialen LWS-Druckdolenz ohne neurologische Ausfälle berichtet. Soweit erst rund sieben Wochen nach dem Unfallereignis überhaupt von einem Rückenleiden berichtet wird, lässt sich dies aufgrund des mit dem Unfallereignis zeitidentisch erstellten Berichtes der Notfallstation (AB 8) nicht nachvollziehen. Wie es sich damit verhält, kann indessen aufgrund der nachfolgenden Ausführungen offen bleiben.

3.4 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Einspracheentscheid vom 29. November 2016 (AB 206) im Wesentlichen auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. G. _____ vom 9. Februar 2016 (AB 168; vgl. E. 3.1.13 hiervor). Dieser Aktenbericht erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und überzeugt. Der Facharzt hat sich in seiner ärztlichen Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten und nachdem er den Beschwerdeführer am 12. August 2015 selber kreisärztlich untersucht hat (AB 126), sorgfältig mit dessen gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen gestützt auf die Vorakten und bildgebenden Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. In der Folge ist auf die Angaben von Dr. med. G. _____ abzustellen.

3.4.1 Bezüglich der Kniebeschwerden links hat er klar und schlüssig ausgeführt, dass im linken Kniegelenk keine strukturellen objektivierbaren, traumabedingten Verletzungen mehr vorliegen (AB 168 S. 5) bzw. dass die Unfallfolgen heute im Beschwerdebild mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielen. Die Beschwerdegegnerin geht aufgrund dieser Beurteilung zu Recht davon aus, dass die unfallbedingte Läsion am Knie (Innenmeniskus) operativ in Form einer Re-Fixation des Innenmeniskus und später durch eine Rearthroscopie des Knies mit partieller medialer Menishektomie behoben wurde (Beschwerdeantwort Ziff. 7.1.2). Sowohl bildgebend als auch intraoperativ konnte für die anhaltend geklagten Beschwerden keine Erklärung gefunden werden (AB 99; 102).

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, dass er vor dem Unfall keine Kniebeschwerden links gehabt habe (Beschwerde S. 7), ist darauf hinzuweisen, dass gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung der Grundsatz „post hoc, ergo propter hoc“, nach dessen Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend ist (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3).

Der Beschwerdeführer beanstandet weiter die Nichteinholung einer Zweitmeinung, obschon dies vom behandelnden Arzt des Spitals D. _____ vorgeschlagen worden sei (Beschwerde S. 7). Hierzu hat die Beschwerdegegnerin korrekt ausgeführt, dass aus dem Kontext des Arztberichtes (AB 158 S. 2) klar hervorgeht, dass die Zweitmeinung einzig die Frage der weiteren Behandlungsmöglichkeiten betrifft. Aus den gesamten medizinischen Akten resultiert, dass der Beschwerdeführer bereits gründlich abgeklärt worden ist. Von weiteren Abklärungen waren demnach mit Bezug auf die hier interessierende Frage der Unfallkausalität keine neuen Erkenntnisse mehr zu erwarten.

3.4.2 Bezüglich der Rückenbeschwerden diagnostizierten die Ärzte des Spitals E. _____ anfangs 2014 degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule (AB 45) und konnten im MRI der LWS (AB 26) keine Hinweise auf Traumafolgen erkennen. Die vom Neurochirurgen veranlasste Myelographie mit Post-Myelo-CT im Dezember 2015 hat ebenfalls gezeigt, dass degenerative Veränderungen, jedoch keine unfallbedingten objektivierbaren, strukturellen Läsionen seitens der LWS vorliegen (AB 163). Soweit der Beschwerdeführer anlässlich der Sturzes überhaupt eine Stauchung bzw. Kontusion der LWS erlitten haben sollte (vgl. E. 3.3 hiervor), wäre es demnach höchstens zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes gekommen, worauf die Beschwerdegegnerin mit Verweis auf die Ausführungen der beiden Kreisärzte (AB 60 und 168) zu Recht verweist (Beschwerdeantwort S. 7 ff.). Denn eine traumatische Bandscheibenschädigung, welche erfahrungsgemäss zu einer sofortigen Steh- und Gehunfähigkeit geführt hätte (vgl. E. 2.3.3 hiervor), ist aufgrund des Berichtes der Notfallstation (AB 8), in dem keine Rückenbeschwerden erwähnt wurden, klar auszuschliessen. Vorliegend handelt es sich auch

nicht um eine unfallbedingte signifikante und somit dauernde Verschlimmerung einer vorbestandenen degenerativen Schädigung der Wirbelsäule, weil diese bildgebend ausgewiesen sein müsste (vgl. E. 2.3.3 hiervor), was eben gerade nicht der Fall ist. Die Beschwerdegegnerin hat schliesslich zutreffend ausgeführt, dass der Beschwerdeführer aus dem kreisärztlichen Bericht von Dr. med. F. _____ vom 18. Juni 2014 (AB 60) nichts zu seinen Gunsten ableiten kann (Beschwerdeantwort S. 10). Insbesondere gingen weder Dr. med. F. _____ noch Dr. med. G. _____ je von einer richtunggebenden Verschlimmerung aus. Soweit durch den Unfall überhaupt Rückenbeschwerden verursacht worden sind, ist die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen, dass die Unfallfolgen im Beschwerdebild am 22. Februar 2016 mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielten.

3.5 Nach dem Dargelegten ist erstellt, dass die anhaltenden Rücken- und Kniebeschwerden links nicht in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 21. November 2013 stehen. Der Einspracheentscheid vom 29. November 2016 (AB 206) ist nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und damit abzuweisen.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 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.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Suva
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

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.