

200 17 626 UV
SCJ/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. Oktober 2017

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin



betreffend Einspracheentscheid vom 2. Juni 2017

Sachverhalt:

A.

Der 1957 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. Gemäss Schadenmeldung vom 8. Januar 2016 rutschte der Versicherte am 26. Dezember 2015 beim Wandern aus („gefrorener Schnee an dieser Stelle“) und fiel auf das Gesäss, wobei er beim Fall eine Drehbewegung gemacht habe. Als betroffener Körperteil wurde das linke Knie und als Art der Schädigung ein Meniskusriss angeführt (Akten der Suva; Antwortbeilage [AB] 1). Daraufhin holte die Suva, welche ihre Leistungspflicht hinsichtlich der Folgen des Sturzes vom 26. Dezember 2015 anerkannte (vgl. u.a. AB 2, 4), medizinische Unterlagen ein und liess den Sachverhalt durch den Kreisarzt Dr. med. B. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, beurteilen (AB 45). Gestützt darauf stellte sie die Versicherungsleistungen mit Schreiben vom 19. Juli 2016 (AB 49) rückwirkend per 25. Februar 2016 ein, da die bestehenden Kniebeschwerden links ab diesem Zeitpunkt nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien. Nachdem der Versicherte eine einsprachefähige Verfügung verlangt hatte (AB 59), hielt die Suva nach Einholung einer ärztlichen Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. B. _____ (AB 69) mit Verfügung vom 15. November 2016 (AB 71) an ihrer Beurteilung fest und stellte die bislang erbrachten Versicherungsleistungen per 25. Februar 2016 ein. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden und erhob Einsprache (AB 73).

Im weiteren Verlauf wurde der Suva am 14. März 2017 bezüglich des Sturzes vom 26. Dezember 2015 ein Rückfall gemeldet (AB 86).

Nach Einholung einer weiteren ärztlichen Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. B. _____ (AB 82) und einer Stellungnahme von PD Dr. med. C. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Leiter Fachgruppe Chirurgie der Abteilung Versiche-

rungsmedizin der Beschwerdegegenerin (AB 96), wies die Suva die Einsprache mit Entscheid vom 2. Juni 2017 (AB 97) ab.

B.

Hiergegen erhebt der Versicherte am 3. Juli 2017 Beschwerde und stellt folgende Anträge:

Es sei der genannte Einspracheentscheid aufzuheben. Die Suva habe die Kosten für die Behandlung eines Meniskusrisses (wegen Unfall vom 26. Dezember 2015) und der darauf folgenden Rückenbeschwerden zu übernehmen sowie – als weitere Unfallkomplikation – die Kosten für die Behandlung einer Osteonekrose samt Einbau einer Hemiprothese im vom Unfall betroffenen linken Kniegelenk.

Nebst den in der Einsprache erwähnten Kosten seien vorliegend weitere Heilbehandlungskosten angefallen, welche von der Suva zu übernehmen seien.

Die Rechnung der D. _____ AG vom 26. Juni 2017 weise einen Gesamtbetrag von Fr. 15'285.85 aus; davon seien Fr. 15'263.85 (Kosten für Teilprothesen-Operation am Knie links) von der Suva zu übernehmen. Allenfalls weitere anfallende Heilbehandlungskosten seien von der Suva zu tragen.

Mit Beschwerdeantwort vom 7. September 2017 schliesst die Beschwerdegegenerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 23. September 2017 hält der Beschwerdeführer an den Ausführungen in der Beschwerde fest.

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 grundsätzlich einzutreten (vgl. aber E. 1.2 hiernach).

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 2. Juni 2017 (AB 97), mit welchem die Beschwerdegegnerin die Einstellung der Versicherungsleistungen per 25. Februar 2016 bestätigt hat. Streitig und zu prüfen ist, ob auch nach dem 25. Februar 2016 ein Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung besteht und dabei insbesondere, ob die darüber hinaus geklagten Beschwerden im linken Knie sowie die geltend gemachten Rückenbeschwerden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 26. Dezember 2015 stehen.

Soweit der Beschwerdeführer die Kostenübernahme für die Teilprothesen-Operation am linken Knie vom 1. Juni 2017 beantragt, welche im Zusammenhang mit dem am 14. März 2017 gemeldeten Rückfall steht (AB 86), ist auf die Beschwerde nicht einzutreten. Denn die Beschwerdegegnerin hat mit Schreiben vom 16. März 2017 (AB 87) mitgeteilt, dass sie zum geltend gemachten Rückfall erst nach Beendigung des Verfahrens betreffend das

Ereignis vom 26. Dezember 2015 Stellung nehmen werde. Damit ist der Rückfall nicht Teil des Anfechtungsobjekts und daher in diesem Verfahren nicht Streitgegenstand.

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).

Es wird ein Ereignis vom 26. Dezember 2015 geltend gemacht (AB 1), 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 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).

2.3 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 Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 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).

2.3.3 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversi-

cherers 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 Vorzustandes 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).

2.4 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer am 26. Dezember 2015 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 2.2 hiavor) und danach unfallkausale Beschwerden am linken Knie aufgetreten sind. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht (vgl. AB 2 und 4).

Umstritten ist hingegen, ob der Beschwerdeführer – basierend auf dem besagten Unfall – über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Leistungseinstellung per 25. Februar 2016 hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei ist zu prüfen, ob die darüber hinaus geklagten Beschwerden im Bereich des linken Knies und die geltend gemachten Rückenbeschwerden in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 26. Dezember 2015 stehen. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

3.1.1 Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 25. Januar 2016 (AB 16) eine mediale Meniskusläsion links und einen Knorpelschaden Grad III retro-patellär links. Nach dem Sturz vom 26. Dezember 2015 mit Torsionstrauma links persistierten Schmerzen medial.

Am 26. Februar 2016 erfolgte durch Dr. med. E._____ eine Teilmeniskektomie medial links sowie eine Plicaspaltung (AB 18).

3.1.2 Die erstbehandelnde Dr. med. F._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 7. März 2016 (AB 27) eine mediale Meniskusläsion links und einen Knorpelschaden Grad III retro-patellär links. Der Beschwerdeführer sei am 26. Dezember 2015 ausgerutscht und mit verdrehtem und forciert flektiertem linken Knie gestützt. Er habe sofort unter bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen medialbetont gelitten. Zudem habe eine leichte Schwellung bestanden. Als Befund führte die Ärztin einen geringen Gelenkerguss und eine Druckdolenz am medialen Gelenkspalt auf.

3.1.3 Der Kreisarzt Dr. med. B._____ hielt am 31. Mai 2016 fest, der Schaden im MRI (vom 4. Januar 2016) sei eindeutig degenerativ. Auf den Fotos zur Operation vom 26. Februar 2016 sei keine frische Ruptur des Meniskus erkennbar. Die abgebildeten und operierten Schäden am Innenmeniskus-Hinterhorn seien degenerativ. Es handle sich um eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes von vier bis sechs Wochen (AB 45).

3.1.4 Dr. med. E._____ diagnostizierte im Verlaufsbericht vom 20. Juli 2016 (AB 51) Restschmerzen medial Knie links und eine hypertrophe Facettengelenksarthrose L5/S1 mit möglicher Wurzelkompression links. Viereinhalb Monate postoperativ gehe es mit dem linken Kniegelenk eher besser. Gelegentlich träten noch einschliessende stechende Schmerzen auf, die nach einigen Tagen verschwänden. Heute sei das linke Knie reizfrei und frei beweglich. Ein Erguss bestehe nicht. Die Meniskuszeichen seien negativ. Unter Varusstress seien kaum Schmerzen medial auslösbar. Neu ab dem 28. Mai 2016 beständen Rückenschmerzen mit lumboradikulärer Ausstrahlung in den Oberschenkel links.

Im weiteren Verlauf nahm Dr. med. E. _____ am 22. August 2016 (AB 57) zur Kausalität der Meniskusläsion Stellung. Der Beschwerdeführer habe am 26. Dezember 2015 einen Sturz mit Kontusion/Distorsionstrauma Knie links erlitten. Seitdem hätten Schmerzen medial sowie ein Blockadefühl bestanden. Früher habe er nie Knieprobleme gehabt. Interoperativ hätten sich ein Radiärriss kombiniert mit Cleavageriss und insbesondere keine Zeichen einer fettigen Degeneration des Meniskus gezeigt. Zusätzlich sei eine Plica parapatellaris medialis partiell gespalten worden. Der beschriebene Knorpelschaden retro-patellär sei interoperativ nicht einzusehen gewesen. Aufgrund der Anamnese und des interoperativ vorhandenen Befundes ohne Degenerationszeichen am Meniskus handle es sich eindeutig um Unfallfolgen.

3.1.5 Der Kreisarzt Dr. med. B. _____ stellte im Aktenbericht vom 27. Oktober 2016 (AB 69) als unfallkausale Diagnose einen Status nach Kniegelenksdistorsion links am 26. Dezember 2015 fest. Als unfallfremd diagnostizierte er eine beginnende Gonarthrose linkes Kniegelenk, eine horizontale Innenmeniskushinterhorn-Degeneration linkes Kniegelenk und eine hypertrophierte Plica mediopatellaris (S. 2). Der beschriebene Unfallmechanismus mit Ausgleiten auf Glatteis und Fall auf das Gesäss mit verdrehtem und forciert flektiertem Kniegelenk sei per se nicht geeignet, einen Meniskusschaden hervorzurufen. Es sei unwahrscheinlich, dass im Rahmen dieses Sturzes das Kniegelenk derart gewaltsam gegenüber dem Oberschenkel verdreht worden sei, dass es zu einem Meniskusschaden gekommen sei. Eher sei anzunehmen, dass der Fuss/Unterschenkel auf dem glatten Untergrund weggleite und nicht fixiert werde. So könne es nicht zu einer Gewalteinwirkung auf den fixierten Fuss kommen (S. 3). Das MRI des linken Kniegelenkes vom 4. Januar 2016 beschreibe einen kleinen, schräg vertikalen Unterflächenriss des Innenmeniskushinterhorns ohne dislozierte Meniskusanteile. Übereinstimmend dazu werde im Operationsbericht ein sogenannter „Cleavage-Riss“ beschrieben. Dabei handle es sich um eine horizontale Degeneration mit Aufspaltung des Meniskusgewebes in horizontaler Richtung. Diese degenerativen Rissbildungen oder Auffaserungen führten auch zu kleinen radiären Einrissen am freien Rand des Meniskus. Zudem zeige das MRI vom 4. Januar 2016 kleine intrameniscale Gewebeauflockerungen im Sinne mukoider Degeneration. Ebenfalls

die intraoperative Fotodokumentation zeige die degenerative Randauffaserung des Meniskus und die horizontalen Strukturauflockerungen im Sinne einer Degeneration. Damit könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Schäden am Innenmeniskushinterhorn unfallkausal seien (S. 6). Dies gelte auch für die bestehenden Knorpelschäden im Kniegelenk und für die operierte verdickte Plica mediopatellaris. Ferner könne im Zusammenhang mit dem Sturz vom 26. Dezember 2015 auch keine richtunggebende Verschlimmerung der Vorschäden angenommen werden, da keine frischen richtunggebenden strukturellen Läsionen im Kniegelenk nachgewiesen seien. Die geltend gemachten Rückenbeschwerden beruhten nachweislich auf degenerativen Veränderungen der Etagen L4/L5 und L5/S1. Eine richtunggebende Verschlimmerung dieser degenerativen LWS-Veränderung sei nicht herzuleiten, da sie anderenfalls direkt nach dem Trauma hätte auftreten müssen (S. 7). Da eine längerfristige Entlastung an Gehhilfen unfallbedingt nicht notwendig gewesen sei, könnten die erst ca. fünf Monate später aufgetretenen Beschwerden auch diesbezüglich nicht als unfallkausal gelten. Die Folgen der unfallbedingten Kniegelenksdistorsion seien erheblich früher ausgeheilt gewesen. Mangels struktureller Veränderungen des Kapsel-Bandapparates am Knie sei von einem vollständig reversiblen Schaden auszugehen. Die Folgen eines solchen heilten innerhalb von vier bis sechs Wochen aus. Somit sei der Vorzustand innerhalb dieser Zeit erreicht worden (S. 8).

3.1.6 Nachdem der Beschwerdeführer gegen die Verfügung vom 15. November 2016 (AB 71) Einsprache (AB 73) erhoben hatte, nahm der Kreisarzt Dr. med. B. _____ am 27. Januar 2017 nochmals insbesondere zur Unfallkausalität Stellung (AB 82). Das Ausrutschen bzw. Stolpern mit Valgus-/Varusstress sei nicht ausreichend, einen isolierten Meniskusschaden hervorzurufen, hingegen der Beuge-Dreh-Sturz mit fixiertem Fuss schon. Aus der Schilderung zum Unfallhergang könne nicht eindeutig geschlossen werden, dass der Fuss auf der Unterlage fixiert gewesen sei bei gleichzeitigem heftigem Verdrehen des Kniegelenkes, da der Untergrund glatt gewesen und der Beschwerdeführer letztendlich auf das Gesäss gefallen sei. Bei den im MRI vom 4. Januar 2016 dargestellten Schäden handle es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um degenerative Schäden und nicht um einen frischen Einriss am Innenmeniskushinterhorn.

Die typischen Zeichen für einen basisnahen Radiärriss seien nicht erkennbar. Gegen eine frische Traumatisierung des Meniskus spreche auch die Tatsache, dass bei der bildgebenden Untersuchung kein Gelenkerguss vorgelegen habe (S. 2). Die Qualität des Meniskusrisses spreche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für eine Horizontaldegeneration. Entgegen den Äusserungen im Operationsbericht lägen bereits degenerative Knorpelveränderungen im Kniegelenk vor. Die intraoperative Fotodokumentation zeige eine Aufrauung des Knorpels an der Tibiagelenkfläche im medialen Kompartiment, welche einer Chondropathie Grad I nach Goutallier entspreche. Ferner zeige das Kniescheibengleitlager einen durchaus tiefen Knorpelschaden, welcher einer Chondropathie Goutallier II - III entspreche. Durch das Ereignis seien diese Schäden erst symptomatisch geworden. Angesichts der ausführlich beschriebenen Schädigungen des Meniskus, welche als degenerativ und nicht als unfallkausal gelten müssten, sei auch eine richtunggebende Verschlimmerung des degenerativen Vorschadens durch das Ereignis auszuschliessen. Die geltend gemachten Beschwerden am linken Kniegelenk (Schmerzen) seien somit als vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes zu werten. Bei geeigneter konservativer Therapie sei ein Rückgang der Beschwerden innerhalb von vier bis sechs Wochen zu erwarten gewesen (S. 3).

3.1.7 PD Dr. med. C. _____ bestätigte im Bericht vom 16. Mai 2017 (AB 96) die Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. B. _____ hinsichtlich der Unfallkausalität der bestehenden Beschwerden im linken Knie. Die von Dr. med. E. _____ im Bericht vom 25. Januar 2016 festgestellte „leichte Druckdolenz über dem medialen Gelenkspalt, positiver Mc Murrey Test“ spreche zwar für eine Pathologie des Innenmeniskus, aber nicht überwiegend wahrscheinlich für akut erlebte Unfallfolgen. Dies finde eine Bestätigung durch das MRI vom 4. Januar 2016, welches vornehmlich degenerativ bedingte Befunde zur Darstellung bringe, ohne Hinweis auf eine stattgehabte relevante Gewalteinwirkung neun Tage zuvor. Das geschilderte Unfallgeschehen sei „allenfalls möglich, geeignet“, potentiell die Menisken verletzende Kräfte zu entwickeln. Der gesamte Kontext spreche überwiegend wahrscheinlich für ein degeneratives Geschehen, welches durch das zur Diskussion stehende Ereignis eine vorübergehende Verschlimmerung erfahren habe (S. 1).

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 Vorliegend erfüllen die Aktenberichte des Kreisarztes Dr. med. B._____ vom 27. Oktober 2016 (AB 69) und vom 27. Januar 2017 (AB 82) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und überzeugen. Dass der Facharzt keine eigene Untersuchung durchgeführt hat, schadet nicht. Denn die Voraussetzungen für einen rechtsgenügenden Aktenbericht (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b) sind vorliegend erfüllt. Insbesondere sind Anamnese und Verlauf ausführlich in den Akten dokumentiert. Dr. med. B._____ hat sich in seinen ärztlichen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf die bildgebende Untersuchung vom 4. Januar 2016 (AB 21) und die Fotodokumentation zur Operation vom 26. Februar 2016 (vgl. AB

18) getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Auf diese Einschätzung ist aus den nachfolgenden Überlegungen abzustellen.

3.3.1 Bezüglich der bestehenden Kniebeschwerden links hat Dr. med. B._____ unter Hinweis auf die einschlägige medizinische Literatur nachvollziehbar dargelegt, dass der vom Beschwerdeführer geschilderte Unfallmechanismus mit Ausgleiten auf Schnee und Fall auf das Gesäss mit verdrehtem und forciert flektiertem Kniegelenk nicht geeignet sei, einen isolierten Meniskusschaden hervorzurufen. Dies setze einen Beuge-Drehsturz mit fixiertem Fuss voraus. Ein solcher sei hier jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich, da der Beschwerdeführer auf einer glatten Fläche (Schnee) ausgerutscht sei und damit anzunehmen sei, dass der Fuss auf dem Schnee weggerutscht und nicht fixiert gewesen sei (AB 69 S. 3; 82 S. 2). Ferner hat Dr. med. B._____ schlüssig begründet, dass der Beschwerdeführer beim Sturz vom 26. Dezember 2015 (überwiegend wahrscheinlich) eine Kniegelenksdistorsion erlitten habe, welche zu einer vorübergehenden, nach spätestens sechs Wochen abgeklungenen Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes am linken Knie geführt habe. Hinweise für eine richtunggebende Verschlimmerung bestünden nicht (AB 69 S. 7 f.; 82 S. 3 f.). Diese Beurteilung ist nicht nur für sich allein nachvollziehbar und überzeugend, sondern sie wurde durch PD Dr. med. C._____ am 16. Mai 2017 (AB 96) explizit bestätigt.

Der Beschwerdeführer bestreitet, dass der Unfallhergang (Verdrehung des Kniegelenks im Rahmen eines Beuge-Drehsturzes) nicht geeignet gewesen sei, einen Meniskusriss zu verursachen (Beschwerde S. 2 f.). Dabei weist er insbesondere auf einen gemäss seiner Auffassung ähnlich gelagerten Fall eines „Bürokollegen“ hin, welcher einen gleichartigen Unfall und offenbar ähnliche Verletzungen (Meniskusriss) erlitten habe. In diesem Fall habe die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bejaht und die Kosten für die erfolgte operative Sanierung des Knies übernommen (Beschwerde S. 3 Ziff. 2.1). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – von einem anderen Fall keine Rückschlüsse auf den Unfall des Beschwerdeführers und die dabei erlittenen

Verletzungen gezogen werden können. Damit sind aus dem besagten Fall keine neuen oder zusätzlichen Erkenntnisse insbesondere zum stattgefundenen Unfallmechanismus zu erwarten, weshalb – entgegen dem Antrag in der Stellungnahme vom 23. September 2017 (S. 4) – auf eine Edition der besagten Unfallakten zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Darüber hinaus hat der Kreisarzt klar dargelegt, dass – selbst wenn der Sturz vom 26. Dezember 2015 geeignet gewesen wäre, einen Meniskusriss zu verursachen – aufgrund der Qualität des Meniskusrisses ein traumatisches Ereignis als Ursache nicht überwiegend wahrscheinlich sei. Dabei hat er insbesondere darauf hingewiesen, dass die neun Tage nach dem Sturz durchgeführte bildgebende Untersuchung (AB 21) weder die typischen Zeichen für einen basisnahen Radiärriss noch einen – für eine frische Traumatisierung typischen – Gelenkerguss gezeigt habe. Der Kreisarzt kam zum Schluss, dass der bestehende Schaden am Meniskus (überwiegend wahrscheinlich) degenerativer Natur sei (AB 69 S. 6, 82 S. 2 f.).

Daran ändert nichts, dass Dr. med. E. _____ im Bericht vom 22. August 2016 (AB 57) das Bestehen von Degenerationszeichen am Meniskus aus intraoperativer Sicht verneint hat. Denn weitere Ausführungen hinsichtlich der bestehenden (oder eben nicht bestehenden) degenerativen Veränderungen fehlen in diesem Bericht vollständig. Dagegen hat Dr. med. B. _____ insbesondere gestützt auf die bildgebende Untersuchung vom 4. Januar 2016 (AB 21), die Fotodokumentation zur Operation vom 26. Februar 2016 (vgl. AB 18) und die einschlägige Fachliteratur einlässlich und detailliert dargelegt, dass beim Beschwerdeführer degenerative Veränderungen im linken Knie bestehen (AB 69 S. 4 – 6; 82 S. 2 f.). Dabei wies er insbesondere auf die in der intraoperativen Fotodokumentation erkennbaren degenerativen Knorpelveränderungen hin (AB 82 S. 3). Dass die bildgebende Untersuchung vom 4. Januar 2016 degenerative und keine traumatische Schäden am linken Knie zeigt, wurde schliesslich von PD Dr. med. C. _____ im Bericht vom 16. Mai 2017 (AB 96 S. 1) bestätigt.

Soweit der behandelnde Arzt – wie im übrigen auch der Beschwerdeführer – den angeblichen Kausalzusammenhang zwischen dem Meniskusriss

links und dem Sturz vom 26. Dezember 2015 damit begründet, dass der Beschwerdeführer vor dem Sturz beschwerdefrei gewesen sei (AB 57), ist darauf hinzuweisen, dass gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung die Formel "post hoc, ergo propter hoc" nicht massgebend ist, nach dessen Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3).

Nach dem Dargelegten erweist sich der Sacherhalt hinsichtlich der Frage eines Kausalzusammenhangs zwischen dem Meniskusriss und dem Sturz vom 26. Dezember 2015 als hinreichend abgeklärt, weshalb auf weitere Beweiserhebungen – entgegen dem Antrag in der Stellungnahme vom 23. September 2017 (S. 4 f.) – in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist. Diesbezüglich bleibt darauf hinzuweisen, dass hier – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Stellungnahme vom 23. September 2017; S. 4) – kein vergleichbarer Fall wie im Urteil des Verwaltungsgerichts vom 20. Februar 2014, UV/2013/938 (vgl. AB 73 S. 67 ff.), vorliegt. Zwar lagen im besagten Fall auch zwei sich widersprechende ärztliche Beurteilungen vor, jedoch hat sich der Kreisarzt Dr. med. B. _____ – im Gegensatz zum beratenden Arzt im VGE UV/2013/938 – im vorliegenden Fall einlässlich mit der Beurteilung von Dr. med. E. _____ auseinandergesetzt und nachvollziehbar begründet, weshalb dieser nicht gefolgt werden kann.

3.3.2 Weiter hat der Kreisarzt schlüssig dargelegt, weshalb die bestehenden Rückenbeschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich eine Folge des Sturzes vom 26. Dezember 2015 darstellen, sondern degenerativer Natur seien. Ebenfalls eine richtunggebende Verschlimmerung des bestehenden Vorzustandes hat der Kreisarzt ausgeschlossen, da die Rückenbeschwerden nicht direkt nach dem Unfall – sondern rund fünf Monate später (vgl. AB 51) – aufgetreten seien (AB 69 S. 7 f.).

Soweit Dr. med. F. _____ in der an den Beschwerdeführer adressierten Email vom 8. September 2016 (Beschwerdebeilage [BB] R) einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den Rückenbeschwerden und dem Sturz insofern bejaht hat, als Erstere durch die Fehlbelastung bei rezidivie-

renden/protrahierten Knieschmerzen links ausgelöst worden seien, vermag dies die schlüssige Beurteilung des Kreisarztes – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 10 Ziff. 16; Stellungnahme vom 23. September 2017 S. 2) – nicht in Zweifel zu ziehen. Es erscheint zwar als durchaus möglich, dass die unbestrittenermassen bestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich des Rückens durch eine Fehlbelastung im Zusammenhang mit den bestehenden Kniebeschwerden links symptomatisch geworden sind. Diesbezüglich hat Dr. med. B._____ jedoch nachvollziehbar dargelegt, dass eine längerfristige Entlastung durch Gehhilfen – und damit auch eine längerfristige Fehlbelastung – unfallbedingt nicht notwendig gewesen sei, womit die erst fünf Monate nach dem Unfall aufgetretenen Rückenbeschwerden auch nicht unfallbedingt sein können (AB 69 S. 8).

3.4 Nach dem Dargelegten ist ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den nach dem 25. Februar 2016 bestehenden Kniebeschwerden links resp. den geltend gemachten Rückenbeschwerden und dem Sturz vom 26. Dezember 2015 nicht überwiegend wahrscheinlich.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 2. Juni 2017 erweist sich damit als rechters, weshalb die Beschwerde – soweit darauf einzutreten ist – abzuweisen ist.

4.

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

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, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - 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.