

200 18 240 UV  
FUR/GET/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 17. August 2018**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiber Germann

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**Suva**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
Beschwerdegegnerin



betreffend Einspracheentscheid vom 22. Februar 2018

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der ... geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bis zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses Ende August 2015 bei der B. \_\_\_\_\_ AG als ... angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (Akten der Suva [act. II] 1; [act. IIA]) 154 S. 28 f.). Mit Bagatellunfall-Meldung UVG vom 4. Juni 2015 bzw. Schadenmeldung UVG vom 17. Juni 2015 liess der Versicherte der Suva mitteilen, dass er am ... 2015 bei der Arbeit von einem durch einen Kran geführten Betonkübel am unteren Rücken getroffen worden sei und sich dadurch eine Prellung daselbst zugezogen habe (act. II 1; 4; 18 S. 1). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht, indem sie für die Heilungskosten aufkam und Taggelder ausrichtete (act. II 2; 6 f.). In der Folge machte der Versicherte insbesondere Beschwerden im rechten Schultergelenk (act. II 48 S. 1), Leistenschmerzen rechts mit Ausstrahlung bis ins Kniegelenk (act. II 50 S. 1), Beschwerden in der rechten Hüfte (act. II 53 S. 1) sowie eine Borrelioseerkrankung (act. II 93) geltend. Nachdem die Suva bei ihrem Kreisarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Agenturärztlicher Dienst, einen Bericht eingeholt hatte (act. II 94), stellte sie mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 7. April 2016 (act. II 99) die Leistungen zufolge Erreichens des Status quo sine per 12. Januar 2016 ein. Ferner verneinte sie mit Schreiben vom 18. Mai 2016 (act. II 104) formlos eine Leistungspflicht mit Bezug auf die geltend gemachte Borrelioseerkrankung. Auf ein am 25. Juli 2016 (act. II 112) eingereichtes Gesuch „um nochmalige Prüfung des Leistungsbegehrens betreffend die Unfallfolgen vom 27. 05. 2015“ trat die Suva mit (ebenfalls unangefochten gebliebener) Verfügung vom 3. August 2016 (act. II 114) nicht ein.

**B.**

Mit „Schadenmeldung UVG für arbeitslose Personen“ (act. II 123) wurde der Suva am 3. Februar 2017 ein Rückfall zum Ereignis vom ... . (richtig: ... .) ... 2015 gemeldet, wobei unter Verletzung „Ganzer Körper (systemische Wirkung)“ angegeben wurde. Mit Schreiben vom 3. April 2017 (act. II 130) teilte die Suva dem beco, Arbeitslosenkasse, mit, zufolge rechtskräftiger Leistungseinstellung sei eine Rückfallmeldung nicht mehr möglich.

Am ... 2017 unterzog sich der Versicherte wegen einer medialen Meniskushinterhornläsion im rechten Knie bei „Status nach Arbeitsunfall mit Anpralltrauma rechte Körperhälfte .../2015“ einer therapeutischen Kniegelenksinfiltration (act. II 139). Die Suva holte die Akten der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) ein (act. II 137 - 153; IIA 154) und legte das medizinische Dossier der Kreisärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, zur Beurteilung vor (Bericht vom 22. November 2017 [act. IIA 161]). Mit Verfügung vom 5. Dezember 2017 (act. IIA 162) lehnte die Suva eine Leistungspflicht mangels natürlicher Kausalität zwischen dem Ereignis vom ... 2015 und den geklagten Kniebeschwerden ab. Eine dagegen vom Versicherten erhobene Einsprache (act. IIA 165; 174) wies die Suva mit Entscheid vom 22. Februar 2018 (act. IIA 183) – soweit sie darauf eintrat (vgl. S. 3, E. 1) – ab.

**C.**

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 20. März 2018 Beschwerde. Er beantragt sinngemäss die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides vom 22. Februar 2018. In der Begründung macht der Beschwerdeführer geltend, entgegen der Auffassung der Suva seien die Kniebeschwerden rechts unfallbedingt. Zumindest sei die Sache durch einen neutralen Arzt abzuklären.

Am 23. April 2018 reichte der Beschwerdeführer weitere Berichte behandelnder Ärzte ein (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 9 - 17).

Mit Beschwerdeantwort vom 8. Juni 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig legte sie eine chirurgische Beurteilung von PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, ins Recht (in den Gerichtsakten).

Mit Eingabe vom 29. Juni 2018 hält der Beschwerdeführer am beschwerdeweise gestellten Antrag und an den vorgebrachten Standpunkten fest. Gleichzeitig reichte er weitere medizinische Berichte ein (act. I 18 ff.).

## **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** Angefochten ist der die Verfügung vom 5. Dezember 2017 (act. IIA 162) bestätigende Einspracheentscheid vom 22. Februar 2018 (act. IIA 183). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf

Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung in Zusammenhang mit dem Ereignis vom ... 2015 bezüglich der Kniebeschwerden rechts.

**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 – wie vorliegend – 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).

**2.2** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit (Art. 6 Abs. 1 UVG) sowie eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs 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**

**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 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).

**2.3.2** 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).

### **3.**

#### **3.1**

**3.1.1** Es steht fest und ist unbestritten, dass das Ereignis vom ... 2015, bei dem der Beschwerdeführer beim Arbeiten von einem durch einen Kran geführten Betonkübel am unteren Rücken getroffen wurde und sich dabei eine Prellung daselbst zugezogen hat (act. II 1; 4), einen Unfall im Rechtsinne (Art. 4 ATSG) darstellt. Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht ursprünglich anerkannt und die gesetzlichen Leistungen bis zum Leistungseinstellungszeitpunkt per 12. Januar 2016 (act. II 99) erbracht. Sodann ist weder ersichtlich noch macht der Beschwerdeführer geltend, dass sich seither ein weiteres Ereignis im Sinne von Art. 4 ATSG

oder Art. 6 Abs. 2 UVG ereignet hätte, welches potentiell für die streitgegenständliche Knieproblematik rechts verantwortlich zeichnen könnte.

**3.1.2** Ferner steht fest, dass die Beschwerdegegnerin hinsichtlich der Kniebeschwerden rechts zu keinem Zeitpunkt eine Leistungspflicht anerkannt oder gar Leistungen erbracht hat. Ständen demnach die Kniebeschwerden rechts im Rahmen der bis 12. Januar 2016 erfolgten Leistungsanerkennung (act. II 99) gar nie zur Diskussion, gilt nicht die Beweislastverteilung bezüglich Wegfalls der Unfallkausalität (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), sondern liegt es im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes grundsätzlich am Beschwerdeführer, den Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom ... 2015 und den geltend gemachten Kniebeschwerden rechts zu beweisen (vgl. E. 2.3.2 vorne und Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. August 2017, 8C\_819/2016, E. 6.2). Dies ist denn auch unbestritten.

**3.2** Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers äussern sich die (medizinischen) Akten in streitgegenständlicher Hinsicht im hier massgeblichen Beurteilungszeitraum bis zum angefochtenen Einspracheentscheid vom 22. Februar 2018 im Wesentlichen wie folgt:

**3.2.1** Im Arzzeugnis UVG vom 20. September 2015 (act. II 18 S. 1) des Spitals F.\_\_\_\_\_, wo am 4. Juni 2015 die Erstbehandlung erfolgte (vgl. act. II 1 S. 1), wurde eine Rückenkontusion diagnostiziert.

**3.2.2** Am 12. Juni 2015 erfolgte ein MRI der Lendenwirbelsäule (LWS). Unter „Klinische Angaben“ wurde festgehalten, der Beschwerdeführer gebe Schmerzen und Ausstrahlung ins rechte Bein an. In der Beurteilung hielt der untersuchende Arzt Folgendes fest: „Kleine rechts mediolaterale Diskushernie L2/3 mit marginalem Kontakt zur Nervenwurzel L3 rechts im Recessus lateralis“ (act. II 20).

**3.2.3** Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 17. September 2015 (act. II 19 S. 1 f.) ein radikuläres Syndrom L3 rechts bei kleiner subligamentärer Diskushernie L2/3 rechts. Es beständen persistierende ausstrahlende Schmerzen im Bereich L3 rechts (S. 1).

Im Bericht vom 5. Oktober 2015 (act. II 38 S. 4 - 6) hielt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ fest, die funktionellen Einschränkungen beständen in einer Kraftminderung im Psoas L4 rechts und einer Sensibilitätsverminderung im Bereich L3 rechts. Der Beschwerdeführer könne im Moment nicht lange sitzen und auch beim Laufen träten ausstrahlende Schmerzen in den rechten Oberschenkel auf (S. 4).

Mit weiterem Bericht vom 28. November 2015 (act. IIA 166) hielt er fest, der Beschwerdeführer schildere Schmerzen in der ganzen rechten Seite des Körpers nach einem Unfall während der Arbeit. Im Moment ständen vor allem die Schmerzen in der rechten Schulter und in der rechten Hüfte im Bereich des grossen Trochanters sowie des rechten Knies im Vordergrund. Die klinische Untersuchung habe eine deutliche Druckdolenz im Bereich der Leiste rechts mit Schmerzen bei Aussenrotation der Hüfte rechts und Schmerzen im Bereich des grossen Trochanters rechts gezeigt. Sodann habe eine Verspannung der Flexionsmuskulatur des rechten Beines bestanden. Er – Dr. med. G.\_\_\_\_\_ – glaube, das die kleine Diskushernie L2/3 rechts nicht verantwortlich für die Schmerzen sei. Für die Lumbalgien empfehle er eine Fortsetzung der Physiotherapie. Die Schmerzen in der rechten Schulter und in der Hüfte rechts bedürften einer orthopädischen Abklärung.

**3.2.4** H.\_\_\_\_\_, Praktischer Arzt und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 11. Dezember 2015 (act. II 48 S. 1 f.) eine SLAP-Läsion Typ III im rechten Schultergelenk sowie eine Rückenkontusion/LWS-Syndrom bei Diskushernie L2/3. Es beständen gleichbleibende Schmerzen im rechten Schultergelenk und im Bereich der Halswirbelsäule (HWS).

**3.2.5** Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 17. Dezember 2015 (act. II 50) „Myogelosen, Leistenschmerzen rechts nach Arbeitsplatzunfall .... 2015“ und hielt unter „Weitere Diagnosen“ eine Diskushernie L2/L3 sowie eine „SLAP-Läsion Typ III, subacromiales Impingement Schulter rechts“ fest. Der Beschwerdeführer sei am Arbeitsplatz auf einer Grossbaustelle von einem Betonsilo erfasst worden und habe ein Konsekutivtrauma der rechten unteren Extremität erlitten. Seither persistier-

ten Schmerzen im rechten Leistenbereich mit Ausstrahlung bis ins Kniegelenk. Weiterreichende Abklärungen insbesondere der Wirbelsäule und Schulter hätten insbesondere unfallbezogen keine wesentlichen pathomorphologischen Korrelate gezeigt. Nun fokussiere man sich auch auf die rechte Leiste sowie das gesamte rechte Bein (S. 1). Zum Befund hielt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ fest, die Kniegelenke hätten sich beidseits absolut unauffällig gezeigt; die Fusssohlenbeschwellung sei regelrecht und symmetrisch; es bestehe keine Atrophie der Oberschenkel- respektive Unterschenkelmuskulatur; der Gastrocnemius sei beidseits symmetrisch ausgeprägt (S. 2).

**3.2.6** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, diagnostizierte im Bericht vom 11. März 2016 (act. II 84) „chronische posttraumatische Lumbo-Pyralgien re>li mit/bei“ muskulärer Dehn- und Kraftdysbalance der Rumpfbeckens- und Oberschenkelmuskulatur rechts. Der Beschwerdeführer leide seit dem Unfall vom ... 2015 unter Schmerzen an der oberen Extremität rechts, im Rumpf-Beckenbereich sowie in den unteren Extremitäten (S. 1). Die bewegungsapparatspezifischen Beschwerden auf Schulter-Armhöhe rechts, auf Hüft- sowie auf LWS-Höhe seien anhand der Untersuchung vorwiegend myogener Natur trotz verschiedenen strukturellen Befunden (S. 3).

**3.2.7** In der zu Händen des Krankentaggeldversicherers erstellten interdisziplinären arbeitsspezifischen Abklärung der Klinik O. \_\_\_\_\_ vom 19. Mai 2016 (act. II 151 f.) wurden unter „Arbeitsrelevante Probleme“ die rechte Schulter und Hüfte, das Kreuz sowie stark verkürzte Hüftbeuger beidseits angegeben (act. II 151 S. 7). Unter Anamnese wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe nach dem Unfall vom ... 2015 Schmerzen im unteren Rücken mit später Ausstrahlung ins rechte Bein sowie im Bereich der rechten Schulter erlitten. Aktuell seien immer noch Schmerzen im Becken rechtsseitig vorhanden; die Schmerzen im rechten Bein seien deutlich weniger, ebenso die Beschwerden in der rechten Schulter (S. 1).

**3.2.8** Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Bericht vom 19. August 2016 (act. II 153 S. 86 f.) fest, der Beschwerdeführer beklage starke

Schmerzen im Bereich der rechten Schulter, der rechten Hüfte und der Wirbelsäule (S. 86).

**3.2.9** Vom ... 2016 bis ... 2017 befand sich der Beschwerdeführer in der Klinik L.\_\_\_\_\_ in stationärer Behandlung. Im entsprechenden Bericht vom 1. Februar 2017 (act. II 149) wurden im Wesentlichen eine Periarthropathia humeroscapularis rechts, eine Periarthropathia coxae rechts, eine Anpassungsstörung (mit Ärger und Enttäuschung), ein Kopfanpralltrauma frontal im Schwimmbad am ... 2016 sowie eine chronische Schmerzstörung lumbal diagnostiziert (S. 1). Bei Eintritt seien orthopädischerseits ein Muskelhartspann des rechten Nacken-Schulterbereichs und eine schmerzbedingt eingeschränkte Schulterbeweglichkeit rechts sowie ein Schnappphänomen als Hinweis auf eine Subluxation der rechten Schulter feststellbar gewesen. Bei maximaler Innenrotation der rechten Hüfte habe eine leichte Schmerzprovokation sowie eine eingeschränkte Aussenrotation bestanden (S. 2). Im Austrittsgespräch habe der Beschwerdeführer eine Besserung der Schmerzen der rechten Schulter und Hüfte sowie auch im Rücken und eine bessere Fähigkeit, Treppen zu steigen und Dinge zu greifen, angegeben. Grosse Sorgen habe er bezüglich der Anerkennung seines Arbeitsunfalles (S. 3).

**3.2.10** PD Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 3. März 2017 (act. II 153 S. 95 f.) ein chronisches Schmerzsyndrom rechte Körperhälfte, beginnend im Bereich der HWS, dann rechte Schulter sowie rechter LWS- und Hüftbereich, einen Status nach Arbeitsunfall am ... 2015 sowie mehretägere Diskopathien im Bereich der HWS mit Bandscheibenprotrusion/Hernierung, vornehmlich C5/6 rechtsbetont. Der Beschwerdeführer beschreibe nach wie vor Beschwerden vornehmlich von Seiten der rechten Schulter; dazu kämen muskuläre Verspannungen der rechten HWS-Seite (S. 95).

**3.2.11** Im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 24. August 2017 (act. II 131) wurde festgehalten, den Beschwerdeführer störten vor allem die Schmerzen in der dorsalen Schulterregion. Zusätzlich habe er Schmerzen im Hüft- und Kniegelenk, weswegen zeitnah Abklärungen erfolgen sollten (S. 1).

Im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 4. September 2017 (act. II 140) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer moniere Knieschmerzen seit dem Arbeitsunfall im ... 2015, die er bereits mehrfach erwähnt habe, aber welche noch nie weiter abgeklärt worden seien. Er verzeichne Schmerzen insbesondere bei Knierotationsbewegungen mit Schmerzlokalisierung über dem medialen Kniegelenkspalt.

**3.2.12** Im Bericht des Spitals N.\_\_\_\_\_ vom 29. September 2017 (act. II 141) wurde eine mediale Meniskushinterhornläsion Knie rechts bei Varusmorphotyp mit/bei Status nach Arbeitsunfall mit Anpralltrauma rechte Körperhälfte .../2015, ein Verdacht auf ein lumbales Schmerzsyndrom mit teilweise radikulärer/pseudoradikulärer Ausstrahlung in die rechte Leiste und den lateralen Oberschenkel sowie eine posttraumatische dorsale Instabilität der Schulter rechts und Bizeps Pulley-Läsion nach direktem Anpralltrauma von anterolateral im ... 2015 diagnostiziert. MR-diagnostisch (vgl. act. II 145 S. 1) bestätige sich eine mediale Meniskushinterhornläsion. Im Rahmen der Sprechstunde sei eine Kniegelenksinfiltration mit Lokalanästhetikum und Kenacort durchgeführt worden (act. II 141 S. 1). Auf Grund der bereits seit mehr als zwei Jahren bestehenden Schmerzsymptomatik mit jeweils Schmerzlokalisierung über dem medialen Kniegelenkspalt werde eine valgisierende Schiene zur Entlastung des medialen Kniegelenkkompartiments rezeptiert (S. 2).

**3.2.13** Die Kreisärztin Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 17. November 2017 (act. IIA 161) fest, ... Jahre nach dem Unfallereignis seien erstmals Kniebeschwerden rechts dokumentiert. Abklärungen hätten eine komplexe mediale Meniskusläsion ergeben. Seit dem Arbeitsunfall sei der Beschwerdeführer von mehreren verschiedenen Ärzten gesehen worden, es habe zudem eine mehrwöchige Rehabilitation in der Klinik L.\_\_\_\_\_ stattgefunden. Nirgends würden Knieschmerzen erwähnt. Die aktuell monierten Kniebeschwerden könnten somit ... Jahre nach dem Ereignis nicht mehr damit in Verbindung gebracht werden. Die MR-tomografisch sichtbare Veränderung sei degenerativen Ursprungs (S. 4).

**3.2.14** Med. pract. H.\_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 17. Januar 2018 (act. IIA 179) fest, der Beschwerdeführer klage seit dem Unfall über Rückenschmerzen mit Beinschmerzen rechts, wobei die Behandlungen aufgrund

der unklaren Situation und ungenauer Schmerzlokalisierung auf die LWS, das Hüftgelenk und die Leiste konzentriert gewesen seien. Nun zeigten die weiteren Untersuchungen, dass auch eine Knieproblematik mit Meniskus-schaden vorliege, welche eine Folge des Unfalls sei.

**3.2.15** Im zu Händen der damaligen Rechtsvertreterin verfassten Bericht des Spitals N. \_\_\_\_\_ vom 14. Februar 2018 (act. IIA 181 S. 1 f.) wurde festgehalten, beim Arbeitsunfall vom ... 2015 schienen die Knieschmerzen nicht im Vordergrund gestanden zu haben, es sei jedoch im Verlauf aufgrund einer progredienten Schmerzsymptomatik am 26. September 2017 eine Kniegelenksinfiltration durchgeführt worden. Die Knieschmerzen könnten zum einen in Zusammenhang mit dem Unfall eine Kniegelenksproblematik unterstützt haben. Aktenanamnestisch habe der Beschwerdeführer rechtsseitige Knieschmerzen seit dem Arbeitsunfall 2015 angegeben, welche bis September 2017 nicht in der klinikinternen Sprechstunde abgeklärt worden seien. Diese Knieschmerzen seien jedoch in fremden Akten ebenfalls schon bereits posttraumatisch beschrieben worden.

Eine mediale Meniskushinterhornläsion könne sowohl als traumatische Folge auftreten als auch degenerativ mit chronischem Verlauf. Bei fehlender Vordiagnose sei auf Grund des Alters die Meniskushinterhornläsion als mittelbare Unfallfolge mit einer nachfolgenden Varusfehlstellung der Beinachse zu sehen, welche wesentlich zur symptomatischen Fehlstellung beigetragen habe. Da der Beschwerdeführer aktenanamnestisch erst seit dem Unfall über rechtsseitige Kniebeschwerden geklagt habe, liege hier wahrscheinlicher eine traumatische Meniskushinterhornläsion vor mit chronisch progredientem Verlauf.

**3.2.16** In der chirurgischen Beurteilung vom 5. Juni 2018 (in den Gerichtsakten) hielt PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, nach dem Unfall seien in den vorliegenden Dokumenten u.a. auch Kniebeschwerden erwähnt, ohne dass jedoch weiter darauf eingegangen worden sei, respektive zusätzliche Abklärungen unternommen worden wären. Rund ... Jahre nach dem Unfallereignis werde auf diese Beschwerden genauer klinisch und bildgebend eingegangen. Es finde sich dabei eine komplexe Hinterhornläsion des Innenmeniskus. Diese Rissmorphologie, das Alter des Beschwerdeführers, der geschilderte Unfallmechanismus, die Symptomatik anlässlich des Un-

falls, die vorliegende, nicht physiologische Knieachse und die Tatsache, dass degenerative Meniskusküsläsionen occult vorliegen könnten, widersprechen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer Unfallkausalität. Dass es anlässlich des Unfalls zu einer unspezifischen Knieverletzung gekommen sei, sei möglich. Es existierten aber keine klinischen, zeitnahen Untersuchungsbefunde, und es fehle eine zeitnahe Bildgebung, die allfällige unfallkausale, strukturelle Veränderungen belegen würden (S. 17 f.).

### **3.3**

**3.3.1** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismwürdigung 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.3.2** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 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).

**3.4** Die chirurgische Beurteilung von PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 5. Juni 2018 (in den Gerichtsakten) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte (vgl. E. 3.3.2 vorne) und erbringt vollen Beweis. Dabei schadet es nicht, dass es sich um einen Aktenbericht handelt, konnte sich PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ bei seiner Beurteilung doch auf zahlreiche Berichte verschiedener behandelnder Ärzte und einen bildgebend und damit lückenlos erhobenen Befund abstellen. Zudem kann insbesondere (auch) die Kausalität im Rahmen eines Aktengutachtens erörtert werden (Entscheid des BGer vom 9. November 2011, 8C\_383/2011, E. 4.2). Sodann hat PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zu Gunsten des Beschwerdeführers den von ihm erstmals in der Beschwerde vom 20. März 2018 in dieser Form geschilderten Unfallmechanismus, wonach er – als ihn der Kübel im Rücken getroffen habe – „wie angewurzelt“ im flüssigen Beton gestanden habe, bei seiner Beurteilung miteinbezogen (S. 16). Im Weiteren hat er auf die anatomischen Verhältnisse betreffend das Kniegelenk und die zu berücksichtigenden Faktoren bei der Beurteilung von Meniskusrissen detailliert Bezug genommen und dabei die mittels MRI (vgl. act. II 145) sowie Orthoradiogramm (act. II 144) dargestellten Befunde ausführlich – und namentlich unter dem Gesichtspunkt einer allfällig traumatisch bedingten Genese – diskutiert (in den Gerichtsakten, S. 13 ff.). Dabei hat er das Vorliegen einer Meniskusläsion bestätigt (S. 16), jedoch unter Berücksichtigung der Rissmorphologie, des Alters des Beschwerdeführers, des geschilderten Unfallmechanismus, der Symptomatik anlässlich des Unfalls, der nicht physiologischen Knieachse und der Tatsache, dass degenerative Meniskusläsionen occult vorliegen können dargelegt, dass das Ereignis vom ... 2015 nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zur Meniskusläsion im rechten Knie geführt hat (S. 18). Diese Einschätzung stimmt schliesslich auch mit jener der Kreisärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_ überein (vgl. act. IIA 161 S. 4).

**3.5** Was dagegen vorgebracht wird, führt zu keiner anderen Beurteilung:

**3.5.1** Der Beschwerdeführer macht geltend, entgegen der Beschwerdegegnerin seien die Knieschmerzen rechts nicht erst ein halbes Jahr nach dem Unfall aufgetreten (vgl. Eingabe vom 29. Juni 2018), womit er – sinngemäss und entgegen der Beschwerdegegnerin – auf einen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom ... 2015 und den Kniebeschwerden rechts schliesst.

Insoweit ist zunächst vorzuschicken, dass PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ dem Dargelegten zufolge (vgl. E. 3.4 hiervor) das Fehlen der Kausalität im Wesentlichen mit anderen Faktoren begründete als mit dem geltend gemachten engen zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Eintritt der Schmerzsymptomatik. Davon abgesehen, ist das Auftreten von Kniebeschwerden rechts unmittelbar nach dem Unfall vom ... 2015 nicht mittels echtzeitlicher Akten belegt, standen doch nach der in E. 3.2 aufgezeigten medizinischen Aktenlage zuerst Rücken-, dann zusätzlich Schulterbeschwerden und schliesslich Beschwerden im Bereich der oberen Extremität rechts, im Rumpf- und Beckenbereich sowie den unteren Extremitäten generell (vgl. act. II 84 S. 1) im Vordergrund. Zwar erwähnte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 28. November 2015 (act. IIA 166) unter den schmerz betroffenen Bereichen ausdrücklich auch das rechte Knie. Die Tatsache jedoch, dass der Arzt keine Untersuchung des rechten Kniegelenks vornahm und sich die von ihm empfohlene weitere orthopädische Abklärung allein auf die rechte Schulter und die rechte Hüfte bezog, lässt den Schluss zu, dass er – wie bereits im Bericht vom 5. Oktober 2015 – von ausstrahlenden Schmerzen (vgl. act. II 38 S. 4), nicht jedoch von im Knie lokalisierten Beschwerden ausging. Dies deckt sich mit den zahlreichen, in der weiteren Folge erstellten Berichten verschiedener behandelnder Ärzte, welchen sich keinerlei Hinweise auf eine (geschilderte oder untersuchte) Knieproblematik (mit Lokalisation daselbst) entnehmen lassen (vgl. E. 3.2.6 – 3.2.10 vorne). Einzig Dr. med. I. \_\_\_\_\_ nahm auch hinsichtlich der Kniegelenke eine Befunderhebung vor, stellte jedoch beidseitig absolut unauffällige Verhältnisse fest (act. II 50 S. 2). Zudem hat auch der Beschwerdeführer selber – sei es gegenüber der Beschwerdegegnerin, sei es, wie dargelegt, gegenüber den Ärzten – aktenkundig nie spezifisch das Kniegelenk erwähnt, sondern Schmerzen im Bein oder „bis zum Knie“ im Sinne von ausstrahlenden Schmerzen angegeben (vgl. act. II 29 S. 3; 115

S. 2 f. [eingefügt zwischen act. II 42 und 43]; 71; 84 S. 4; act. I 17; 24; 28; 31), was nicht dasselbe ist. Wenn der Beschwerdeführer deshalb im Rahmen der „Sprechstunde Kniechirurgie“ des Spitals F. \_\_\_\_\_ am 1. September 2017 – mithin über ... Jahre nach dem Unfall – „Knieschmerzen seit dem Arbeitsunfall [vom ... 2015]“ angibt, „die er bereits mehrfach erwähnt habe, aber welche noch nie weiter abgeklärt“ worden seien (act. II 140 S. 1; vgl. auch act. II 141 S. 2), vermag dies in beweismässiger Hinsicht – namentlich in Anbetracht seiner eigenen früheren Angaben und der Tatsache, dass zahlreiche verschiedene Ärzte den Beschwerdeführer untersucht haben – nicht zu überzeugen.

**3.5.2** Soweit schliesslich die behandelnden Ärzte einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom ... 2015 und den Kniebeschwerden rechts bejahen, vermögen sie den Beweiswert der chirurgischen Beurteilung von PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ nicht zu erschüttern:

So begründete Dr. med. H. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 17. Januar 2018 (act. IIA 179) nicht weiter, warum der Meniskusschaden eine Folge des Unfalls darstellen soll. Soweit er geltend macht, der Meniskusschaden sei vom Beschwerdeführer gegenüber den bisher behandelnden Ärzten als Beinschmerzen angegeben worden, ist dies unter den vorliegend gegebenen Umständen nach dem bereits Dargelegten nicht plausibel (vgl. E. 3.5.1 vorne).

Ferner hat PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zum Bericht des Spitals N. \_\_\_\_\_ vom 14. Februar 2018 (act. IIA 181 S. 1 f.) ausdrücklich Stellung genommen und überzeugend dargelegt, warum dieser Bericht an der von ihm getroffenen Einschätzung nichts ändert (in den Gerichtsakten, S. 17). Darauf kann verwiesen werden. Soweit die behandelnden Ärzte des Spitals N. \_\_\_\_\_ im Übrigen argumentieren, der Beschwerdeführer habe aktenanamnestisch erst seit dem Unfall über rechtsseitige Kniebeschwerden geklagt, weshalb hier wahrscheinlicher eine traumatische Meniskushinterhornläsion vorliege mit chronisch progredientem Verlauf, ist in Erinnerung zu rufen, dass für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung die Formel „post hoc, ergo propter hoc“, nach deren 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), nicht massgebend ist.

**3.6** Demnach zeigen die behandelnden Ärzte in ihren Berichten keine Aspekte auf, welche auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung von PD Dr. med. E.\_\_\_\_\_ zu wecken vermöchten (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Der Sachverhalt erweist sich somit als hinreichend abgeklärt und der beschwerdeweise beantragten weiteren Abklärung bedarf es nicht.

**3.7** Zusammenfassend sind die Kniebeschwerden rechts nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom ... 2015 zurückzuführen, weshalb die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht verneint hat. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 22. Februar 2018 (act. IIA 183) ist somit nicht zu beanstanden und die dagegen gerichtete Beschwerde abzuweisen.

#### **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 besteht weder für den unterliegenden Beschwerdeführer noch für die obsiegende Beschwerdegegnerin ein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG; BGE 126 V 143 E. 4a S. 150).

#### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Partei-entschädigung zugesprochen.
  
3. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - Suva
  - Bundesamt für Gesundheit

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

**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.