

200 17 754 UV
SCI/COC/GEC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. Dezember 2017

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin



betreffend Einspracheentscheid vom 3. Juli 2017 (03.15905.12.5)

Sachverhalt:

A.

Der 1979 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. Gemäss Schadenmeldung vom 6. Juni 2012 stürzte der Versicherte am 28. Mai 2012 beim "auswassern" mit dem Knie auf die Bootsante. Als betroffener Körperteil wurde das linke Knie, als Art der Schädigung eine Quetschung genannt (Akten der Suva, Antwortbeilage [act. II] 1). Am 8. Juni 2012 anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht und richtete entsprechende Leistungen aus (act. II 2 - 5). Am 9. Juli 2012 nahm der Versicherte die Arbeit wieder voll auf (act. II 8).

Mit Schreiben vom 23. Dezember 2016 ersuchte das Spital B. _____ die Suva um Kostengutsprache für die Behandlung eines Knieleidens des Versicherten (act. II 12). Am 9. Januar 2017 ging die entsprechende Rückfallmeldung bei der Suva ein (act. II 17). Diese holte medizinische Unterlagen ein und liess den Sachverhalt durch den Kreisarzt Dr. med. C. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, beurteilen (act. II 30). Gestützt auf dessen Beurteilung verneinte sie eine Versicherungsdeckung, weil das Ereignis vom 28. Mai 2012 nicht mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal für die gemeldeten Kniebeschwerden links sei (act. II 31). Der Versicherte verlangte diesen Entscheid in der Form einer einsprachefähigen Verfügung (act. II 34), woraufhin die Suva den Sachverhalt erneut dem Kreisarzt vorlegte (act. II 37) und mit Verfügung vom 10. März 2017 an ihrer Beurteilung festhielt (act. II 38). Die dagegen erhobene Einsprache (act. II 43) wurde mit Entscheid vom 3. Juli 2017 abgewiesen (act. II 47).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte am 1. September 2017 Beschwerde. Er beantragt sinngemäss die Aufhebung des angefochtenen Entscheids und

die Übernahme der Behandlungskosten des am 17. Januar 2017 operierten Knieschadens durch die Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Oktober 2017 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Da der Beschwerdeführer in seiner Einsprache (act. II 43) auch auf ein Ereignis im Jahr 2013 Bezug genommen hatte, wurden die entsprechenden Akten (act. IIA) mit prozessleitender Verfügung vom 20. Oktober 2017 bei der Suva ediert.

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 3. Juli 2017 (act. II 47). Streitig und zu prüfen ist, ob ein Anspruch auf Leistungen der

Unfallversicherung besteht und dabei insbesondere, ob zwischen dem Ereignis vom 28. Mai 2012 und dem am 17. Januar 2017 operierten Knie-schaden ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht.

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 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).

2.2 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).

2.2.1 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 entfele

("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 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).

2.2.2 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 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).

2.3 Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2).

Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerken-

nung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2). Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 57 E. 2.2.2).

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 Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer am 28. Mai 2012 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 2.1 hiavor) und infolge des Unfalls Beschwerden am linken Knie aufgetreten sind. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht damals denn auch anerkannt, entsprechende Leistungen erbracht (act. II 2 bis 5) und den Fall schliesslich noch im Jahr 2012 formlos abgeschlossen.

Umstritten ist, ob der Beschwerdeführer auch für die Behandlung des mit der Operation vom 17. Januar 2017 behandelten Knieschadens Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Demnach ist zu prüfen, ob der besagte Knieschaden in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 28. Mai

2012 steht. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich folgendes Bild:

3.1.1 Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte mit Bezug auf seine Behandlung ab dem 31. Mai 2012 (festgehalten im Arztzeugnis UVG vom 15. Januar 2017) eine posttraumatische Bursitis infrapatellaris (Schleimbeutelentzündung) links. In der Anamnese wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei beim Einwassern des Schiffes zweimal auf das linke Knie gefallen (act. II 26).

3.1.2 Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, durch den der Beschwerdeführer damals weiterbehandelt wurde, diagnostizierte mit Bezug auf seine Behandlung ab dem 4. Juni 2012 (festgehalten im Arztzeugnis UVG vom 20. Januar 2017) eine posttraumatische Chondropathia patellae (Knorpelschaden) sowie eine Bursitis präpatellaris (Schleimbeutelentzündung). In der Anamnese wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei beim Einwassern eines Bootes auf dem Landungssteg ausgerutscht und auf das linke Knie gefallen (act. II 27).

3.1.3 Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 9. November 2016 (act. II 22) eine mediale Meniskusläsion links. In der Anamnese wurde ein erstes Torsionstrauma Knie links ca. 2013 genannt. Seitdem bestünden Schmerzen nach Mehrbelastung sowie ein chronischer Erguss im linken Knie, zudem gelegentliches Blockieren und Schnappen bei belastenden Rotationsbewegungen. Eine MRI-Untersuchung Knie links vom 29. September 2016 (act. II 29) zeige eine komplexe mediale Meniskus-Hinterhornläsion links.

3.1.4 Am 17. Januar 2017 erfolgte durch Dr. med. F. _____ eine Teilmeniskektomie medial links. Im Operationsbericht vom 18. Januar 2017 (act. II 25) diagnostizierte er im linken Knie eine mediale Meniskusläsion, einen Knorpelschaden dritten Grades retro-patellär und ein laterales Tibiaplateau. Arthroskopisch habe sich ein komplex rupturierter medialer Meniskus mit grossem mobilem Lappen und ein Cleavageriss kombiniert mit einem Radiärriss im Korpus Hinterhornbereich gezeigt. Am Tibiaplateau habe sich eine Längsfissur im Knorpel entsprechend einem Knorpelschaden

dritten Grades befunden. Auch retro-patellär habe ein Knorpelschaden dritten Grades bestanden.

3.1.5 Am 7. Februar 2017 hielt der Kreisarzt Dr. med. C. _____ fest, im Jahr 2012 seien keine richtunggebenden Unfallfolgen dokumentiert. Die MRI-Untersuchung vom 22. Juni 2012 (act. II 14) zeige lediglich einen degenerativen und vorbestehenden Knorpelschaden (Chondropathie retropatellar) und ein vorübergehendes Oedem des hoffaschen Fettkörpers. Er stellte fest, es bestehe keine Kausalität zwischen dem Unfall im Jahr 2012 und dem am 17. Januar 2017 operierten Knieschaden (act. II 30).

3.1.6 Nachdem der Beschwerdeführer eine anfechtbare Verfügung verlangt hatte, nahm der Kreisarzt Dr. med. C. _____ am 3. März 2017 (act. II 37) insbesondere zur Frage der Kausalität erneut Stellung. Nach Ausführungen zur Anamnese und zu den im Jahr 2012 erfolgten Behandlungen (S. 1 und 2) diagnostizierte er als unfallkausal eine Kniekontusion am 28. Mai 2012. Als unfallfremd diagnostizierte er einen drittgradigen Knorpelschaden retropatellar sowie einen komplexen degenerativen Innenmeniskushinterhornschaden Knie links. In den Akten sei ein Sturz auf das Kniegelenk (auf die Bootskante) dokumentiert. Andere anamnestische Angaben, insbesondere ein Hinweis darauf, dass das Kniegelenk bei fixiertem Fuss verdreht worden sei, fänden sich nicht (S. 2). Bei der MRI-Untersuchung des linken Knies vom 22. Juni 2012 (act. II 14) sei kein Meniskus-schaden festgestellt worden. Zudem hätte eine ausgedehnte Läsion des Innenmeniskushinterhorns auch zeitnah zu erheblichen Beschwerden geführt, was höchstwahrscheinlich mit einer entsprechenden Invalidisierung (Arbeitsunfähigkeit) verbunden gewesen wäre. Bei der Erstuntersuchung habe ein Kniegelenkerguss vorgelegen, gleichzeitig sei aber auch eine Poplitealzyste festgestellt worden. Eine solche sei Ausdruck einer chronischen Ergussbildung des Kniegelenkes, so dass nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden könne, dass die Ergussbildung Folge des Innenmeniskus-schadens gewesen sei. Weiter hielt er fest, dass auch der in den Akten beschriebene Unfallhergang nicht für eine Meniskus-schädigung durch das fragliche Ereignis spreche. Ein direktes Knie-trauma, von welchem wegen der festgestellten prätibialen Hämatombildung beziehungsweise Schwellung präpatellar ausgegangen werden müsse, sei

nicht geeignet, einen Meniskusschaden auszulösen. Zusammengefasst sprächen Unfallhergang, MRI-Befund vom 22. Juni 2012, das Vorliegen einer Poplitealzyste und das vierjährige behandlungsfreie Intervall gegen eine Schädigung des Meniskus bei dem geltend gemachten Ereignis. Zum geltend gemachten Knorpelschaden dritten Grades an der Kniescheibenrückfläche führte der Kreisarzt aus, dieser sei bereits am 22. Juni 2012 beschrieben. Allerdings sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass dieser durch das geltend gemachte Ereignis hervorgerufen worden sei. Ein chondraler Schaden an der Kniescheibenrückfläche bedürfe eines erheblichen Traumas mit Abschermechanismus, was aber nicht beschrieben sei. Ausserdem hätte eine derart schwere Kontusion ein Bone bruise hervorrufen müssen. Ein solcher habe gemäss der MRI-Untersuchung vom 22. Juni 2012 nicht vorgelegen. Wahrscheinlicher sei es, dass der Knorpelschaden bereits vor dem Ereignis vorgelegen habe. Dafür spreche wiederum die Poplitealzyste, welche auf eine chronische Ergussbildung des Gelenkes, hervorgerufen durch Degenerationen, hinweise. Es müsse somit davon ausgegangen werden, dass es im Jahr 2012 zu einer Prellung des Gelenkes präpatellar und auch am Schienbeinkopf sowie zu einer Ödembildung des hoffaschen Fettkörpers gekommen sei (S. 6). Schliesslich sei aufgrund der nach dem Unfall eingetretenen Beschwerdefreiheit auch eine richtunggebende Verschlimmerung bereits vorliegender Schäden auszuschliessen, da es offensichtlich nach dem 4. Juni 2012 hinsichtlich der Unfallfolgen zu einer Beschwerdefreiheit gekommen sei. Vielmehr sei davon auszugehen, dass es sich 2012 um eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes gehandelt habe. Der Vorzustand sei damals innerhalb von vier bis sechs Wochen wieder erreicht worden (S. 7).

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 anzuge-

ben, 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).

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 Der Kreisarzt Dr. med. C._____ dokumentiert in seinem Aktenbericht vom 3. März 2017 (act. II 37) die Anamnese, den Verlauf und den aktuellen Status gestützt auf die Vorakten, die ein vollständiges, widerspruchloses Bild ergeben, ausführlich (vgl. E. 3.1.1 bis 3.1.6 hiervor). Dabei nimmt er insbesondere Bezug auf den Operationsbericht vom 18. Januar 2017 von Dr. med. F._____ (act. II 25) sowie auf die Ergebnisse der MRI-Untersuchungen vom 22. Juni 2012 (act. II 14) und vom 29. September 2016 (act. II 29). Damit sind die Voraussetzungen für einen rechtsgenügenden Aktenbericht erfüllt (vgl. E. 3.2 dritter Absatz hiervor). Dr. med. C._____ hat sich in seiner ärztlichen Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. Seine Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt der Aktenbericht vom 3. März 2017 (act. II 37) die

von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 zweiter Absatz hiervor). Auf diese Einschätzung ist abzustellen.

3.3.1 Vorab hat Dr. med. C._____ mit Einbezug der Schilderungen des Beschwerdeführers festgestellt, dass letzterer am 28. Mai 2012 beim Auswassern mit dem Knie auf die Bootsante gefallen ist. Ferner hat er gestützt auf die erlittene prätibiale Hämatombildung bzw. die Schwellung präpatellar schlüssig begründet, wieso dabei von einem direkten Trauma (ohne Fixierung des Fusses oder Verdrehen des Kniegelenks) auszugehen ist. Dass sich der Unfall anders als geschildert zugetragen habe, wird im Übrigen vom Beschwerdeführer weder gegenüber den behandelnden Ärzten noch gegenüber der Beschwerdegegnerin oder dem Gericht geltend gemacht. Unter Hinweis auf die einschlägige medizinische Literatur hat Dr. med. C._____ in der Folge dargelegt, dass ein solches direktes Trauma nicht geeignet ist, den am 17. Januar 2017 operierten Meniskusschaden zu begründen (vgl. E. 3.1.6 hiervor). Dies bestätigt auch das Ergebnis der rund drei Wochen nach dem besagten Unfall durchgeführten MRI-Untersuchung vom 22. Juni 2012 (act. II 14), anlässlich welcher kein Meniskusschaden festgestellt wurde. Zwar zeigt diese MRI-Untersuchung einen Kniegelenkerguss. Der Kreisarzt begründet aber medizinisch nachvollziehbar, wieso daraus nicht auf einen beim Unfall gesetzten Innenmeniskusschaden geschlossen werden kann. Dabei wies er insbesondere auf die bestehende Poplitealzyste hin, welche Ausdruck eines chronischen Ergusses sei (vgl. E. 3.1.6 hiervor). Dieser Beurteilung folgend, kann daher aus dem Erguss nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen unfallkausalen Meniskusschaden geschlossen werden.

Soweit der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde geltend macht, Dr. med. F._____ habe auf dem MRI vom 28. Mai 2012 (richtig: 22. Juni 2012) erkannt, dass der Meniskus bereits damals angerissen gewesen sei, findet dies keinen Rückhalt in den vorliegenden medizinischen Akten. Dabei fehlt insbesondere ein Bericht von Dr. med. F._____ mit entsprechendem Inhalt. Weder im Bericht vom 9. November 2016 (act. II 22) noch im Operationsbericht vom 17. Januar 2017 (act. II 25) äussert er sich näher zur Kausalität, geschweige denn begrün-

det er medizinisch einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und einem Meniskusschaden. Er geht zudem von einem Torsionstrauma im Jahr 2013 aus und hatte offensichtlich keine Kenntnis von den effektiven Begebenheiten im Jahr 2012. Dementsprechend ist dem ausführlich dokumentierten Bericht von Dr. med. C._____ zu folgen, wonach sich im MRI vom 22. Juni 2012 kein Meniskusschaden zeigte. Im Übrigen wäre auch ein unmittelbar nach dem Unfallereignis festgestellter Meniskusschaden nicht ohne weiteres mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen, zumal das linke Knie bereits damals degenerative Veränderungen aufgewiesen hatte.

3.3.2 Weiter hielt der Kreisarzt fest, dass bereits im MRI vom 22. Juni 2012 (act. II 14) ein Knorpelschaden dritten Grades an der Kniescheibenrückseite festgestellt worden sei. Allerdings sprächen die übrigen MRI-Befunde (insbesondere das Fehlen eines Bone-bruises) dagegen, dass dieser die Folge des Ereignisses vom 28. Mai 2012 sei. Der Kreisarzt hat damit medizinisch begründet dargelegt, wieso auch der Knorpelschaden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 28. Mai 2012 zurückzuführen ist. In den Akten finden sich keine Unterlagen, die dieser Beurteilung widersprechen würden.

3.3.3 Zusammengefasst legt Dr. med. C._____, gestützt auf die vollständigen medizinischen Akten, nachvollziehbar und überzeugend dar, dass es beim genannten Ereignis im Jahr 2012 zu einer Prellung am Gelenk und am Schienbeinkopf sowie zu einer Ödembildung kam. Hingegen ist der am 17. Januar 2017 operierte Knieschaden (insbesondere Meniskus- und Knorpelschaden) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis (Unfall vom 28. Mai 2012) zurückzuführen. Auch eine richtunggebende Verschlimmerung bereits vorliegender Schäden konnte der Kreisarzt ausschliessen. Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Argumente vermögen dessen Beurteilung nicht in Zweifel zu ziehen.

4.

Der Beschwerdeführer bezog sich in seiner Einsprache (act. II 43) auf ein Ereignis im Jahr 2013, anlässlich welchem er das linke Knie nochmals ver-

letzt habe. Damit macht er zumindest implizit geltend, der Knieschaden hätte auch durch dieses Ereignis entstanden sein können. Dies findet in den vorliegenden Akten keinen Rückhalt, wurde damals doch lediglich ein Zahnschaden geltend gemacht (act. IIA 1). Die entsprechenden medizinischen Akten bieten somit keine Anhaltspunkte dafür, dass der am 17. Januar 2017 operierte Knieschaden auf dieses Ereignis zurückzuführen wäre.

5.

Nach dem Gesagten ist ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 28. Mai 2012 oder dem Ereignis im Jahr 2013 und dem am 17. Januar 2017 operierten Knieschaden ausgeschlossen. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. Juli 2017 erweist sich somit als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

6.

6.1 Verfahrenskosten sind in Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a UVG keine zu erheben.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
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.