

SO_GERICHTE VSBES.2022.196 vom 19. Juni 2023

SO Obergericht, 2023-06-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.196_d20230619

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.196 du 19 juin 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.196 del 19 giugno 2023

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides am 25. August 2022 eingetreten ist (Ueli Kieserin: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 N 109).

1.3 Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung am 1. Januar 2017 ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt. Vor diesem Hintergrund ist auf den Unfall vom 27. Januar 2022 das neue Recht anwendbar.

E. 2

2.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Bei Sportverletzungen ohne besonderes Vorkommnis ist die Ungewöhnlichkeit zu verneinen. Die äussere Einwirkung muss den üblichen Bewegungsablauf programmwidrig beeinflussen. Von einer Programmwidrigkeit kann nur gesprochen werden, wenn der Bewegungsablauf nach einem objektiven Massstab nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist, nicht aber wenn ein Geschehen in die gewöhnliche Bandbreite der Bewegungsmuster des betreffenden Sports fällt (Irene Hoferin: Ghislaine Frésard-Fellay / Susanne Leuzinger / Kurt Pärli [Hrsg.], Basler Kommentar zum UVG, Basel 2019, Art. 6 N 41).

2.2 Die Unfallversicherung erbringt ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Art. 6 Abs. 2 UVG, in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung):

E. 3

3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben der Versicherungsträger und das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 157 E. 1.b S. 159). Diese medizinischen Unterlagen hat das Versicherungsgericht nach dem im Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) umfassend, objektiv und inhaltsbezogen zu würdigen (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 399 f.). Das bedeutet, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Bewertung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3.a S. 352).

3.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

4. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich des Ereignisses vom 27. Januar 2022 mit Einspracheentscheid vom 25. August 2022 (A.S. 1 ff.) zu Recht verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende Unterlagen relevant:

4.1 Gemäss Schadenmeldung UVG vom 31. Januar 2022 (MA-Nr. 1) habe der Beschwerdeführer am 27. Januar 2022 in der Boulderhalle in [...] während des Kletterns das rechte Knie überdehnt (Griffänderung).

4.2 Dem Bericht der Radiologie des E.____ vom 27. Januar 2022 betreffend das rechte Knie lässt sich folgender Befund und folgende Beurteilung entnehmen (MA-Nr. 9):

«Regelrechte Knochenstruktur und ■mineralisation. Achsengerechte Stellungsverhältnisse femorotibial. Regelrechte Artikulationen in allen drei Kniegelenkskompartimenten. Keine degenerativen Veränderungen. Keine Chondrocalcinose. Keine Fraktur. Reizlose Weichteile.

Dem Notfallbericht des E.____ vom 27. Januar 2022 (MA-Nr. 20) lässt sich die Diagnose «Va Knieverletzung dd Innenband VKB Meniskus re Knie» entnehmen. Zur Anamnese wurde ausgeführt, dass der Beschwerdeführer beim Klettern mit angewinkelt Knie rechts nach rechts habe weiterklettern wollen und Einklemmungsgefühl und Streckhemmung im rechten Knie gehabt habe. Es sei eine deutliche Streckhemmung ab 20° mit möglichem laschem medialen Seitenband und laschem Anschlag VKB festzustellen. Dem Beschwerdeführer werde für die Zeit vom 27. Januar bis 6. Februar 2022 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert.

4.3 Die MRI-Untersuchung des Kniegelenkes oder Unterschenkels am 28. Januar 2022 im E.____ hat folgende Beurteilung ergeben (MA-Nr. 10):

Distrahierter Lappenriss des Innenmeniskus. Reizerguss mit Baker-Zyste. Wohl ältere Partialruptur des vorderen Kreuzbandes. Patellaspitzenyndrom. Keine signifikante Gonarthrosezeichen.

4.4 Am 3. Februar 2022 unterzog sich der Beschwerdeführer im E.____ einer Operation (Kniegelenksarthroskopie rechts mit Reposition und Naht Innenmeniskus). Dem hierzu ergangenen Operationsbericht vom 4. Februar 2022 (MA-Nr. 19) lässt sich die folgende Diagnose entnehmen: «Luxierte mediale Korbhellenläsion Innenmeniskus Knie rechts, vom 27. Januar 2022». Der Beschwerdeführer habe sich vor einer Woche beim Bouldern eine Distorsion des rechten Kniegelenkes zugezogen. Die Erstversorgung sei auf der ambulanten Notfallstation bei bestehendem Streckdefizit mit Einleitung einer MRI-Bildgebung erfolgt. Diese habe eine luxierte mediale Korbhellen-Läsion gezeigt. Die restlichen Kniebinnenstrukturen, insbesondere das vordere Kreuzband, seien unauffällig. Es sei daher mit dem Beschwerdeführer die arthroskopische Reposition und Naht des Innenmeniskus besprochen worden.

4.5 In seiner Stellungnahme vom 12. März 2022 stellte der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die Diagnose einer älteren Partialruptur des vorderen Kreuzbandes des rechten Knies (MA-Nr. 12.1). Es liege eine Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG (Meniskusrisse) vor, welche aber vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sei. Klettern sei eine sehr anstrengende Belastung des gesamten Körpers. Die Bewegungen seien spontan, gewollt und ohne äusseren Einfluss. Wenn eine Läsion des vorderen Kreuzbandes vorliege, gehe die beschriebene Meniskusläsion auf ein nicht dokumentiertes Ereignis oder auf Degeneration zurück. Die «Griffänderung» oder das Umgreifen könnten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu einer Meniskusläsion führen. Es liege demnach kein Unfall oder unfallähnliches Ereignis vor.

4.6 Am 22. März 2022 beschrieb der Beschwerdeführer den Unfallhergang folgendermassen (MA-Nr. 16): Beim Bouldern in der Halle mit komplett angewinkelt Knie habe der Beschwerdeführer weiter nach rechts klettern wollen. Sein komplettes Körpergewicht habe auf dem rechten Bein gelastet. Mit sehr hoher Kraftausübung im rechten Bein, um sich nach rechts oben strecken zu können. Durch die hohe Belastung auf

das Knie plus eine Fehllhaltung (Drehung des Knies nach innen) habe er einen Schmerz im Knie verspürt. Danach habe er sich aufgrund aufkommender Angst / Panik von ca. 1.5 bis 2 Metern auf die Matte fallen lassen (Sturz). Auf der Matte sei der Schmerz nochmals viel stärker gewesen, vor allem beim Strecken des rechten Beins. Ebenfalls bestätige der ausführende Arzt Dr. med. F.____, dass es sich beim besagten Ereignis eindeutig um einen Unfall handle.

4.7 Nachdem die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 17. März 2022 in Aussicht gestellt hatte, einen Anspruch auf Versicherungsleistungen zu verneinen, reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme des behandelnden Arztes Dr. med. F.____, Oberarzt i.V., E.____, vom 24. März 2022 ein (MA-Nr. 17). Dr. med. F.____ führte aus, beim Beschwerdeführer bestehe ein klar dokumentiertes Unfallereignis beim Bouldern: Sturz und Distorsion und anschliessendem Streckdefizit und starken Schmerzen mediallyseitig. Zuvor hätten bei diesem jungen, polysportiven und aktiven Beschwerdeführer keine Kniebeschwerden bestanden. Korrespondierend dazu zeigten sich in der intraoperativen Arthroskopie keine degenerativen Veränderungen sowohl des Meniskus als auch des Knorpelüberzuges, was die Theorie einer degenerativen Genese ausschliesse. Somit liege hier klar der Tatbestand eines Unfalls mit plötzlicher, nicht beabsichtigter, schädigender Einwirkung eines äusseren Faktors auf den menschlichen Körper vor. Aus Sicht von Dr. med. F.____ sei der Fall klar unfallbedingt.

4.8 Dem Sprechstundenbericht des E.____ vom 5. Mai 2022 (MA-Nr. 32) lässt sich die folgende Diagnose entnehmen:

Status nach Kniegelenksarthroskopie rechts mit Reposition und Naht des Innenmeniskus (5x Arthrex FiberStitch All-inside) am 3. Februar 2022 mit / bei:

Zur Anamnese wurde ausgeführt, es sei die geplante klinische Kontrolle drei Monate postoperativ erfolgt. Der Beschwerdeführer sei mit dem Verlauf sehr zufrieden und im Alltag nahezu beschwerdefrei, es bestünden nur noch diskrete Restbeschwerden. Der Beschwerdeführer könne nun langsam stufenweise seine sportlichen Aktivitäten (Klettern, Gleitschirmfliegen, Ping Pong, etc.) wieder aufnehmen. In drei Monaten werde eine Abschlusskontrolle erfolgen. Betreffend die Ablehnung der Kostenübernahme durch den Unfallversicherer sei erneut zu erwähnen, dass ihrer Ansicht nach ganz klar eine Unfallfolge vorliege. Die vom Radiologen beschriebene «wohl ältere Partialruptur des vorderen Kreuzbandes» sei für sie klinisch wie radiologisch nicht nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer habe symmetrisch zur Gegenseite einen satten Anschlag, ohne verlängerte a.p.-Translation. Zudem habe der Beschwerdeführer in der Vergangenheit kein entsprechendes Trauma erlitten. Eine Läsion des vorderen Kreuzbandes bestehe MR-radiologisch nicht. Intraoperativ sei das vordere Kreuzband am 3. Februar 2022 ebenso als intakt beschrieben worden. Es könne ihrer Ansicht nach also nicht dahingehend argumentiert werden, dass die Meniskus-Korbhellenläsion als Folge eines instabilen Knies bei alter VKB-Partialruptur entstanden sei. Ihrer Ansicht nach sei die Unfallkausalität also ganz klar gegeben. Dem Beschwerdeführer werde empfohlen, den Vergleich nicht zu akzeptieren und Widerspruch einzulegen.

4.9 Die Beschwerdegegnerin veranlasste daraufhin bei Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Vertrauensarzt, eine medizinische Aktenbeurteilung, welche am 14. August 2022 erstattet wurde (MA-Nr. 37). Er führte aus, der Beschwerdeführer habe nach Kenntnis der medizinischen Berichte am 27.

Januar 2022 beim Klettern mit angewinkeltem rechtem Knie während einer Griffänderung und beim Weiterklettern ein Einklemmungsgefühl und eine Streckhemmung verspürt. Im Rahmen der Erstuntersuchung im E.____ vom selben Tag zeige sich klinisch eine deutliche Streckhemmung ab 20°, ein lasches mediales Seitenband und ein lascher Anschlag des vKB. Die bildgebenden Befunde (Röntgen rechtes Kniegelenk in zwei Ebenen und MRI rechtes Kniegelenk vom 28. Januar 2022) würden ossäre Läsionen ausschliessen. Das MRI beschreibe einen deutlichen Reizerguss mit Baker-Zyste und teilweiser Involution des durchgängig abgrenzbaren vKB, eine geringe Angulierung des hKB, das als ein Hinweis auf eine Läsion des vKB im Sinne einer Ruptur oder Teilruptur hindeuten könnte. Darüber hinaus werde ein gering distrahiertes Lappenriss des medialen Meniskus und eine geringe mukoider Degeneration des lateralen Meniskus und Signalveränderungen der proximalen Patellarsehne festgestellt. Während der Arthroskopie vom 3. Februar 2022 beschreibe der Operateur eine inkarzierte Korbhellenläsion des medialen Meniskus, ein unauffälliges und intaktes vorderes und hinteres Kreuzband sowie einen unauffälligen lateralen Meniskus. Aus versicherungsmedizinischer Sicht liege eine Listenverletzung lit. «c» vor. Von einer frischen Ruptur oder Teilruptur des vKB sei nicht auszugehen. Nicht ausgeschlossen werden könne zumindest eine ältere Teilruptur oder eine Elongation des vKB. Der klinische Befund der Erstuntersuchung bestätige eher eine vordere antero-mediale Rotationsinstabilität. Die mediale Meniskusläsion im Sinne einer Korbhellenläsion entstehe nicht obligat als Folge einer vKB-Ruptur. In den allermeisten Fällen entstehe sie nicht allein durch ein Trauma, sondern im Zusammenspiel bereits älterer Mikrotraumata bzw. als Folge aufgrund von Fehl- und Überlastungen auf dem Boden einer bereits fortgeschrittenen Degeneration des Meniskus. Die wissenschaftliche Literatur unterscheide hinsichtlich einer traumatischen Diskontinuität eines Meniskus nach Schönberger nicht geeignete und geeignete Mechanismen. Der hier zugrundeliegende Mechanismus «beim Klettern mit angewinkeltem rechtem Knie während einer Griffänderung und beim Weiterklettern» sei ohne Zweifel nicht ansatzweise in der Lage, eine traumatische Meniskusläsion auslösen zu können. Bei indirekter Krafteinwirkung sei, bei Fehlen von Begleitverletzungen, nur ein Drehsturz geeignet, eine isolierte Meniskusverletzung zu verursachen. Nach Schönberger sei der Korbhellenriss typischerweise degenerativer Natur, da er sich mehrzeitig bzw. schubweise entwickle und oft erst durch rezidivierende Blockierungen diagnostiziert werde. Als Folge häufiger Fehlbelastungen durch Extremlastungen der Kniegelenke könnten sich stumme Degenerationserscheinungen zu vorzeitigen schmerzhaften Verschleisserscheinungen verstärken. Gemäss der wissenschaftlichen Lehrmeinung sei eine isolierte Verletzung eines Meniskus kaum vorstellbar. Nach Ludolph sei die isolierte Meniskusverletzung nur durch einen Drehsturz zu erklären, bei dem der Fuss fest fixiert sei. Indirekte Hergänge könnten nur dann einen Meniskus verletzen, wenn der Kapsel-Band-Apparat (Kreuz- und Seitenbänder) verletzt bzw. zerrissen sei. Im vorliegenden Schadenfall könnten kernspintomographisch eindeutige Hinweise für degenerative Veränderungen des medialen und des lateralen Meniskus belegt werden. Die Aussagen der E.____ seien hinsichtlich des Ereignisses und der Kausalität nicht korrekt, so habe der Beschwerdeführer bei dem Ereignis weder eine Distorsion des Kniegelenkes, noch einen Sturz erlitten. Ausserdem könnten Texturstörungen der Meniscii makroskopisch nicht sicher beurteilt werden. In Bezug auf die Problematik des vKB sei festzustellen, dass trotz fehlendem arthroskopischem Nachweis einer vKB-Ruptur Zeichen einer vorderen Kreuzbandinsuffizienz mit konsekutiver Korbhellenläsion, mukoider Degeneration des

lateralen Meniskus nicht ausgeschlossen werden könnten. Der Hergang des Ereignisses und die kernspintomographische Abklärung sowie der Nachweis einer Korbhenkelläsion sprächen mit der überwiegenden Wahrscheinlichkeit für eine degenerative mediale Meniskusläsion.

4.10 Im vorliegenden Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht des Kantons Solothurn reichte der Beschwerdeführer die folgenden Stellungnahmen des behandelnden Arztes Dr. med. F.____ ein:

4.10.1 In seiner Stellungnahme vom 7. Oktober 2022 (Urkunde-Nr. 4) führte Dr. med. F.____ Folgendes aus: Der Beschwerdeführer habe sich noch einmal in Bezug auf das Schadensereignis vom 27. Januar 2022 mit Bitte um eine Stellungnahme an ihn gewendet. Dr. med. F.____ habe den Beschwerdeführer damals erstmalig im Rahmen seiner Sprechstunde vom 1. Februar 2022 bei im MRI diagnostizierter luxierter medialer Korbhenkelläsion des Innenmeniskus am rechten Kniegelenk gesehen. Auch bei erneuter Durchsicht der MRI-Bilder lasse sich festhalten, dass sich in diesen keine Schädigung des vorderen Kreuzbandes feststellen lasse. Auch der übliche tibiale und femorale Bone Bruise, welcher mit einer akuten Kreuzbandruptur einhergehe, lasse sich auf den Bildern nicht abgrenzen. Analog dazu habe sich auch in der Arthroskopie vom 3. Februar 2022 das Kreuzband als unauffällig mit erhaltenem Synovialschlauch und guter Spannung dargestellt. Es hätten sich somit keine Hinweise für eine akute oder vorbestehende Schädigung des vorderen Kreuzbandes gefunden. Analog sei dies durch seine Kollegen Dres. med. G.____ und H.____ im Rahmen der Sprechstunde vom 26. April 2022 bei erneuter Durchsicht der MRI- und Operationsbilder unabhängig von ihm beurteilt worden. In den externen Gutachten werde immer auf eine Vorschädigung des vorderen Kreuzbandes im Sinne einer Teilruptur hingewiesen. Gemäss aktuell geltender Literatur könne die Diagnose einer Partialruptur in erster Linie in der Arthroskopie und nicht im MRI gestellt werden (Sonnerly-Cottet B. et al. Partial tears of the anterior cruciate ligament, Traumatol Surg Res, 2016). In dieser Publikation aus dem Jahr 2012 werde die Genauigkeit des MRI bzgl. der Diagnose einer Partialruptur des vorderen Kreuzbandes mit 25 bis 53 % angegeben, was als unzureichend zu bewerten sei (Van Dyck et al. Partial tear of the anterior cruciate ligament of the knee: injury patterns on MR imaging, KSSTA 2012). Es bestehe somit bei arthroskopisch unauffälligem vorderen Kreuzband keine Vorschädigung und das MRI sei in Bezug auf diese Fragestellung kein geeignetes diagnostisches Mittel.

4.10.2 Am 29. November 2022 nahm Dr. med. F.____ Stellung zur Beurteilung von Dr. med. D.____ vom 14. August 2022 (Urkunde-Nr. 5). Er lege dar, seiner Meinung nach beinhalte diese Beurteilung mehrere Punkte, die so nicht korrekt seien. Zunächst werde auf den Erstbefund der Untersuchung auf der Notfallstation des E.____ verwiesen. Im Bericht werde von einem laschen Anschlag des VKB bei Streckhemmung ab 20° gesprochen. Da bereits zu diesem Zeitpunkt eine Streckhemmung vorgelegen sei, müsse der mediale Korbhenkel auch zu diesem Zeitpunkt luxiert gewesen sein, so wie sich das kurz danach im MRI darstelle. Die Beurteilung des vorderen Kreuzbandes sei bei luxiertem Korbhenkelfragment klinisch nicht möglich, da der Meniskus ja in der Notch impingiere und somit eine verlässliche klinische Aussage nicht gemacht werden könne. Zudem sei ein lasches mediales Seitenband beschrieben worden, welches sich anschliessend in der MRI-Untersuchung als unauffällig darstelle. Dieser Untersuchungsbefund sei daher sicherlich sehr kritisch zu betrachten. Somit könne auch der klinische Befund einer anteromedialen Rotationsinstabilität nicht vermutet werden, was der Gutachter aufgrund

dieses Erstuntersuchungsbefundes aber mache. Obwohl im Operationsbericht vom 3. Februar 2022 ein intaktes vorderes Kreuzband festgehalten werde, werde in dem Untersuchungsgutachten weiterhin davon ausgegangen, dass «zumindest eine ältere Teilruptur oder eine Elongation des VKB erneut» vorliegen könnte. Wie aber bereits im letzten Schreiben festgehalten, sei der diagnostische Goldstandard bezüglich einer Partialruptur des vorderen Kreuzbandes die Arthroskopie. Somit sei nicht von einer Vorschädigung des Kreuzbandes auszugehen. In einer älteren Studie aus dem Jahre 1983 habe sich lediglich bei 11 % der Patienten mit einer Korbhockelläsion eine gleichzeitige VKB-Ruptur gezeigt, was somit die Genese einer isolierten Meniskusläsion unterstreiche. Gleichzeitig seien 80 % der Korbhockelläsionen der gleichen Studie traumatisch bedingt gewesen. Lediglich 20 % hätten kein bekanntes Trauma aufgewiesen. Dies in einer grossen Studie mit 272 Patienten (Shakespeare et. al., JBJS 1983 VOL.65-B Nr. 4). Somit sei auch die Aussage, dass die Korbhockelläsion mehrheitlich als Folge einer bereits fortgeschrittenen Degeneration des Meniskus auftrete, als falsch zu widerlegen. Es bleibe zusammenfassend festzuhalten, dass die vorliegende Argumentation nicht konklusiv sei, da immer wieder auf die lediglich durch die Radiologen beschriebene Teilläsion des vorderen Kreuzbandes und der damit konsekutiv einhergehenden Instabilität aufbaue. Weiterhin basiere die Argumentation auf der Annahme, dass Korbhockelläsionen meistens degenerativ bedingt seien, was jedoch in der grossen, oben zitierten Studie nicht habe gezeigt werden können.

4.11 In der ebenfalls im Beschwerdeverfahren eingegangenen Stellungnahme vom 15. Dezember 2022 (A.S. 38 ff.) hielt Dr. med. D. ___ fest, im Schreiben vom 29. November 2022 führe Dr. med. F. ___ aus, dass aufgrund des luxierten Korbhockelfragmentes eine klinische Beurteilung einer anteromedialen Rotationsinstabilität nicht möglich sei und der Untersuchungsbefund daher sehr kritisch gesehen werden müsse. Nach Dr. med. F. ___ sei die Arthroskopie der diagnostische Goldstandard bezüglich der vKB-Partialruptur. Er zitiere eine ältere Studie, nach der ca. 11 % der Patienten mit einer Korbhockelläsion eine gleichzeitige vKB-Ruptur aufgewiesen hätten. Gleichzeitig seien 80 % der Korbhockelläsionen in der Studie traumatisch bedingt, nur bei 20 % sei kein bekanntes Trauma gewesen. Damit sei die Aussage, dass die Korbhockelläsion mehrheitlich Folge einer bereits bestehenden Degeneration sei, als falsch widerlegt. Laut Dr. med. D. ___ könne das Ergebnis der Erstuntersuchung vom 27. Januar 2022 nicht wegdiskutiert werden. Der verlängerte Lachmann-Test mit weichem Anschlag werde ebenso wie eine vermehrte mediale Aufklappbarkeit dokumentiert. Die Argumentation hingegen, die Beurteilung des vKB sei bei luxiertem Korbhockelfragment grundsätzlich nicht möglich, sei medizinisch nicht haltbar. Nur bei untersuchungsbedingtem starken Schmerzen sei die Aussage hinsichtlich der klinischen Validierung eingeschränkt. In diesem Fall lägen keine relevanten Beschwerden bei der Untersuchung vor. Es könne daher davon ausgegangen werden, dass sowohl der lasche Anschlag des vKB und das lasche mediale Seitenband zum Untersuchungszeitpunkt vorgelegen hätten. Eine antero-mediale Rotationsinstabilität des rechten Kniegelenkes könne demnach nicht ausgeschlossen werden. In Bezug auf den Hergang des Ereignisses vom 27. Januar 2022 werde in der Anamnese des Berichtes vom 27. Januar 2022 angegeben: «Hatte beim Klettern mit angewinkeltem Knie rechts nach re weiterklettern wollen und Einklemmungsgefühl und Streckhemmung im re Knie gehabt». Abgesehen davon, dass der oben genannte Hergang nach der wissenschaftlichen Literatur in Bezug auf eine traumatische Meniskusläsion nicht nur ungeeignet sei, lasse sich hierdurch keine

aussergewöhnliche Krafteinwirkung, z.B. im Sinne einer Distorsion auf das rechte Kniegelenk, belegen. Gemäss den Aussagen des Beschwerdeführers seien die Schmerzen bereits beim Klettern aufgetreten, der Sturz habe erst im Nachhinein stattgefunden. Folge man den Ausführungen von Dr. med. F.____, könnte angenommen werden, dass eine Korbhenkelläsion grundsätzlich eine vKB-Ruptur voraussetze. Korbhenkelläsionen könnten sowohl bei vKB-Instabilitäten, als auch bei beruflichen und freizeitsportlichen langjährigen chronischen Überlastungen sowie bei einer Stoffwechselstörung entstehen. Ein Punkt, der von Dr. med. F.____ nicht angesprochen werde, stelle die Befundbeschreibung des MRI vom 28. Januar 2022 dar. Im Gegensatz zu den Ausführungen von Dr. med. F.____ hätten sich sichtbare degenerative Veränderungen der Menisken im Sinne einer mukoiden Degeneration gezeigt, daneben auch eine Baker Zyste als Hinweis für eine intraartikuläre chronische Schädigung des Kniegelenkes. In diesem Zusammenhang würden die Ausführungen zu anfällig fehlenden degenerativen Veränderungen des Kniegelenkes nicht erstaunen. Makroskopisch seien diese nicht beurteilbar, da sich die degenerativen Veränderungen im Innern des Meniskusgewebes bildeten. Das MRI sei das diagnostische Mittel der Wahl, um derartige strukturelle Veränderungen rasch sichtbar zu machen. In diesem Punkt sei das MRI der Arthroskopie deutlich überlegen. Hinsichtlich der Entstehung der Korbhenkelläsion sei die wissenschaftliche Literatur weitgehend geschlossen. So bezeichneten Schönberger, Mehrrens und Valentin den Korbhenkel als «typischerweise degenerativer Natur», da er sich nach überwiegender Ansicht mehrzeitig oder schubweise entwickle. Identische Auslegungen fänden sich in den Studien von Ludolph. Im OP-Bericht erwähne Dr. med. F.____ ein sehr grosses Meniskusfragment, das er mit mehreren Meniskusnähten behandeln müsse. Ginge man von einer traumatischen Läsion eines grossen medialen Meniskusrisses ein Tag zuvor aus, würde man im MRI vom 28. Januar 2022 ■ aufgrund der dafür erforderlichen direkten oder indirekten Krafteinwirkung ■ neben einem Hämarthros, auch ein Knochenmarködem und / oder ligamentäre Begleitverletzungen fordern müssen. Im MRI vom 28. Januar 2022 stelle sich bis auf die mediale Meniskusläsion ein weitgehend unauffälliger Befund dar, zumal Meniskusverletzungen im Vergleich zu Knochen-Knorpel- und Bandverletzungen deutlich nachrangiger auftreten würden. Die Schreiben von Dr. med. F.____ würden keine neuen medizinischen Aspekte enthalten, die zu einer Änderung der bisherigen Stellungnahme führen könnten. Unter Wertung eines nicht ansatzweise geeigneten Herganges, dem bis auf die mediale Meniskusläsion relativ unauffälligen MRI einen Tag nach dem Ereignis sei die mediale Korbhenkelläsion als degenerativ einzuschätzen.

5. Zu prüfen ist in erster Linie, ob das vorstehend beschriebene Ereignis einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG darstellt (vgl. E. II. 2.1 hiervor). Die Beschwerdegegnerin qualifizierte das Ereignis vom 27. Januar 2022 nicht als Unfall im Sinne des Art. 4 ATSG, zumal das Merkmal der Ungewöhnlichkeit des äusseren Faktors nicht gegeben sei.

5.1 Der äussere Faktor ist zentrales Begriffsmerkmal eines jeden Unfallereignisses; er ist Gegenstück zur ■ den Krankheitsbegriff konstituierenden ■ inneren Ursache (BGE 134 V 72 E. 4.1.1). Nach der Rechtsprechung ist der äussere Faktor ungewöhnlich, wenn er ■ nach einem objektiven Massstab ■ nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist (BGE 142 V 219 E. 4.3.1). Das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors kann unter anderem in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. Bei Körperbewegungen gilt dabei der Grundsatz, dass das Erfordernis der äusseren Einwirkung lediglich dann erfüllt ist, wenn ein in der Aussenwelt begründeter

Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam "programmwidrig" beeinflusst hat. Bei einer solchen unkoordinierten Bewegung ist der ungewöhnliche äussere Faktor zu bejahen; denn der äussere Faktor ■ Veränderung zwischen Körper und Aussenwelt ■ ist wegen der erwähnten Programmwidrigkeit zugleich ein ungewöhnlicher Faktor. Dies trifft beispielsweise dann zu, wenn die versicherte Person stolpert, ausgleitet oder an einem Gegenstand anstösst, oder wenn sie, um ein Ausgleiten zu verhindern, eine reflexartige Abwehrhaltung ausführt oder auszuführen versucht. Das Auftreten von Schmerzen als solches ist demgegenüber kein äusserer (schädigender) Faktor im Sinne der Rechtsprechung. Einwirkungen, die aus alltäglichen Vorgängen resultieren, taugen in aller Regel nicht als Ursache einer Gesundheitsschädigung. Bei Sportverletzungen ist das Merkmal der Ungewöhnlichkeit ohne besonderes Vorkommnis zu verneinen. Ferner ist zu beachten, dass sich der medizinische Begriff des Traumas nicht mit dem versicherungsrechtlichen Unfallbegriff im Sinne von Art. 4 ATSG deckt. Ausschlaggebend ist also, dass sich der äussere Faktor vom Normalmass an Umwelteinwirkungen auf den menschlichen Körper abhebt (Urteil des Bundesgerichts 8C_24/2022 vom 20. September 2022 E. 3.2 mit Hinweisen).

5.2 Hinsichtlich des Geschehensablaufs im vorliegenden Fall sind den vorliegenden Akten folgende Angaben zu entnehmen: Aus der Schadenmeldung UVG vom 31. Januar 2022 (MA-Nr. 1) geht hervor, dass der Beschwerdeführer während des Kletterns (Griffänderung) das Knie überdehnt habe. Dem Notfallbericht des E. ___ vom 27. Januar 2022 (MA-Nr. 20) lässt sich zur Anamnese entnehmen, der Beschwerdeführer habe beim Klettern mit angewinkeltem Knie rechts nach rechts weiterklettern wollen und Einklemmungsgefühl und Streckhemmung im rechten Knie gehabt. Der durch den Beschwerdeführer verfassten Einsprache vom 22. März 2022 zum Vorfall vom 27. Januar 2022 (MA-Nr. 16) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer beim Bouldern in der Halle mit komplett angewinkeltem rechten Knie nach rechts habe weiterklettern wollen. Sein komplettes Körpergewicht habe auf dem rechten Bein gelastet. Mit sehr hoher Kraftausübung im rechten Bein, um sich nach rechts oben strecken zu können. Durch die hohe Belastung auf das Knie plus eine Fehllhaltung (Drehung des Knies nach innen) habe er einen Schmerz im Knie verspürt. Danach habe er sich aufgrund aufkommender Angst / Panik von ca. 1.5 bis 2 Metern auf die Matte fallen lassen (Sturz). Auf der Matte sei der Schmerz nochmals viel stärker gewesen, vor allem beim Strecken des rechten Beins. Im Arztzeugnis UVG des E. ___ vom 28. März 2022 (MA-Nr. 21) wurde zum Unfallhergang Folgendes festgehalten: «Knieschmerzen und Einklemmungsgefühl beim Klettern».

5.3 Aus dem sich vorliegend präsentierenden Sachverhalt (E. II. 5.2 hiervor) lässt sich kein ungewöhnlicher äusserer Faktor entnehmen, der den Rahmen des Alltäglichen oder Üblichen sprengen würde. In der Unfallmeldung vom 31. Januar 2022 wurde angegeben, der Beschwerdeführer habe während des Kletterns (Griffänderung) das Knie überdehnt. Dieser Aussage ist grundsätzlich Beweiswert zuzumessen, handelt es sich dabei doch um eine «Aussage der ersten Stunde», die in der Regel unbefangener und zuverlässiger ist, als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a S. 48; Urteile des Bundesgerichts 8C_940/2015 vom 19. April 2016 E. 6.3 und 8C_762/2016 vom 18. Januar 2017 E. 5.3.2). Dasselbe gilt für den Notfallbericht über die Erstbehandlung im E. ___ vom 27. Januar 2022, wonach der Beschwerdeführer beim Klettern mit angewinkeltem Knie rechts nach rechts habe weiterklettern wollen und

Einklemmungsgefühl und Streckhemmung im rechten Knie gehabt habe. Auf diesen echtzeitlichen Bericht ist abzustellen. So ist der Beschwerdeführer beim Klettern weder gestolpert, noch ausgeglitten noch hat er sich das Knie geprellt und es ist auch ansonsten keine unkoordinierte Bewegung in dem Sinne dokumentiert, dass der Bewegungsablauf durch etwas Programmwidriges oder Sinnfälliges, wie ein reflexartiges Abwehren eines Sturzes etc. gestört worden wäre. Selbst wenn der Beschwerdeführer, wie er in seiner Einsprache vom 22. März 2022 geltend macht, sich von ca. 1.5 bis 2 Metern auf die Matte fallen gelassen hat, wäre dieser Sturz nicht als unüblich bzw. ungewöhnlich zu qualifizieren. Einem diesfalls willentlich und kontrolliert ausgeführten Sprung einer erwachsenen Person aus dieser Höhe auf den ■ in einer Kletterhalle wohl etwas abgefederten ■ Boden kann nicht als ungewöhnlich bezeichnet werden. Dies gilt selbst dann, wenn die betreffende Person sich nicht regelmässig in dieser Weise körperlich betätigt, was beim Beschwerdeführer wohl nicht zutrifft (vgl. MA-Nr. 32). Dadurch mag ein solcher Sprung für sich allenfalls ungewohnt sein, dies genügt indes praxisgemäss nicht, um das Element der Ungewöhnlichkeit als gegeben zu betrachten. Mithin ist es nicht zu einer den normalen Bewegungsablauf beeinträchtigenden Programmwidrigkeit gekommen (Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich UV.2016.00054 vom 12. September 2016 E. 5.2 mit Hinweisen). Da für die Bejahung eines Unfalls im Sinne von Art. 4 ATSG sämtliche Kriterien erfüllt sein müssen und im vorliegenden Fall das Kriterium eines «ungewöhnlichen äusseren Faktors» nicht gegeben ist, ist das Ereignis vom 27. Januar 2022 nicht als Unfall zu qualifizieren. Es erübrigt sich damit ein Eingehen auf die restlichen Kriterien. Vom Beschwerdeführer wird auch nicht bestritten, dass sich vorliegend am 27. Januar 2022 kein Unfall im Rechtssinne (Art. 4 ATSG) zugetragen hat.

6. Zu prüfen bleibt demnach, ob die Beschwerdegegnerin nach Art. 6 Abs. 2 UVG in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung leistungspflichtig ist. Vorliegend besteht mit der Diagnose einer Meniskusläsion eine Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG.

6.1 Gemäss dem zu dieser neueren Bestimmung ergangenen BGE 146 V 51 ist für die Anwendung von Art. 6 Abs. 2 UVG zwar kein äusserer Faktor und damit kein unfallähnliches sinnfälliges Ereignis oder eine allgemein gesteigerte Gefahrenlage im Sinne der Rechtsprechung zu Art. 9 Abs. 2 UVV mehr vorausgesetzt. Insoweit führt grundsätzlich bereits die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 lit. a ■ h UVG genannte Körperschädigung vorliegt, nunmehr zur Vermutung, es handle sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Indessen ergibt sich aus der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Gegenbeweises weiterhin die Notwendigkeit der Abgrenzung der vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung von der abnützungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung und damit letztlich zur Leistungspflicht des Krankenversicherers. Insoweit ist die Frage nach einem initialen erinnerlichen und benennbaren Ereignis ■ nicht zuletzt auch aufgrund der Bedeutung eines zeitlichen Anknüpfungspunktes (Versicherungsdeckung; Zuständigkeit des Unfallversicherers; Berechnung des versicherten Verdienstes; intertemporalrechtliche Fragestellungen) ■ auch nach der UVG-Revision relevant. Zu betonen ist aber, dass der Unfallversicherer bei Vorliegen einer Listenverletzung grundsätzlich in der Pflicht steht, Leistungen zu erbringen, solange er nicht den Nachweis für eine vorwiegende Bedingtheit durch Abnutzung oder Erkrankung erbringt. Dies setzt voraus, dass er im Rahmen seiner Abklärungspflicht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG) nach Eingang der Meldung einer

Listenverletzung die Begleitumstände der Verletzung genau abklärt. Lässt sich dabei kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter resp. harmloser Art, so vereinfacht dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers. Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Abgrenzungsfrage ist das gesamte Ursachenspektrum der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen. Nebst dem Vorzustand sind somit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden näher zu beleuchten (als Hilfsmittel bei der medizinischen Beurteilung von Knieverletzungen bietet sich etwa ein Knie Trauma-Check an, publiziert in SÄZ 2016 S. 1742 ff.). Die verschiedenen Indizien, die für oder gegen Abnutzung oder Erkrankung sprechen, müssen aus medizinischer Sicht gewichtet werden. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf beweiskräftige ärztliche Einschätzungen ■ mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ■ nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnutzung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärungen erübrigen.

6.2

6.2.1 Fest steht, dass der Beschwerdeführer am 27. Januar 2022 während des Kletterns (Griffänderung) das rechte Knie überdehnt hat. Er habe beim Klettern mit angewinkeltem Knie rechts nach rechts weiterklettern wollen und Einklemmungsgefühl und Streckhemmung im rechten Knie gehabt (vgl. E. II. 4.1 und 4.2 hiavor). Damit liegt ein initiales, nicht ganz untergeordnetes Ereignis als potenzielle Ursache seines Gesundheitsschadens vor.

6.2.2 Weiter zu prüfen ist sodann, ob die vorliegenden Verletzungen als Listendiagnosen zu mehr als 50 % auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrem Entscheid und ihren Rechtschriften im Wesentlichen auf die Berichte ihres Vertrauensarztes Dr. med. D. ___ vom 14. August 2022 (MA-Nr. 37) und vom 15. Dezember 2022 (A.S. 38 ff.), weshalb nachfolgend deren Beweiswert zu prüfen ist.

Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. II. 3.2 hiavor). Solche geringen Zweifel sind vorliegend mit Blick auf die diametral voneinander abweichenden medizinischen Beurteilungen gegeben. Während die Ärzte der Beschwerdegegnerin eine traumatische Genese des Meniskusschadens ausschlossen, führten die behandelnden Ärzte diesen auf das stattgehabte Ereignis zurück und verneinten dementsprechend eine degenerative Läsion des Meniskus. Die Ansichten der Ärzte in Bezug auf die Einordnung der Meniskusschädigung als traumatisch oder degenerativ / krankhaft weichen diametral voneinander ab, ohne dass die Beschwerdegegnerin aufgrund der ärztlicherseits genannten Aspekte, die für oder gegen eine traumatische Genese sprechen, überzeugend und nachvollziehbar einen Sachverhalt feststellte, der zumindest überwiegend wahrscheinlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_347/2021 vom 10. November 2021 E. 4.4 mit Hinweisen). In der Beurteilung vom 14. August 2022 (MA-Nr. 37) führte Dr. med. D. ___ unter anderem aus, im vorliegenden Fall sei nicht von einer frischen Ruptur oder Teilruptur des vKB auszugehen. Nicht

ausgeschlossen werden könne zumindest eine ältere Teilruptur oder eine Elongation des vKB. Der klinische Befund der Erstuntersuchung bestätige eher eine vordere antero-mediale Rotationsinstabilität. In den allermeisten Fällen entstehe eine mediale Meniskusläsion im Sinne einer Korbhockelläsion nicht allein durch ein Trauma, sondern im Zusammenspiel bereits älterer Mikrotraumata bzw. als Folge von Fehl- und Überlastungen auf dem Boden einer bereits fortgeschrittenen Degeneration des Meniskus. Der hier zugrundeliegende Mechanismus «beim Klettern mit angewinkeltem rechtem Knie während einer Griffänderung und beim Weiterklettern» sei ohne Zweifel nicht ansatzweise in der Lage, eine traumatische Meniskusläsion auslösen zu können. Nach Schönberger sei der Korbhockelriss typischerweise degenerativer Natur, da er sich mehrzeitig bzw. schubweise entwickle. Seine Beurteilung erscheint zwar grundsätzlich nachvollziehbar. Aber der behandelnde Arzt Dr. med. F. ___ vermag in der vom Beschwerdeführer veranlassten Stellungnahme vom 29. November 2022 (Urkunde-Nr. 5) zumindest geringe Zweifel an der Beurteilung des Vertrauensarztes hervorzurufen. Er bringt vor, in einer älteren Studie aus dem Jahre 1983 habe sich lediglich bei 11 % der Patienten mit einer Korbhockelläsion eine gleichzeitige vKB-Ruptur gezeigt, was somit die Genese einer isolierten Meniskusläsion unterstreiche. Gleichzeitig seien 80 % der Korbhockelläsionen der gleichen Studie traumatisch bedingt gewesen. Lediglich 20 % hätten kein bekanntes Trauma aufgewiesen. Dies in einer grossen Studie mit 272 Patienten (Shakespeare et. al., JBJS 1983 VOL.65-B Nr. 4). Somit sei die Aussage, dass die Korbhockelläsion mehrheitlich als Folge einer bereits fortgeschrittenen Degeneration des Meniskus auftrete, als falsch zu widerlegen. Was den Erstbefund der Untersuchung auf der Notfallstation anbelange, so werde von einem laschen Anschlag des vKB bei Streckhemmung ab 20° gesprochen. Da bereits zu diesem Zeitpunkt eine Streckhemmung vorgelegen sei, müsse der mediale Korbhockel auch zu diesem Zeitpunkt luxiert gewesen sein, so wie sich das kurz danach im MRI dargestellt habe. Die Beurteilung des vorderen Kreuzbandes sei bei luxiertem Korbhockelfragment klinisch nicht möglich, da der Meniskus ja in der Notch impingiere und somit eine verlässliche klinische Aussage nicht gemacht werden könne. Zudem sei ein lasches mediales Seitenband beschrieben worden, welches sich anschliessend in der MRI-Untersuchung als unauffällig dargestellt habe. Dieser Untersuchungsbefund sei daher kritisch zu betrachten. Somit könne auch der klinische Befund einer anteromedialen Rotationsinstabilität nicht vermutet werden, was Dr. med. D. ___ aufgrund dieses Erstuntersuchungsbefundes aber mache. Hiergegen bringt Dr. med. D. ___ in seiner Stellungnahme vom 15. Dezember 2022 (A.S. 38 ff.) wiederum vor, das Ergebnis der Erstuntersuchung vom 27. Januar 2022 könne nicht wegdiskutiert werden. Der verlängerte Lachmann-Test mit weichem Anschlag werde ebenso wie eine vermehrte mediale Aufklappbarkeit dokumentiert. Die Argumentation hingegen, die Beurteilung des vKB sei bei luxiertem Korbhockelfragment grundsätzlich nicht möglich, sei medizinisch nicht haltbar. Nur bei untersuchungsbedingten starken Schmerzen sei die Aussage hinsichtlich der klinischen Validierung eingeschränkt. In diesem Fall lägen keine relevanten Beschwerden bei der Untersuchung vor. Es könne daher davon ausgegangen werden, dass sowohl der lasche Anschlag des vKB und das lasche mediale Seitenband zum Untersuchungszeitpunkt vorgelegen hätten. Eine antero-mediale Rotationsinstabilität des rechten Kniegelenkes könne demnach nicht ausgeschlossen werden. Im Weiteren legte Dr. med. D. ___ dar, im vorliegenden Schadenfall hätten kernspintomographisch eindeutige Hinweise für degenerative Veränderungen des medialen und des lateralen Meniskus belegt werden können. In Bezug auf die Problematik des vorderen Kreuzbandes sei festzustellen,

dass trotz fehlendem arthroskopischem Nachweis einer vKB-Ruptur Zeichen einer vorderen Kreuzbandinsuffizienz mit konsekutiver Korbhellenkläsion, mukoider Degeneration des lateralen Meniskus nicht ausgeschlossen werden könnten. Dagegen wendet der behandelnde Arzt Dr. med. F. ___ ein (Urkunde-Nr. 5), obwohl im Operationsbericht vom 3. Februar 2022 ein intaktes vorderes Kreuzband festgehalten werde, werde im Gutachten von Dr. med. D. ___ weiterhin davon ausgegangen, dass «zumindest eine ältere Teilruptur oder eine Elongation des vKB erneut» vorliegen könnte. Wie aber bereits im Schreiben vom 7. Oktober 2022 (Urkunde-Nr. 4) festgehalten worden sei, sei der diagnostische Goldstandard bezüglich einer Partialruptur des vorderen Kreuzbandes die Arthroskopie. Somit sei nicht von einer Vorschädigung des Kreuzbandes auszugehen, wogegen Dr. med. D. ___ daran festhält, dass das MRI das diagnostische Mittel der Wahl sei, um strukturelle Veränderungen rasch sichtbar zu machen. In diesem Punkt sei das MRI der Arthroskopie deutlich überlegen (A.S. 38 ff.). Dadurch werden zusätzliche Zweifel an der Beurteilung des Vertrauensarztes Dr. med. D. ___ hervorgerufen. In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass die Beschwerdegegnerin bei einer Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG die Beweislast hat, nachzuweisen, dass diese Diagnose zu mehr als 50 % auf eine Krankheit und / oder ein degeneratives Geschehen zurückzuführen ist, was ihr nach dem Gesagten nicht gelungen ist.

6.2.3 Nach dem Gesagten liegt keine beweiskräftige ärztliche Beurteilung vor, die eine abschliessende Klärung des Sachverhalts erlaubt. Unter diesen Umständen kann die gesetzliche Vermutung, beim Beschwerdeführer liege eine von der Beschwerdegegnerin zu übernehmende unfallähnliche Körperschädigung vor, (noch) nicht zum Zuge kommen. Die Beschwerdegegnerin hat vielmehr aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 ATSG) ein klärendes medizinisches Gutachten zu veranlassen und danach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers erneut zu verfügen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_267/2019 vom 30. Oktober 2019 E. 7.2.2). Die Gutachtensperson wird sich unter Berücksichtigung der vorhandenen Akten dazu zu äussern haben, ob die Listenverletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Kommt sie zu dem begründeten und überzeugenden Schluss, dass die Verletzung des Beschwerdeführers nicht überwiegend auf Verschleiss oder Krankheit zurückzuführen ist, muss die Beschwerdegegnerin für die Folgen des Meniskusschadens aufkommen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_347/2021 vom 10. November 2021 E. 4.4 mit Hinweisen).

7. Damit ist der Einspracheentscheid vom 25. August 2022 aufzuheben und die dagegen erhobene Beschwerde im Sinne der vorstehenden Erwägungen teilweise gutzuheissen. Die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie im Sinne der vorliegenden Erwägungen vorgeht und sodann erneut entscheidet.

E. 8

8.1 Dem teilweise obsiegenden Beschwerdeführer steht keine Parteientschädigung zu, da er nicht anwaltlich vertreten ist.

8.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagen seit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Yalcin

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