

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/18 vom 10. Juli 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-07-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2019_18

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/18 du 10 juillet 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/18 del 10 luglio 2020

Regeste

Art. 4 ATSG: Bejahung eines Unfallereignisses bzw. eines ungewöhnlichen äusseren Faktors. Der Versicherte hatte beim Tennisspielen auf Sand zu einem seitlichen Stoppschritt angesetzt und war auf dem Sand nach links gerutscht, wobei das Sprunggelenk überdehnt wurde und das Knie einknickte. Weil er "unerwartet weiter als geplant" gerutscht war, wird der Rahmen einer normalen Gelenkverdrehung überschritten. Die Bejahung eines Unfalls darf allgemein nicht von der Schwere der dabei erlittenen Verletzung abhängig gemacht werden. Art. 6 UVG: Bejahung eines unfallkausalen Meniskusrisses gestützt auf die Beurteilung des behandelnden Arztes (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Juli 2020, UV 2019/18).

Volltext

Entscheid vom 10. Juli 2020 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen Geschäftsnr. UV 2019/18 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin MLaw Diane Günthart, Bahnhofstrasse 12, 8001 Zürich, gegen AXA Versicherungen AG, General-Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) war als Berufsschullehrer bei der B.____ angestellt und dadurch bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend: AXA) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (act. A1). Mit Schadenmeldung UVG vom 17. Mai 2018 liess der Versicherte durch seine Arbeitgeberin melden, er habe sich am 8. Mai 2018 bei einem Stoppschritt in der Tennishalle das Sprunggelenk gedehnt und sei zusätzlich mit dem Knie eingeknickt (act. A1). Eine Erstbehandlung hatte am 10. Mai 2018 bei Dr. med. C.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, stattgefunden, der eine Knie- und OSG-Distorsion links am 8. Mai 2018 diagnostiziert, die aktuellen Beschwerden als unfallbedingt eingeschätzt, dem Versicherten vom 10. bis 27. Mai 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert und ihn einer MRT-Untersuchung des linken Knies und OSG sowie einer orthopädischen Untersuchung zugewiesen hatte (act. M1, M6). Die MRT-Untersuchungen waren am 14. und 15. Mai 2018 im Röntgeninstitut D.____ durch Dr. med. E.____, FMH Radiologie, durchgeführt worden. Das linke OSG hatte laut Untersuchungsbericht vom 14. Mai 2018 eine ältere Ruptur des Ligamentum fibulotalare anterius/fibulokalkaneare sowie einen partiell ossären Ausriss des Ligamentum deltoideum, eine mässige OSG-Arthrose mit chronischer Synovitis und kleiner osteochondraler Läsion (Grad I) an der medialen Talusschulter sowie eine Faszitis plantaris mit kleiner Partialruptur gezeigt (act. M2). In der MRT-Bildgebung des linken Kniegelenks waren laut Untersuchungsbericht vom 15. Mai 2018 ein kleiner

longitudinaler Riss ohne Fragmentdislokation des medialen Meniskushinterhorns, ein intakter Bandapparat und eine oberflächliche Chondropathie am medialen Femurkondyl ohne bone bruise (Grad II) erkennbar gewesen (act. M3). Am 24. Mai und 28. August 2018 wurde der Versicherte durch Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie, untersucht, der eine mediale Meniskusläsion Kniegelenk links und einen Zustand nach Kapselbandverletzung mit vernarbtem VKB (act. M5) bzw. eine mechanisch relevante Meniskusruptur Kniegelenk links nach Unfall mit aktuell Streckblockaden und deutlich massiven medialen Schmerzen (act. M4) diagnostizierte. Am 18. Juli 2018 machte der Versicherte in einem "Formular zum Schadenereignis" unter anderem nähere Angaben zum Hergang des Ereignisses vom 8. Mai 2018. Er habe beim Tennisspielen auf Sand zu einem seitlichen Stoppschritt angesetzt und sei auf dem Sand nach links gerutscht, wobei er das linke Sprunggelenk überdehnt habe und daraufhin mit dem linken Knie medial eingeknickt sei (act. A2). Mit Schreiben vom 29. August 2018 reichte die Klinik G.____ der AXA ein Kostengutsprache gesuch für einen stationären Aufenthalt im Zusammenhang mit einer von Dr. F.____ durchzuführenden Meniskusoperation mit Synovektomie und Knorpelbehandlung links ein (act. A3), worauf die AXA den Schadenfall ihrem beratenden Arzt Dr. med. H.____, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie, Traumatologie, zur Beantwortung der Fragen vorlegte, ob es sich vorliegend um eine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG handle, falls ja, um welche, und ob die Listenverletzung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei. Dr. H.____ bejahte in einer Stellungnahme vom 11. September 2018 beide Fragen, indem er einen Meniskusriss bzw. eine - gemäss MRT-Befunden des linken Knies vom 15. Mai 2018 - degenerative Läsion des Meniskus angab (act. M7). Ebenfalls am 11. September 2018 führte Dr. F.____ beim Versicherten eine diagnostische Kniearthroskopie links, eine arthroskopisch kontrollierte Teilmeniskektomie medial, perimeniskale Anfrischung und Meniskusglättung lateral sowie eine arthroskopisch geführte Teilsynovektomie und Lavage durch (act. M8 und M9). Mit Schreiben vom 4. September 2018 hatte die AXA dem Versicherten mitgeteilt, dass mangels Vorliegens eines Unfalls im Sinne des Gesetzes und wegen einer degenerativen Ursache der Gesundheitsschäden kein Anspruch auf Versicherungsleistungen der obligatorischen Unfallversicherung bestehe. Die Kostengutsprache der Klinik G.____ werde daher abgelehnt (act. A4). Mit Verfügung vom 17. September 2018 bestätigte die AXA ihre Leistungsablehnung betreffend das Ereignis vom 8. Mai 2018 bzw. die Gesundheitsschäden im Bereich des linken Knies und des linken OSG des Versicherten (act. A5). Mit Schreiben vom 19. September 2018 nahm Dr. F.____ zur verfügten Leistungsablehnung Stellung. Aus seiner Sicht bestehe eine eindeutige traumatische Meniskusläsion (act. M10). Die gegen diese Verfügung vom Versicherten und dessen Krankenversicherer am 1. bzw. 10. Oktober 2018 erhobenen Einsprachen (act. A6, A8) wurden von der AXA nach Einholung einer ausführlichen Beurteilung des Schadenfalls bei ihrem beratenden Arzt Dr. med. I.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, vom 10./18. Januar 2019 (act. M11) mit Einspracheentscheid vom 24. Januar 2019 abgewiesen (act. A10). Gegen den Einspracheentscheid liess der Versicherte durch seine Rechtsvertreterin, Rechtsanwältin MLaw D. Günthart, Zürich, mit Eingabe vom 19. Februar 2019 Beschwerde mit folgenden Anträgen erheben: 1. Es sei der Einspracheentscheid vom 24. Januar 2019 aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. 2. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zu weiteren medizinischen Abklärungen zurückzuweisen, damit sie hernach nochmals über die gesetzlichen Ansprüche des Beschwerdeführers entscheide.

3. Die vollständigen Akten seien von der Beschwerdegegnerin zu edieren und dem Beschwerdeführer sei eine angemessene Nachfrist zur weiteren Begründung anzusetzen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1). Mit Schreiben vom 11. März 2019 verzichtete die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers auf eine Beschwerdeergänzung (act. G3). Mit Beschwerdeantwort vom 11. April 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G5). In der Replik vom 9. Mai 2019 hielt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers an ihren Anträgen Ziff. 1 und 2 aus der Beschwerde fest (act. G7). Mit Schreiben vom 19. Juni 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin weiterhin die Abweisung der Beschwerde und verzichtete auf die Einreichung einer ausführlichen Duplik (act. G9). Erwägungen Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin für das vom Beschwerdeführer gemeldete Ereignis vom 8. Mai 2018 und die bei ihm in der Folge ärztlich behandelten Gesundheitsstörungen im Bereich des linken OSG sowie die am 11. September 2018 an seinem linken Knie operativ therapierte Gesundheitsschädigung - laut Operationsbericht von Dr. F.____ vom 12. September 2018 eine komplexe mediale Meniskusruptur mit radiärer Spaltung am Hinterhorn - leistungspflichtig ist. Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung (UVG; SR 832.20) werden Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt nach Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) 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. Dabei bezieht sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern auf den Faktor selbst. Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist somit, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich gezogen hat. Ein äusserer Faktor ist ungewöhnlich, wenn er den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen überschreitet. Ob dies zutrifft, beurteilt sich im Einzelfall, wobei grundsätzlich nur die objektiven Umstände in Betracht fallen (André Nabold in: Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], Bern 2018, N 42 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Irene Hofer, Basel 2019, N 32 ff. zu Art. 6 UVG; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf, S. 31; RKUV 2000 Nr. U 368 S. 99 E. 2b mit Hinweisen; BGE 122 V 233 E. 1, 121 V 38 E. 1a, je mit Hinweisen). Das für den Unfallbegriff wesentliche Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors kann nach Lehre und Rechtsprechung auch in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. Bei unkoordinierten Bewegungen ist das Merkmal der Ungewöhnlichkeit erfüllt, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam „programmwidrig“ beeinflusst hat, was beispielsweise dann zutrifft, wenn die versicherte Person stolpert, ausgleitet oder an einen Gegenstand anstösst oder wenn sie, um ein Ausgleiten zu verhindern, eine reflexartige Abwehrbewegung ausführt oder auszuführen versucht. Dass es tatsächlich zu einem Sturz kommt, wird mithin nicht vorausgesetzt. Wo sich eine Schädigung auf das Körperinnere beschränkt und sie erfahrungsgemäss auch als alleinige Folge von Krankheiten, namentlich von degenerativen Veränderungen eines Körperteils innerhalb eines durchaus normalen Geschehensablaufs auftreten kann, muss die unkoordinierte Bewegung als unmittelbare Ursache der Schädigung indessen unter

besonders sinnfälligen Umständen gesetzt worden sein; denn ein Unfallereignis manifestiert sich in der Regel in einer äusserlich wahrnehmbaren Schädigung, während bei deren Fehlen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit rein krankheitsbedingter Ursachen besteht (vgl. BGE 134 V 80 E. 4.3.2.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 25. März 2011, 8C_693/2010, E. 5; RKUV 1999 Nr. U 333 S. 199 E. 3c/aa und Nr. U 345 S. 422 E. 2b, RKUV 1996 Nr. U 253 S. 204 E. 4d; UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 32 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 38 zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 40 f.; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 176 f.). Bei einer Sportverletzung ist ohne besonderes Vorkommnis das Merkmal der Ungewöhnlichkeit und damit das Vorliegen eines Unfalls zu verneinen (BGE 130 V 118 E. 2.2 mit Hinweis). Hingegen ist bei sportlichen Tätigkeiten ein Unfall im Rechtssinn dann anzunehmen, wenn die sportliche Übung anders verläuft als geplant (vgl. RKUV 1992 Nr. U 156 S. 258). Wenn sich das in einer sportlichen Übung inhärente Risiko einer Verletzung verwirklicht, liegt kein derartiges Unfallereignis vor. Ein solches ist auch dann zu verneinen, wenn die Übung zwar nicht ideal verläuft, die Art der Ausführung sich aber in der Spannweite des Üblichen bewegt (RKUV 2004 Nr. U 502 S. 185 E. 4.4). Gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer sodann bei Vorliegen eines Unfalls für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen sowie adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 181 E. 3.1 ff. mit Hinweisen; UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 48 ff. zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 63 ff. zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2007, U 37/06, E. 5.2). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (vgl. UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 53, 59 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 66 zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58; BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2 sowie in BGE 135 V 465 nicht publizierte E. 2 des Urteils 8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009, je mit Hinweisen). Die Adäquanz spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen indessen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2). Gemäss neuem Art. 6 Abs. 2 UVG (in Kraft seit 1. Januar 2017) erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei den folgenden, abschliessend aufgelisteten Körperschädigungen (vgl. dazu UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 42 zu Art. 6 UVG), sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: a. Knochenbrüche, b. Verrenkungen von Gelenken; c. Meniskusrisse; d. Muskelrisse, e. Muskelzerrungen; f. Sehnenrisse; g. Bandläsionen; h. Trommelfellverletzungen. Mit Art. 6 Abs. 2 lit. a bis h UVG wird die gesetzliche (Kausalitäts-)Vermutung statuiert, dass der Unfallversicherer bei erfüllter Listendiagnose leistungspflichtig ist. Dieser kann sich aber von seiner Leistungspflicht befreien, wenn er den Nachweis erbringt, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (Botschaft vom 30. Mai 2008, BBl 2008 S. 5411, und Zusatzbotschaft vom 19. September 2014, BBl 2014 S. 7922; SZS 2017 S. 33). Auf das Kriterium des äusseren Faktors wird explizit verzichtet (BBl 2014 S. 7922). Der Gegenbeweis der vorwiegend abnützungs- oder krankheitsbedingten Verursachung beschlägt den natürlichen Kausalzusammenhang. Nur der Nachweis eines rechtsgenügenden, d.h. vorwiegend degenerativ oder krankhaft verursachten Schadens,

kann zu einer Verneinung des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. der Leistungspflicht des Unfallversicherers führen (Evalotta Samuelsson, Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung, Das Beispiel des Meniskusrisses, in: SZS 2018 S. 358 [nachfolgend: Samuelsson]). Der (Gegen-)Beweis der vorwiegend krankhaften oder degenerativen Pathogenese der Listendiagnose ist erbracht, wenn für die Richtigkeit einer degenerativ oder krankhaft begründeten Listenverletzung mehr Indikatoren vorliegen als für die traumatische Pathogenese (BGE 133 III 88 f. E. 4.2.2, 132 III 720 E. 3.1, 130 III 325 E. 3.2 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 9. Juli 2010, 4A_48/2010, E. 71; Samuelsson S. 355 f., Markus Hüsler, Erste UVG-Revision: wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, in SZS 2017 S. 34). Zur Feststellung der medizinischen Verhältnisse, konkret zur Beurteilung der Tatfrage, ob eine Schädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist, ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen angewiesen, die ihr von Ärzten und Ärztinnen zur Verfügung zu stellen sind (vgl. BGE 122 V 157 E. 1b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 53 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 66 zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55; Samuelsson, a.a.O., S. 357 f.). Die durch einen Unfall verursachte Gesundheitsschädigung oder eine auftretende Beschwerdesymptomatik kann einen zuvor intakten oder einen bereits vorgeschädigten Körperteil betreffen. Ist letzteres der Fall kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung oder eine unfallähnliche Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG höchstens als vorübergehende oder richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustandes in Betracht. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt oder die Ursächlichkeit einer vorübergehenden Verschlimmerung (so bei der Aktivierung einer vormals stummen Listenverletzung) einer unfallähnlichen Vorschädigung ausgeschlossen werden kann. Dies trifft zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall oder dem Eintreten der Beschwerdesymptomatik bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands (auch ohne Unfall) früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine) erreicht ist. Eine richtunggebende Verschlimmerung liegt vor, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo sine noch der Status quo ante je wieder erreicht werden können (vgl. in Bezug auf die unfallähnlichen Körperschädigungen: Samuelsson, a.a.O., S. 362 f.; vgl. zum Erreichen des Status quo sine vel ante: UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 54 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 71 zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54). Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 122 V 158 E. 1a, 121 V 210 E. 6c). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen aber eine Beweislast insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen, 138 V 221 f. E. 6). Die Verwaltung respektive das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Die Frage, ob sich ein Unfallereignis im Rechtssinn ereignet hat (vgl. Erwägung 1.1), und falls ja, die weitere Frage, ob zwischen dem

Unfallereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist (vgl. Erwägung 1.2), und ebenso die Frage, ob eine Schädigung vorwiegend durch Abnutzung oder Krankheit verursacht ist (vgl. Erwägung 1.3), beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosser Möglichkeit eines Sachverhalts genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs bzw. für die Verneinung einer Leistungspflicht nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen; vgl. Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N 58 f.). Die oben genannte Beweislastregel kommt also erst zur Anwendung, wenn im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes hinsichtlich der vorgenannten Fragen kein überwiegend wahrscheinlicher Sachverhalt ermittelt werden kann (BGE 138 V 221 f. E. 6, BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen, 114 V 298 E. 5b). Wird auf dem Weg der Beweiserhebung das Vorliegen eines Unfallereignisses nicht wenigstens mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, so hat dieses als unbewiesen zu gelten, was sich zu Lasten der den Anspruch erhebenden Person auswirkt (BGE 116 V 136 E. 4b; RKUV 1990 Nr. U 86 S. 50). Bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang eines Gesundheitsschadens zu einem Unfallereignis überhaupt jemals gegeben ist, ist ebenfalls die versicherte Person beweisbelastet. Die Beweislast für den Wegfall einer Unfallkausalität oder der Ursächlichkeit einer vorübergehenden Verschlimmerung einer vorbestandenen Listendiagnose trägt hingegen der Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326; Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; BGE 117 V 264 E. 3b; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.; vgl. zur Beweislast bei unfallähnlichen Körperschädigungen: Samuelsson, a.a.O., S. 363). Selbstredend trägt auch die Beweislast in Bezug auf den Nachweis einer vorwiegend krankhaften oder degenerativen Verursachung der Listendiagnose der Unfallversicherer. Zu prüfen ist zunächst, ob das Ereignis vom 8. Mai 2018 als Unfall zu qualifizieren ist, und dabei insbesondere, ob im Sinne der Legaldefinition des Unfalls gemäss Art. 4 ATSG von einem ungewöhnlichen äusseren Faktor gesprochen werden kann. Im vorliegenden Fall liegen keine widersprechenden Angaben des Beschwerdeführers über den Ereignishergang vor und es werden auch von beschwerdegegnerischer Seite keine solchen geltend gemacht. Die Beschwerdegegnerin hat den Sachverhalt nach Eingang der Schadenmeldung UVG vom 17. Mai 2018 (act. A1) mit einem Fragebogen ("Formular zum Schadenereignis" [act. A2]) detailliert erhoben. Darin schilderte der Beschwerdeführer, er habe beim Tennisspielen auf Sand zu einem seitlichen Stoppschritt angesetzt und sei auf dem Sand nach links gerutscht, wobei er sich das linke Sprunggelenk überdehnt habe und daraufhin mit dem linken Knie medial eingeknickt sei. Die Frage, ob sich irgendetwas Ungewöhnliches oder Programmwidriges, das zum Ereignis beigetragen habe, ereignet habe, z.B. ein Ausgleiten oder ein Sturz, beantwortete der Beschwerdeführer damit, er sei beim Rutschen auf die linke Seite abrupt und unerwartet weiter als "geplant" gerutscht. Zur weiteren Frage, wann die Schmerzen oder Beschwerden erstmals aufgetreten seien und wie sich die Verletzungen geäussert hätten, schrieb er, dass die Schmerzen ein paar Stunden später aufgetreten seien. Das linke Sprunggelenk sei heftig angeschwollen und er habe den Fuss nicht mehr bewegen können. Das Knie habe einen stechenden Schmerz medial bereitet. Die detaillierte Erhebung der tatsächlichen Verhältnisse erfolgt durch den Unfallversicherer oft mittels Frageblättern. Im Vordergrund stehen entsprechend - wie auch im konkreten Fall - Fragen betreffend die für die Leistungspflicht des Unfallversicherers massgebenden Voraussetzungen des Unfallgeschehens. Sofern der Unfallversicherer die tatsächlichen Verhältnisse mittels

Frageblättern detailliert erhoben hat, ist er seiner Verpflichtung zur richtigen und vollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts grundsätzlich rechtsgenügend nachgekommen (Untersuchungsgrundsatz; vgl. BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E: 1a). Die Ereignisschilderung des Beschwerdeführers einschliesslich seiner Beschreibung des Ungewöhnlichen bzw. Programmwidrigen erscheint grundsätzlich vollständig und plausibel. Sie stimmt im Übrigen in den wesentlichen Elementen mit der Sachverhaltsbeschreibung in der Schadenmeldung UVG vom 17. Mai 2018 (act. A1) überein und es wurden vom Beschwerdeführer auch nachfolgend weder in der Einsprache noch in der Beschwerde neue, insbesondere widersprüchliche (vgl. dazu BGE 121 V 47 E. 1a mit Hinweisen, Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 29 f.), Sachverhaltselemente hinzugefügt. So hielt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers auch in der Beschwerde vom 19. Februar 2019 (act. G1) fest, dass der Beschwerdeführer effektiv zu einem seitlichen Stoppschritt angesetzt habe und dabei auf dem Sand nach links gerutscht sei. Dies sehr viel weiter als er beabsichtigt gehabt habe. In der Folge sei er dann mit dem linken Knie eingeknickt. Den Angaben der versicherten Person im Fragebogen kommt - sofern sie überzeugend und nachvollziehbar erscheinen - im Rahmen der Beweiswürdigung hinsichtlich des Nachweises des überwiegend wahrscheinlichen Geschehensablaufs eine entscheidende Bedeutung zu. Genauso überzeugt es nämlich umkehrt rechtsprechungsgemäss nicht, wenn die versicherte Person einen bestimmten, bedeutsamen Sachverhalt bzw. Umstand als Schadensursache nicht bereits im Fragebogen im Zusammenhang mit den rechtlich relevanten Sachverhaltsfragen anführt, sondern erst nach der abschlägigen, einlässlich begründeten Verfügung erwähnt und bis zum Einspracheverfahren unerwähnt lässt (Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2017, 8C_483/17, E. 6.3 mit Hinweisen). Angesichts der vorangehenden Darlegungen ist im Folgenden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einem Sachverhalt auszugehen, wie ihn der Beschwerdeführer am 18. Juli 2018 im "Formular zum Schadenereignis" der Beschwerdegegnerin niedergeschrieben hat. Für die Bejahung eines Unfallereignisses ist - wie bereits erwähnt (vgl. Erwägung 2.1.1) - nicht vorausgesetzt, dass es tatsächlich zu einem Sturz kommt. Entsprechend ist die Aufzählung der ungewöhnlichen, unkoordinierten Bewegungen in der Rechtsprechung (SVR 1999 Nr. 9 S. 28 E. 3c/aa; RKUV 2000 Nr. U 368 S. 100 E. 2d, 1999 Nr. U 345 S. 422 E. 2b, 1996 Nr. U253 S. 2024 E. 4c) und Literatur (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 40; Maurer, a.a.O., S. 176; UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 32 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 37 zu Art. 6) nur eine beispielhafte ("z.B.", "beispielsweise"; "wie"). Dennoch muss im Einzelfall ein programmwidriger Bewegungsablauf vergleichbar mit der Wirkungskraft eines Sturzes passiert sein. Die Programmwidrigkeit beim Sport kann beispielsweise durch andere Mitspieler (z.B. durch Schubsen, Anrempeln, Bodycheck), aber auch durch andere äussere Umstände (Ausrutschen auf glitschigem Untergrund, Stolpern über einen Absatz, Abheben auf einem Buckel beim Skifahren) oder reflexartige Abwehrbewegungen verursacht worden sein (BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 41 zu Art. 6). Bei einem seitlichen Stoppschritt sowie bei einem Rutschen auf Sandbelag handelt es sich zunächst um normale Bewegungen, die im Tennissport mit dem Körper ausgeführt werden können. Dr. C. ___ hat sodann anlässlich der Erstbehandlung vom 10. Mai 2018 die Diagnose einer Knie- und OSG-Distorsion am 8. Mai 2018 gestellt, welche offensichtlich auf dem ihm vom Beschwerdeführer geschilderten Unfallhergang (vgl. act. M1, Ziff. 2) und den von ihm erhobenen Befunden basiert. Es ist eine Erfahrungstatsache, dass im alltäglichen Bewegungsablauf und insbesondere bei sportlichen Betätigungen Verdrehungen und ein gewisser Zug auf Sehnen, Muskeln,

Bänder und Gelenke nichts Aussergewöhnliches darstellen, sondern die genannten Körperteile gerade ein normales und verletzungsfreies Funktionieren im täglichen Leben bzw. verschiedenste Bewegungen und Drehungen und dergleichen gewährleisten. Gerade Distorsionen zeichnen sich durch verschiedenste Schweregrade aus und können auch nach einem geringfügigen Trauma auftreten (vgl. Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 1097; vgl. dazu auch Urteil des EVG vom 30. August 2001, U 277/99). Damit ist allgemein gesagt, dass eine Distorsion nicht in jedem Fall einem Unfall mit unphysiologischer, programmwidriger Beanspruchung eines Körperteils im Sinne eines ungewöhnlichen äusseren Faktors entspricht. Tennis ist zwar bekanntermassen eine Sportart, bei welcher die Knie- und Sprunggelenke beansprucht und belastet werden. Allein deshalb kann jedoch nicht von einem Überschreiten der physiologischen Bewegungsgrenze ausgegangen werden. Beim Beschwerdeführer sind jedoch beim Ereignis vom 8. Mai 2018 offensichtlich Faktoren hinzugetreten, welche davon ausgehen lassen, dass sein Knie- und OSG-Gelenk übermässig beansprucht worden ist. So beschrieb er, dass er beim seitlichen Stoppschritt unerwartet weiter als geplant gerutscht sei. Zwar mag die Formulierung "weiter" einer unbestimmten, nicht messbaren Beschreibung gleichkommen, doch macht der Beschwerdeführer damit dennoch kenntlich, dass die Rutschbewegung für ihn nicht wie gewöhnlich und im Regelfall verlief. Im Übrigen fällt ein "Ausgleiten" rechtsprechungsgemäss unter die beispielhaft aufgezählten programmwidrig gestörten Bewegungsabläufe (Urteil des EVG vom 21. Dezember 2005, U 368/05, E. 3.1, bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2017, 8C_483717, E. 6.2; vgl. Erwägungen 1.1.1 und 2.2.1). Der Beschwerdeführer beschrieb ausserdem eine damit verbundene Überdehnung des Sprunggelenks sowie ein daraufhin eingetretenes Einknicken mit dem linken Knie medial. Insgesamt kann damit der von ihm beschriebene Bewegungsablauf selbst im Tennissport nicht mehr als normale bzw. der sportlichen Betätigung übliche und unter vertrauten Umständen erfolgte Dehnung des Knie- und Sprunggelenks aufgefasst werden. Die erwähnten zusätzlichen Faktoren zusammen mit dem als "unerwartet weiter als geplant" beschriebenen Rutschen überschreiten den Rahmen einer normalen Gelenksverdrehung und lassen das Ereignis zu einem unphysiologischen werden. Anzuführen ist, dass die Bejahung eines Unfalls im Sinn von Art. 4 ATSG allgemein nicht von der Schwere der dabei erlittenen Verletzung abhängig gemacht werden darf. Wird der natürliche Ablauf durch ein besonderes Vorkommnis, d.h. eine Programmwidrigkeit, gestört, ist für die Annahme eines Unfalls im Sinn von Art. 4 ATSG lediglich gefordert, dass das Vorkommnis schädigend auf den Körper der versicherten Person eingewirkt und dadurch eine kausale Beeinträchtigung ihrer Gesundheit zur Folge gehabt hat. Genauso wie es für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ohne Belang ist, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich gezogen hat, kann nicht entscheidend sein, dass die Folgen nur leicht ausgefallen sind. Der Einwand der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 11. April 2019 (act. G5) - das Abknicken mit dem Knie sei als auslösender Faktor des fraglichen Bewegungsablaufs und nicht als Folge desselben zu betrachten, weshalb das Abknicken nicht einem äusseren Faktor, sondern vielmehr einer Schwäche der Körperstruktur und damit einem inneren Faktor geschuldet sei - vermag nicht zu überzeugen. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers wendet in der Replik vom 9. Mai 2019 zutreffend ein (act. G7, Rz 4), dass bei einem gesunden Mann keine Schwäche der Körperstruktur angenommen werden müsse und das Abknicken zu einer Programmwidrigkeit gehöre. Damit ist eine unkoordinierte Bewegung im Sinn eines äusseren Faktors zu bejahen (siehe etwa zum Ausgleiten eines Skifahrers ohne Sturzfolge

das Urteil des EVG vom 1. Februar 2005, U 313/04, E. 2.2 und 2.3). Die Sichtweise der Beschwerdegegnerin erscheint auch insofern nicht belegt, als die Schmerzen und Beschwerden beim Beschwerdeführer laut seinen Angaben im "Formular zum Schadenereignis" nach dem Vorfall aufgetreten sind (act. A2; vgl. auch Erwägung 2.1). Nach dem Gesagten kann mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer am 8. Mai 2018 ein Ereignis erlitten hat, welches die Voraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Art. 4 ATSG erfüllt. Der Umstand allein, dass bestimmte Ereignisse, wie ein Ausgleiten, ein Überdehnen des Sprunggelenks sowie ein Einknicken mit dem Knie potentiell geeignet wären, körperliche Verletzungen herbeizuführen, bedeutet jedoch nicht, dass zwingend für alle Beschwerden im Bereich eines vom konkreten Unfall betroffenen Körperteils dieser Unfall verantwortlich sein muss und damit auch natürlich kausale Unfallfolgen vorliegen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG). Mit dem alleinigen Vorliegen eines Gesundheitsschadens ist demnach nicht in jedem Fall auch mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dessen Unfallkausalität ausgewiesen (vgl. dazu Erwägung 2.2). Im konkreten Fall ist streitig und zu prüfen, ob es beim Unfall vom 6. Juni 2017 zu einer Schädigung des linken Meniskus gekommen bzw. ob die von Dr. F. ___ am 11. September 2018 operativ behandelte und laut seinem Bericht vom 19. September 2018 als Unfallverletzung in Betracht kommende komplexe mediale Meniskusruptur mit radiärer Spaltung am Hinterhorn links durch den Unfall vom 8. Mai 2018 verursacht worden ist. Streitig und zu prüfen ist ausserdem, ob der Unfall im Bereich des linken OSG eine Verletzung herbeigeführt hat. In Bezug auf das linke OSG ist zumindest unbestritten, dass ab dem 24. Mai 2018 keine gesundheitliche Störung mehr vorgelegen hat und damit ab diesem Zeitpunkt auch keine Versicherungsleistungen für eine unfallkausale Gesundheitsschädigung mehr geltend gemacht werden (vgl. act. M5, act. G1 S. 4 Ziff. 13, S. 8 Ziff. 23). Eine unfallkausale Gesundheitsschädigung bezüglich des linken OSG steht damit nur als vorübergehende Unfallverletzung zur Diskussion (vgl. Erwägung 1.4). Die beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin, Dr. H. ___ und Dr. I. ___, nahmen in ihren Beurteilungen vom 11. September 2018 (act. M7) bzw. 18. Januar 2019 (act. M11) grundsätzlich nicht zur Frage der natürlichen Kausalität zwischen den Körperschädigungen und dem Ereignis vom 8. Mai 2018, sondern zum Vorliegen einer unfallähnlichen Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. b UVV (Verrenkungen von Gelenken), Art. 6 Abs. 2 lit. c UVV (Meniskusrisse) und Art. 6 Abs. 2 lit. g UVV (Bandläsionen) Stellung. Wie bereits erwähnt (vgl. Erwägung 1.3), beschlägt jedoch der Gegenbeweis der vorwiegend abnützungs- und krankheitsbedingten Verursachung ebenfalls den natürlichen Kausalzusammenhang. Vor diesem Hintergrund kann den Beurteilungen von Dr. H. ___ und Dr. I. ___ auch Beweiskraft für die Frage der Unfallkausalität der Meniskus- und OSG-Problematik zukommen. Ist die Leistungspflicht des Unfallversicherers für unfallkausale Gesundheitsschäden zu prüfen, ist jedoch zu beachten, dass es bereits genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen, insbesondere auch degenerativen oder krankheitsbedingten Ursachen, die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat (Teilkausalität), der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (vgl. UVG Kommentar-Nabold, N 52 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 65 zu Art. 6; BGE 129 V 181 E. 3.1, 117 V 376 E. 3a; SVR 2007 UV Nr. 28 S. 94, U 413/05, E. 4.1). Betreffend Teilursächlichkeit wurde weder vom EVG bzw. Bundesgericht noch vom Gesetzgeber ein Mindestsatz bestimmt. Auch in Art. 36 Abs. 1 UVG wird von einer solchen Regelung abgesehen. Der

Unfallversicherer ist also nur dann nicht leistungspflichtig, wenn der Gesundheitsschaden ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Im Folgenden ist zu prüfen, ob anhand der vorhandenen medizinischen Akten in Bezug auf das zuvor Gesagte ein überwiegend wahrscheinlicher Sachverhalt festgelegt werden kann. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351, E. 3a mit Hinweis). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 351, E. 3a mit Hinweis 122 V 157). Die Beschwerdegegnerin stützt sich in medizinischer Hinsicht bei ihrer Leistungsablehnung für die beim Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 8. Mai 2018 aufgetretene Knie- und OSG-Problematik links insbesondere auf die Beurteilung von Dr. I. ___ vom 18. Januar 2019 (act. M12). Den Berichten versicherungsinterner oder beratender Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden. Auf deren Ergebnis kann jedoch nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 470 E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C_385/2014, E. 4.2.2; SVR 2018 IV, Nr. 4, S. 12, E. 3.2). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass auch reine Beurteilungen aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. H. ___ und Dr. I. ___ vorgenommen wurden (act. M7, M12), beweiskräftig sein können, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juni 2014, 9C_196/2014, E. 5.1.1). Die Stellungnahme von Dr. H. ___ vom 11. September 2018 (act. M7) beinhaltet eine Beurteilung der Knieproblematik und wurde offensichtlich nach Einsichtnahme in die Operationsbilder vom 11. September 2018 abgegeben (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 4). Die ärztliche Beurteilung von Dr. I. ___ vom 10. Januar 2019 (act. M11) wurde in Kenntnis der Vorakten ("I. Aktenbeurteilung") vorgenommen. Sie enthält ausführliche Erwägungen zur Kausalitätsfrage der Meniskusläsion links und der OSG-Problematik links. Angesichts der obigen Darlegungen sprechen keine formell-rechtlichen Gründe gegen den Einbezug der ärztlichen Aktenbeurteilungen von Dr. H. ___ und Dr. I. ___. Ob letztlich auf diese abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiell-rechtlichen Beurteilung bzw. Beweiswürdigung zu prüfen. Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion oder eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen

Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, Arthroskopie) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Dr. E. ___ hatte laut Untersuchungsbericht vom 15. Mai 2018 in der am selben Tag durchgeführten MRT-Untersuchung des linken Knies einen longitudinalen Riss ohne Fragmentdislokation des medialen Meniskushinterhorns sowie eine oberflächliche Chondropathie am medialen Femurkondyl ohne bone bruise (Grad II) erhoben. Der Bandapparat hatte sich intakt gezeigt (act. M3). Im Rahmen der Arthroskopie vom 11. September 2018 diagnostizierte Dr. F. ___ sodann eine komplexe Meniskusruptur mit radiärer Spaltung posttraumatisch am Hinterhorn und zusätzlich eine horizontale Rissbildung am Hinterhorn mit deutlich induriertem Meniskus, eine Chondromalazie ersten Grades mediales Kompartiment, eine Synovitis, eine diskrete laterale Vorderhorn-Meniskusläsion sowie eine Plica infrapatellaris (act. M9). Laut Operationsbericht vom 12. September 2018 sah Dr. F. ___ in der medialen Meniskusruptur mit radiärer Spaltung am Hinterhorn links den Hauptbefund (vgl. act. M9-2) und darin laut Bericht vom 19. September 2018 (act. M10) offensichtlich eine strukturelle Gesundheitsschädigung aus dem Ereignis vom 8. Mai 2018. Dr. I. ___ unterscheidet demgegenüber in seiner Beurteilung vom 18. Januar 2019 (act. M10) zwischen einer blossen Meniskusschädigung bzw. -veränderung und einem Meniskusriss. Nach seiner Auffassung kann nur letzterer traumatischen Ursprungs sein. Der Feststellung von Dr. I. ___ kann insofern gefolgt werden, als sich eine traumatische Meniskusverletzung in Form eines Risses zeigt. Dies lässt sich auch aus Art. 6 Abs. 2 UVG ableiten, wonach nur ein Meniskusriss als Hauptbefund (vgl. dazu BGE 116 V 151 f. E. 4d) unter die unfallähnliche Körperschädigung von lit. d subsumiert werden kann, während eine Knorpelveränderung, beispielsweise eine "Ausfransung" am Meniskus, keinen eigentlichen Meniskusriss darstellt (Urteil des Bundesgerichts vom 13. März 2014, 8C_865/2013, E. 4.2). Nicht nachvollziehbar ist jedoch die von Dr. I. ___ scheinbar getroffene Grenzziehung, wonach ein Meniskusriss überhaupt nur als traumatische Läsion, nicht jedoch als degenerativ bedingter Gesundheitsschaden in Frage komme. So wird der Meniskusriss in der medizinischen Literatur auch, ja sogar im Regelfall, als degenerative bzw. chronische Schädigung beschrieben (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin/Boston 2017, S. 1146; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1204, 1852; Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Berlin 2002, S. 1056 f.; Evalotta Samuelsson, Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung, Das Beispiel des Meniskusrisses, in: SZS 2018, S. 344 f.). Nach dem Gesagten ist mithin zunächst zu prüfen ist, ob im vorliegenden Fall - was Dr. I. ___ anzweifelt - überhaupt ein Meniskusriss objektiviert werden konnte, andernfalls eine traumatische Verletzung bereits ausser Betracht fallen würde. Gegebenenfalls wäre nachfolgend zu entscheiden, ob mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einem traumatisch oder einem degenerativ bedingten Meniskusriss auszugehen ist. Im MRT-Untersuchungsbericht vom 15. Mai 2018 spricht Dr. E. ___ explizit von einem kleinen longitudinalen Riss des medialen Meniskushinterhorns (act. M3). Dr. F. ___ diagnostizierte am 11. September 2018 laut Operationsbericht vom 12. September 2018 arthroskopisch eine komplexe mediale Meniskusruptur mit radiärer Spaltung am Hinterhorn und bezeichnete diese als Hauptbefund. Eine Ruptur ist definitionsgemäss ein Riss (vgl. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Ruptur>, abgerufen am 17. Juni 2020). Bei der

Operation nahm Dr. F.____ ausserdem im medialen Kompartiment bei der Meniskusruptur eine Teilmeniskektomie vor, was ebenfalls deutlich macht, dass ein Meniskusriss vorgelegen habe muss. So schrieb Dr. F.____ auch an die Adressaten des Operationsberichts, dass bei der Operation eine eindeutige Meniskusläsion zu sehen gewesen sei (act. M9). Unter Einsichtnahme in die Operationsbilder bejahte ausserdem auch Dr. H.____ in seiner Stellungnahme vom 11. September 2018 eine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG, namentlich einen Meniskusriss (act. M7). Inwiefern bei diesen übereinstimmenden ärztlichen Diagnosen und Beurteilungen nicht von einem dokumentierten Meniskusriss auszugehen wäre, ist nicht nachvollziehbar. Ein Meniskusriss ist damit hinreichend nachgewiesen. Die von Dr. I.____ gegen einen Meniskusriss angeführten Erläuterungen vermögen an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Dr. I.____ unterscheidet "semantisch streng" zwischen asymptomatischen Meniskusveränderungen, chronischen, allenfalls symptomatischen, degenerativen, isolierten Meniskusschädigungen und dem klassischen Bild eines traumatischen Risses, der obligatorisch mit dem Nachweis einer frischen Schädigung von funktionell assoziierten Gewebestrukturen (korrespondierende Innenbandstrukturen, Bone bruises, eventuell Knorpelschäden und vorderes Kreuzband) verbunden sein müsse. Ein Meniskusriss im eigentlichen Sinn könne nur dann gutgeheissen werden, wenn die unmittelbar benachbarte Kapselbandstruktur auch eine Rissbildung erkennen liesse und der Übergang des Meniskus in der Peripherie unterbrochen wäre. Eine traumatische Schädigung im Bereich des femoralen oder tibialen Innenbandansatzes in den extraartikulären Anteilen würde bereits Ansatz für Zweifel liefern. Einen isolierten Meniskusriss gebe es somit in der Regel nicht. Im MRT und selbst in der Arthroskopie sei es in der Regel morphologisch schwierig zu entscheiden, ob es sich um eine chronisch entstandene Kontinuitätsunterbrechung oder um einen Riss handle. Deswegen sei es wichtig, dass die Radiologen von Signalalterationen oder Kontinuitätsunterbrüchen sprechen würden. Das ungerechtfertigte Wort eines Risses präjudiziere Traumarelevanz. Der von Dr. I.____ dargelegte Standpunkt findet in der medizinischen Literatur und in der Rechtsprechung keine eindeutige Stütze. Zumindest wird der isolierte traumatische Meniskusriss kontrovers diskutiert. Für eine grundsätzliche Negierung von isolierten traumatischen Meniskusrissen im gesunden Meniskus gibt es jedenfalls keinen gesicherten Evidenznachweis. Der Meniskusriss sowie Verletzungen anderer Strukturen des Knies werden als Kombinationsverletzungen und auch als eigenständige bzw. isolierte Verletzung beschrieben (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 950 f., 997, 1146; Debrunner, a.a.O., S. 1060, 1098; Samuelsson, a.a.O., S. 345; vgl. auch Urteil des Versicherungsgerichts vom 11. September 2018, UV 2017/56, E. 4.3). Dass ein Meniskus nicht isoliert reissen kann bzw. gleichzeitig mit einem traumatisch bedingten Meniskusriss Verletzungen verschiedener Strukturen auftreten müssen, kann mithin nicht generell gesagt. Das Fehlen von frischen Schädigungen von funktionell assoziierten Gewebestrukturen im konkreten Fall spricht demzufolge zumindest nicht gegen das Vorliegen eines Meniskusrisses. Die Ausdrücke "Riss" und "Ruptur" können jedoch nicht ohne Weiteres mit einer Traumarelevanz verbunden werden (Debrunner, a.a.O., S. 412, 628, 724 f., 728 ff.; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1681; Pschyrembel, a.a.O., S. 1576, 1646). Insofern ist mit dem alleinigen Vorliegen eines solchen nicht in jedem Fall auch mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit die Unfallkausalität eines Risses bzw. einer Ruptur ausgewiesen. Es bleibt also immer noch zu entscheiden, von welcher Kausalität der Meniskusriss des Beschwerdeführers ist. Dr. I.____ beleuchtet dazu in seiner Beurteilung vom 10. Januar 2019 an sich überzeugend den Schadens- bzw. Unfallmechanismus (act. M11-5). So führt nicht

jeder Unfall bzw. Unfallmechanismus zu einer Verletzung oder zumindest nicht zu einer derart körperlich gravierenden, strukturellen Verletzung, dass anhaltende Beschwerden deren Folge oder eine operative Behandlung notwendig wären. Erfahrungsgemäss gibt es sodann für bestimmte Unfallverletzungen - insbesondere auch für Meniskusrisse - potenziell geeignete Verletzungsmechanismen. Als solchen nennt Dr. I. ___ den sogenannten Drehsturz, der als Schadensmechanismus einen Übergang von Flexion in Extension bei blockiertem Fuss, bei welchem in der Endphase kurz vor der Streckung die Schlussrotation behindert werde, verlange. In allen anderen Situationen gerate der Meniskus nicht primär unter Stress; er könne stets ausweichen und habe Reserveraum. Er werde nachrangig belastet. An den Ausführungen von Dr. I. ___ gibt es grundsätzlich keine - auch nicht von beschwerdeführender Seite erhobene - Zweifel. Nicht zwingend ist jedoch ein Sturz. Auch in einer Verwindung des gebeugten Kniegelenks ohne Sturz ist ein für einen traumatischen Meniskusriss geeigneter Mechanismus zu sehen (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 1057 [Flexions-Aussenrotations- bzw. Valgisationstrauma]; Samuelsson, a.a.O., S. 352; Leitlinie der Orthopädie, hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, 2. erweiterte Aufl. Köln 2002, S. 141). In der medizinischen Literatur wird ausserdem allgemeiner von einer Distorsion bzw. Torsion (Verletzung durch Drehbewegung) gesprochen, welche dazu geeignet sei, eine Meniskusläsion hervorzurufen (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 1146; vgl. auch H. Bilow/S. Weller, Chirurgische und orthopädische Erkrankungen und Verletzungen, in: Marx [Hrsg.], Medizinische Begutachtung, Grundlagen und Praxis, S. 394). Der Beschwerdeführer hat beim Tennisspielen auf Sand zu einem seitlichen Stoppschritt angesetzt, ist auf dem Sand "unerwartet weiter als geplant" nach links gerutscht, hat sich dabei das linke Sprunggelenk überdehnt und ist daraufhin mit dem linken Knie medial eingeknickt (vgl. Erwägung 3.1.2). Angesichts dieses Unfallereignisses kann ein Verwindungstrauma nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden. Vielmehr sind dadurch, dass der Beschwerdeführer beim Stoppschritt mit gebeugtem Bein weiter als geplant gerutscht und dann medial eingeknickt ist, Komponenten, die für ein Verwindungstrauma sprechen, erkennbar. Zumindest kann ein solches vermutet werden. Des Weiteren diagnostizierte Dr. C. ___ eine Kniedistorsion links, was ebenfalls auf einen für eine Meniskusläsion typischen Bewegungsmechanismus hinweist. Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass der konkrete Bewegungsablauf eine traumatische Meniskusläsion nicht ohne Weiteres ausschliessen lässt. Ein weiterer wichtiger Hinweis für die Beurteilung, ob der Meniskusriss traumatisch oder degenerativ bedingt ist, stellt für Dr. I. ___ das initiale funktionelle Schadensbild dar. Dies ist grundsätzlich in dem Sinne nachvollziehbar, als massgebende Verletzungen im Regelfall zu Beschwerden, insbesondere zu Schmerzen und Bewegungseinschränkungen, führen und sich je nach Verletzung weitere typische Symptome manifestieren können. Eine traumatische Verletzung ist radiologisch rechtzeitig am besten sichtbar. Auch klinisch zeigen sich Unfallverletzungen in der Regel unmittelbar nach dem Unfall am auffälligsten, präsentieren sich - wie bereits erwähnt - mit den entsprechenden Symptomen und werden damit zumindest klinisch vermutet. Nachfolgend schliesst der Heilungsprozess an, was in der Regel zu einer stetigen Abnahme der Erkennbarkeit von Verletzungen führt. Für Dr. I. ___ spricht das im konkreten Fall dokumentierte funktionelle Schadensbild gegen eine traumatische, jedoch für eine degenerative Schädigung. Er argumentiert, es sei nicht dokumentiert, wie sich der Beschwerdeführer nach dem 8. Mai 2018 habe fortbewegen können. Der mutmasslich eher indolente Sportlehrer habe zwei Tage nach dem Ereignis wegen eher zunehmenden

Schmerzen am Fuss und Knie seinen Hausarzt aufgesucht, zumal er sich nicht berufsfähig eingeschätzt haben dürfte. In den medizinischen Akten werde nirgends von einer schwellungsbedingten Einschränkung des Knies berichtet. Unter beruflichen Sportbelastungen sei der Beschwerdeführer immer wieder symptomatisch geworden (act. M11-5). Die Argumentation von Dr. I.____ vermag nicht zu überzeugen. Als typische Symptome eines Meniskusrisses werden in der medizinischen Literatur ein akuter Schmerz, ein Gelenkerguss und meist ein Streckdefizit angeführt (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 1146; Debrunner, a.a.O., S. 1058 f.; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1204; Leitlinie der Orthopädie, a.a.O., S. 142). Angesichts dieser Beschwerden erscheint eine Latenzzeit von weniger als bzw. knapp zwei Tagen zwischen dem geltend gemachten Ereignis am Abend des 8. Mai 2018 und der Erstbehandlung bei Dr. C.____ am 10. Mai 2018 (act. M1) kurz oder zumindest in keiner Weise zweifelhaft. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer plausibel darlegte, dass er ein paar Stunden nach dem Ereignis an stechenden Schmerzen im linken Knie litt (act. A2). Ein zeitlicher Zusammenhang darf ohne Weiteres angenommen werden. Anders wäre dies bei einer typischerweise auftretenden Bewegungsunfähigkeit zu beurteilen. Die Annahme von Dr. I.____, der Beschwerdeführer sei indolent gewesen stellt - wie er selbst formuliert - eine Mutmassung dar, womit auch daraus nichts gegen eine Verursachung durch das Ereignis vom 8. Mai 2018 abgeleitet werden kann. Seine weitere Sichtweise, der Beschwerdeführer habe sich wegen eher zunehmenden Schmerzen am Knie in die ordentliche Sprechstunde begeben, ist den Berichten von Dr. C.____ vom 1. Juni 2018 (act. M1) und Dr. F.____ vom 24. Mai 2018 (act. M5) nicht explizit zu entnehmen und lässt sich auch nicht durch den Hinweis - zumal sich der Beschwerdeführer nicht berufsfähig eingeschätzt haben dürfte - erklären. Im Übrigen ist nicht nachvollziehbar, weshalb ein Verlauf mit zunehmenden Beschwerden nach einer Verletzung abwegig sein sollte. Dr. I.____ stellt zwar bezüglich des linken Knies zutreffend fest, dass Dr. C.____ anlässlich der Erstbehandlung vom 10. Mai 2018 weder eine Schwellung noch einen Erguss und auch kein sichtbares Hämatom erhoben habe. Hingegen stellte Dr. C.____ klinisch Druckdolenzen am Pes anserinus sowie am medialen Gelenkspalt fest, welche auf eine Meniskusverletzung hindeuteten. Das Meniskuszeichen war zwar wiederum negativ, doch suchte der Beschwerdeführer seinen Hausarzt unbestrittenermassen wegen Kniebeschwerden links auf und im MRT vom 15. Mai 2018 wurde sodann auch ein Riss des medialen Meniskushinterhorns festgestellt (act. M3). Daraus lässt sich schliessen, dass das Fehlen gewisser typischer Symptome sowie ein negativer Meniskustest offensichtlich auch bei tatsächlichem Vorliegen eines Meniskusrisses möglich sind. Dies zumal die klinischen Befunde erfahrungsgemäss auch von der Grösse des Gesundheitsschadens abhängig sein dürften und im konkreten Fall nur ein kleiner longitudinaler Riss ohne Fragmentdislokation erhoben worden war. Dr. I.____ äussert sich schliesslich zum "morphologischen Schadensbild". Weder Dr. C.____ noch Dr. F.____ hätten klinisch eine palpatorische oder funktionelle Auffälligkeit am Innenband dokumentiert. Eine dortige Zerrung im Innenband bei Valgusknick müsste sofort einen rissartigen Schmerz ausgelöst haben. Dieser blande Befund werde auch im MRT vom 15. Mai 2018 (act. M3) bestätigt, indem keine Schädigungszeichen am Innenband erkennbar gewesen seien. Ebenso werde explizit beschrieben, dass keine Bone Bruises erkennbar seien, welche auf eine stärkere Traumaenergie hinweisen würden. Wie in Erwägung 6.2 dargelegt, ist nicht belegt, dass ein traumatischer Meniskusriss immer gleichzeitig mit Verletzungen weiterer Strukturen auftritt bzw. nicht isoliert reissen kann. Weiter kann der medizinischen Lehre nicht entnommen werden, dass es für einen traumatischen Meniskusriss zwingend einer starken

Gewalteinwirkung bedarf. Als entscheidend für einen traumatischen Meniskusriss wird hingegen der Bewegungsmechanismus beschrieben, welcher im Rahmen des Unfallereignisses stattgefunden hat (vgl. Bilow/Weller, a.a.O., S. 394; Debrunner, a.a.O., S. 1057; vgl. auch Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. September 2018, UV 2017/56, E. 4.3). Insofern kommt den Ausführungen von Dr. I.____ im konkreten Fall keine entscheidende Beweiskraft zu. Ebenso wenig kann aus seiner weiteren Bezugnahme auf die radiäre Spaltung und den Horizontalriss eine überzeugende Erklärung gegen einen traumatischen Meniskusriss abgeleitet werden. Dr. I.____ selbst erklärt, dass bei Betrachtung der Printbilder (vgl. act. M8) der Querriss als kurz und klinisch völlig harmlos imponiere und die eigentliche Schädigung im Hinterhorn liege, worin er mit Dr. F.____ übereinstimmt (vgl. Erwägung 6.3; act. M9-2, M10). Seine weitere Aussage - dieser empfinde die Hinterhornperipherie bei der Tasthakenprüfung als "sehr instabil" - ist zwar so dem Operationsbericht vom 12. September 2018 (act. M9-2) zu entnehmen. Nicht entnommen werden kann diesem jedoch die weitere Angabe von Dr. I.____, dass gerade in der Hinterhornperipherie kein Riss "vermutet" worden sei. Gemäss Operationsbericht wurde gerade hier der Meniskusriss festgestellt und eine Teilmeniskektomie durchgeführt. Anzuführen ist, dass der radiäre Längsriss des Beschwerdeführers zumindest nicht gegen eine traumatische Verletzung spricht (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 1057) und sich damit in das Gesamtbild eines traumatisch bedingten Meniskusrisses einfügt. Ein massgebender Ausgangspunkt für die Beurteilung der Ursächlichkeit einer Meniskusläsion bildet schliesslich der allgemeine Gesundheitszustand eines Kniegelenks. So erscheint es naheliegend, dass ein umfassend degenerativ geschädigtes Knie einen bedeutsamen Hinweis gegen einen traumatisch bedingten Meniskusriss darstellt und in einem solchen Fall schwieriger zu erklären ist, weshalb ausgerechnet der Meniskusriss losgelöst von den übrigen strukturellen degenerativen Gesundheitsschäden als unfallbedingt betrachtet werden müsste. Dementsprechend äusserte sich Dr. F.____ in seinem Bericht vom 19. September 2018 zu dieser Frage. Er legte dar, dass beim Beschwerdeführer praktisch ausschliesslich nur eine radiäre Spaltung des Innenmeniskus im dorsalen Bereich, ohne zusätzliche degenerative Veränderungen, vor allem keine - wie durch den Radiologen beschrieben - Knorpeldelamination (vgl. act. M3) gefunden worden sei. Er wolle ausdrücklich darauf hinweisen, dass der MRT-Bericht bezüglich Knorpeldelamination und auch degenerativen Veränderungen nicht stimme. Die übrigen Strukturen seien normal gewesen; am lateralen Kompartiment seien absolut keine degenerativen Veränderungen sichtbar gewesen. Eine kleine Bakerzyste fände sich praktisch bei jedem Patienten und sei kein Hinweis auf ein chronisches Geschehen. Die im MRT beschriebene "leichte Bursitis im Bereich des Pes anserinus", d.h. das Ödem im Bereich der medialen Weichteile, sei sodann bedingt durch die Meniskusruptur. An den Ausführungen von Dr. F.____ bestehen keine Zweifel. Allgemein ist zu sagen, dass die Arthroskopie gegenüber dem MRI durch die direkte Visualisierung der intraartikulären Strukturen in vielen Fällen eine nochmals feinere diagnostische Differenzierung zulässt (Pschyrembel, a.a.O., S. 153 f.; Debrunner, a.a.O. S. 247 f., 725 f.), weshalb der arthroskopischen Befundlage eine entscheidende Bedeutung zukommt. Dr. F.____ stellte zwar arthroskopisch die Diagnose einer Chondromalazie des medialen Kompartiments, jedoch nur eine solche ersten Grades und nicht - wie Dr. E.____ (act. M3) - zweiten Grades. Entsprechend vermag auch das von Dr. H.____ in seiner Stellungnahme vom 11. September 2018 für eine degenerative Läsion des Meniskus angeführte Beurteilungskriterium einer "schon Knorpeldelamination an med. Femurkondyl (Grad II)" nicht zu überzeugen, zumal die arthroskopische Befundung im damaligen

Zeitpunkt noch nicht vorgelegen hatte. Bereits bezüglich des MRT-Untersuchungsergebnisses hatte Dr. F.____ im Bericht vom 24. Mai 2018 im Übrigen festgestellt, dass keine wesentlichen Zusatzschäden vorliegen würden. Zum lateralen Kompartiment schrieb er im Operationsbericht, es sei alles in Ordnung, es gebe nur eine leicht diskrete Aufsplitterung des Vorderhorns (act. M9-2). Diese Zone werde mit dem Shaver gesäubert. Insgesamt kann mithin nicht von einem umfassenden oder zumindest bedeutenden degenerativen Zustand des linken Kniegelenks und damit aussagekräftigen Hinweis gegen einen traumatischen Meniskusriss gesprochen werden. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass hinsichtlich der Beurteilung von Dr. I.____ vom 10. Januar 2019, gemäss welcher nur eine mediale Meniskusschädigung bzw. -veränderung vorliegt, jedenfalls aber kein traumatisch bedingter Meniskusriss, Zweifel bestehen. Den Feststellungen und Beurteilungen von Dr. F.____, der von einem eindeutig traumatischen Meniskusriss ausgeht, kann demgegenüber nichts entgegengehalten werden, was Zweifel an seiner Einschätzung begründen könnte. Es ist deshalb nach dem Gesagten aufgrund der medizinischen Akten davon auszugehen, dass die Verursachung des Meniskusrisses überwiegend wahrscheinlich durch das Unfallereignis vom 8. Mai 2018 entstanden ist und demzufolge mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auch bei der Arthroskopie vom 11. September 2018 eine traumatische Meniskusläsion behandelt worden ist. Die Beschwerdeführerin ist damit für die operative Behandlung und sodann bis zur Heilung der unmittelbaren Operationsfolgen (Wundheilung, postoperative Schmerzphase, Einnahme von Medikamenten, Schonungsphase mit möglicher Arbeitsunfähigkeit usw.) leistungspflichtig. Es bleibt die Leistungspflicht in Bezug auf die OSG-Problematik zu prüfen. Wie bereits erwähnt, ist diese im Verlauf, angeblich bis 24. Mai 2018, folgenlos abgeheilt (vgl. act. G1, S. 4 Ziff. 13, S. 8 Ziff. 23; vgl. auch act. M5), demgemäss nur eine vorübergehende unfallkausale Gesundheitsschädigung zur Diskussion steht (vgl. Erwägung 1.4). Dr. I.____ beschreibt in seiner Beurteilung vom 10. Januar 2019 die im MRT des linken OSG vom 14. Mai 2018 erhobenen strukturellen Befunde und erklärt, inwiefern diese keine traumatischen Verletzungen darstellen würden. Er kommt zum Schluss, dass am OSG links vorwiegend Vorschädigungen nach früherer Bandläsion vorliegen würden. Seinen Ausführungen ist nichts hinzuzufügen. Sie sind insbesondere mit Blick auf den MRT-Untersuchungsbericht nachvollziehbar und überzeugend. Die zur Darstellung gelangende Bandruptur wurde als "ältere" bezeichnet. Eine Arthrose stellt definitionsgemäss eine degenerative Gesundheitsschädigung dar und kann traumatisch bedingt nur als sekundäre Spätfolge auftreten. Eine traumatische Arthrose fällt angesichts des im Zeitpunkt der MRT-Untersuchung erst weniger als eine Woche zurückliegenden Ereignisses offenkundig ausser Betracht (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 579 ff.; Pschyrembel, a.a.O., S. 152 f.; Roche Lexikon, a.a.O., S. 134). Die kleine Partialruptur der Plantarfaszie beurteilt Dr. I.____ nicht als frisch unfallbedingt und betrachtet überhaupt deren klinische Relevanz als fraglich. Weder den Eingaben des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers noch den übrigen medizinischen Akten lassen sich gegenteilige Standpunkte bzw. Hinweise entnehmen. Allerdings diagnostizierte Dr. C.____ anlässlich der Erstbehandlung vom 10. Mai 2018 eine OSG-Distorsion und erhob hierfür typische Befunde, eine periartikuläre Schwellung zirkumferentiell sowie eine - wenn auch diffuse - Druckdolenz, speziell über dem anterioren OSG-Anteil (act. M1). Vor diesem Hintergrund lässt sich eine natürlich kausale Unfallverletzung, insbesondere in Form einer Bänderzerrung - wenn auch nicht von einer strukturellen Läsion begleitet (vgl. Erwägung 7.2) -, nicht in Abrede zu stellen. Es handelt sich dabei um eine einfache Weichteilverletzung, welche in gewissen Fällen anhand

klinischer Befunde (Hämatome, Schwellungen, Druckdolenz, Bewegungseinschränkungen, Sensibilitätsstörungen, Muskelverhärtungen) objektiviert werden kann. Nach der medizinischen Erfahrung heilt eine solche Weichteilverletzung auch ohne spezifische Behandlung innert kurzer Zeit folgenlos ab und die mit ihr verbundenen Beschwerden bilden sich demzufolge gänzlich zurück (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 412, 1096 f.). Für eine solche vorübergehende unfallbedingte Gesundheitsschädigung hat der Unfallversicherer bis zur Besserung der klinischen Befundsituation und damit offensichtlichen Heilung der Unfallverletzung die gesetzlichen Leistungen zu erbringen (vgl. dazu "Status quo ante" in Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O. S. 54; UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 54 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 71 zu Art. 6 UVG). Die Beschwerdegegnerin hat somit eine Leistungspflicht für die OSG-Problematik zu Unrecht abgelehnt. Aktenkundig ist, dass der Beschwerdeführer deswegen einer ärztlichen Behandlung und Untersuchung bedurfte und ab dem 10. Mai 2018 arbeitsunfähig gewesen ist (act. M1 f., M5). Unbestritten ist sodann, dass die OSG-Problematik im Verlauf, angeblich bis 24. Mai 2018, folgenlos ausgeheilt war (vgl. act. G1, S. 4 Ziff. 13, S. 8 Ziff. 23; vgl. auch act. M5). Der vorliegende Sachverhalt stimmt damit offensichtlich mit dem bezüglich Weichteilverletzungen bzw. Distorsionen Gesagten überein. Die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin endet im obgenannten Heilungszeitpunkt. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 24. Januar 2019 (act. A10) gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer für die Knie- sowie OSG-Problematik links die gesetzlichen Leistungen im Sinne der Erwägungen zu erbringen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Es rechtfertigt sich, die Entschädigung angesichts des getätigten Aufwands sowie der überblickbaren Aktenlage auf pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 24. Januar 2019 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, für die Knie- sowie OSG-Problematik links des Beschwerdeführers die gesetzlichen Leistungen im Sinne der Erwägungen zu erbringen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.