

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00011

## vom 12. April 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-04-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2023.00011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2023.00011)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00011 du 12 avril 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00011 del 12 aprile 2023

### Erwägungen

#### E. 1

0 . Oktober 201 7

erfolgte eine MRT-Untersuchung des linken Knies

(vgl. Urk. 8/4) . Im Konsiliarbericht vom 3. November 2017 hielt Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Sportmedizin, ein en Status nach Hyperflexionstrauma 5/17 mit 80

kg Langhan t el und seither symptomatischem, lateralem Meniskushornriss Knie link s fest. Es folgten Knieinfiltrationen, eine medikamentöse Analgesie sowie Physiotherapie ( Urk. 8/

#### E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt ver wirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der ge nannten Übergangsbestimmungen).

D as hier zu beurteilende Grundereignis hat sich nach dem 1. Januar 2017 ereignet, weshalb die ab diesem Datum gültig en Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

#### E. 1.2

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

Ge mäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: Knochenbrüche ( lit . a); Verrenkungen von Gelenken ( lit . b), Meniskusrisse ( lit . c), Muskelrisse ( lit . d), Muskelzerrungen ( lit . e), Sehnenrisse ( lit . f), Bandläsionen ( lit . g) und Trommelfellverletzungen ( lit . h).

Diese Aufzählung der den Unfällen gleichgestellten Körperschädigungen ist ab schliessend (BGE 146 V 51 E. 7.1 sowie BGE 116 V 136 E. 4a, 147 E. 2b, je mit Hinweisen). 1. 3

Obwohl die Anwendung von Art. 6 Abs. 2 UVG neu keinen äusseren Faktor und damit kein unfallähnliches

sinnfälliges Ereignis oder eine allgemein gesteigerte Gefahrenlage mehr voraussetzt, bedarf es zwecks zeitlicher Abgrenzung der Versicherungsdeckung des zuständigen Unfallversicherers

eines initial erinnerlichen und benennbaren Ereignisses (Urte il des Bundesgerichts 8C\_819/2019 vom

26. Februar 2020 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 146 V 51).

Der Unfallversicherer steht bei Vorliegen einer Listenverletzung grundsätzlich in der Pflicht, Leistungen

zu erbringen, solange er nicht den Nachweis für eine vor wiegende Bedingtheit durch Abnützung

oder Erkrankung erbringt. Dies setzt voraus, dass er im Rahmen seiner Abklärungspflicht (vgl. Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) nach Eingang der Meldung einer Listenverletzung die Begleitumstände

der Ver letzung 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 Ab grenzungsfrage 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. Die verschiedenen Indizien,

die für oder gegen Abnützung oder Erkrankung sprechen, müssen aus medizinischer Sicht gewichtet werden. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf beweiskräftige

ärztliche Ein schätzungen – mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit – nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, d. h. im gesamten Ursachenspektrum

zu mehr als 50 % , auf Abnützung oder Erkrankung zurückzu führen ist. Besteht das Ursachenspektrum

einzig aus Elementen, die für Ab nützung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus

unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere

Abklärungen erübrigen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_267/2019 vom 30. Oktober 2019 E. 6). 1. 4

Der Fallabschluss hat in Form einer Verfügung zu erfolgen, wenn und solange die (weitere) Erbringung erheblicher Leistungen zur Diskussion steht (BGE 132 V 412 E. 4, Art. 124 UVV). Erlässt der Versicherer stattdessen nur ein einfaches Schreiben, erlangt dieses in der Regel jedenfalls dann rechtliche Verbindlichkeit, wenn die versicherte Person nicht innerhalb eines Jahres Einwände erhebt (BGE 134 V 145). Stünden zu einem bestimmten Zeitpunkt indes keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann ein Rückfall auch vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. In dieser Konstellation ist entscheidend, ob zum damaligen Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten. Dies ist im Rahmen einer ex-ante-Betrachtung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_400/2013 vom 31. Juli 2013 E. 4 mit weiterem Hinweis).

Dabei kommt der Art der Verletzung und dem bisherigen Verlauf eine entscheidende Rolle zu. Lag ein vergleichsweise harmloser Unfall mit günstigem Heilungsverlauf vor, welcher nur während relativ kurzer Zeit einen Anspruch auf Leistungen begründete, wird tendenziell eher von einem stillschweigend erfolgten Abschluss auszugehen sein als nach einem kompliziert verlaufenen Heilungsprozess. Andererseits ist der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalles und nicht unter demjenigen eines Rückfalles zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat bzw. wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2008 vom 17. Dezember 2008 E. 4.3 mit Hinweisen).

### **E. 1.5**

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c in fine). Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteile des Bundesgerichts 8C\_448/2022 vom 23. November 2022 E. 2.3 und 8C\_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.2, je mit Hinweisen). 1. 6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der

medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C\_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ ee ). 2.

2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, das Ereignis vom 8.

Juni 2017 qualifiziere nicht als Unfall im Rechtssinne; ein Hyperflexions trauma sei aufgrund der Schilderungen zum Ereignishergang nicht rechtsgenü glich ausgewiesen. Alsdann hätten Dres . C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ nachvoll ziehbar dargetan, dass keine auf das Ereignis vom 8. Juni 2017 zurückzuführende Beschwerden vorliegen würden. Daran vermöchten auch die Beurteilungen von Dres . F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ nichts zu ändern. Schliesslich habe ein im Grundfall anerkanntes Ereignis nicht zu r Folge, dass eine Rückfallmeldung telquel zu einer erneuten Leistungspflicht führe ( Urk. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer wandte ein , die Beschwerdegegnerin habe ihre Leistungs pflicht betreffend den Grundfall vom 8. Jun i 2017 gegenüber der Arbeitgeberin mit E-Mail vom 1 0. November 2017 bestätigt. Die vertrauensärztlichen Beurteilungen seien nicht beweiskräftig. Folglich sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, dass die vorliegende Listenverletzung zu mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei. Vielmehr sei es mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer Quetschläsion im Vorderhorn des Aussen meniskus gekommen. Diese habe zu persistierenden, behandlungsbedürftigen Knieschmerzen geführt .

Dres . F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_

seien zum Schluss gekommen,

der Riss und das Weichteilödem seien traumatisch bedingt. Zudem fehlten begleitende, degenerative Veränderungen des Gelenks. Die Chondropathie sei erst intraoperativ, mehr als vier Jahre nach dem Ereignis vom 8. Juni 2017, fest gestellt worden. Diese habe sich laut Dr. G.\_\_\_\_ infolge der lateralen Meniskusläsion entwickelt. Zudem sprächen das junge Alter und der Umstand, dass der Beschwerdeführer Koch und kein Spitzensportler sei, gegen eine Ver schleisserscheinung ( Urk. 1). 3.

Nach Lage der Akten hat

die Beschwerdegegnerin den am 1 3. November 2017 gemeldeten Grundfall ( Urk. 8/1) stillschweigend abgeschlossen , was unter Hin weis auf die eingangs erläuterte Rechtslage (vgl. E. 1.4) vorliegend nicht zu beanstanden ist. Insbesondere durfte sie bei m

Bagatellereignis vom 8. Juni 2017 , welches keine Arbeitsunfähigkeit und lediglich eine kurzzeitige , konservative Therapie zur Folge hatte,

davon ausgehen , dass keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestand (vgl. auch Urk. 10/1) .

Unter den Parteien besteht denn auch Einigkeit darüber, dass der vorliegend um strittene Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Rückfalls zu prüfen ist . 4. 4.1

Gemäss Bagatellunfallmeldung vom 13. November 2017

kam es am 8. Juni 2017 bei einer Kraftübung (Kniebeugen) am dafür vorgesehenen Gerät mit einer Langhantelstange (kein Freigewicht) von 80 kg zu Schmerzen in der Kniegegend (Urk. 8/1). Nach dem genauen Unfallvorgang befragt, gab der Beschwerdeführer am 19.

Juli 2021 an, er habe im Sportstudio trainiert mit Schwerpunkt Kraftsport und Cardio. Dabei habe er an einem geführten Gerät Kniebeugen gemacht. Das Gewicht sei moderat bis schwer gewesen. Er habe dabei keine Schmerzen verspürt und die Übung absolviert. Während der Übung und am Abend danach habe er keine Schmerzen verspürt. Erst am nächsten Morgen (9. Juni 2017) seien Schmerzen im linken Knie aufgetreten, weshalb die Kniebeugen bei der Ausübung nicht als Unfall zu erkennen gewesen seien. Nach einer Physiotherapie sei er monatelang schmerzfrei gewesen. Anfang 2021 habe er einen Rückfall an gemeldet (Aussendienst-Protokoll, Urk. 8/14). 4.2

Der am 13. Juni 2017 erstbehandelnde Dr. A.\_\_\_\_ hielt den Verdacht auf eine retropatellare Chondropathie fest. Der Beschwerdeführer habe seit vier Wochen Knieschmerzen links. Diese seien einen Tag nach Fitness-Übungen (Kniebeugen) aufgetreten. Es bestünden weder Schwellung und Erguss noch Ruheschmerzen. Klinisch zeige sich ein leichter Beckenschiefstand bei minimaler Beinlängen differenz, ein minimaler Erguss im linken Knie, eine minimale Krepitation retro patellär, ein stabiler Bandapparat und negative Meniskuszeichen. Als Therapie verordnete Dr. A.\_\_\_\_ eine schonende Belastung sowie das Knorpelaufbau präparat Condrosulf (1-0-0-0, Urk. 8/21). 4.3

Infolge anhaltender Schmerzen (vgl. Einträge in die Krankengeschichte, Urk. 8/21)

erfolgte am

10. Oktober 2017 eine MRT-Untersuchung des linken Knies in der Radiologie/Neuroradiologie H.\_\_\_\_. Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Radiologie, hielt eine physiologische Flüssigkeitsmenge im Kniegelenk, einen kräftigen, retropatellären Knorpel ohne Defekte

und intakte Bänder fest. Es zeigten sich

keine chondralen Läsionen. Demgegenüber zeige sich eine unregelmässige, in kraniokaudaler Richtung verlaufende Rissbildung durch den Hoffa'schen Fettkörper mit Einstrahlung bis in die Basis des Aussenmeniskus vorderhorns, eine hier starke Signalanhebung innerhalb des Meniskus ohne Nachweis eines an die Meniskusober- oder Unterfläche verlaufenden Risses. Ausserdem bestehe eine

Plica

mediopatellaris, welche allerdings nicht signifikant irritiert imponiere (Urk. 8/4).

4.4

Dr. B.\_\_\_\_ hielt im Konsiliarbericht vom 3. November 2017 einen Status nach Hyperflexionstrauma 5/17 mit 80 kg schwerer Langhantel mit seither symptomatischem, lateralem Meniskusvorderhornriss im linken Knie fest. Die Hautverhältnisse am aktuell ergussfreien linken Knie seien reizlos. Bei endgradiger Beugung würden diffuse anteriore

Schmerzen auftreten. Das laterale Meniskuszeichen MC Murray sei positiv mit starken Schmerzen. Die auswärtige Röntgenuntersuchung des linken Knies vom 10. September 2017 habe einen unauffälligen ossären Befund ergeben. MR-tomographisch habe sich am

10. Oktober 2017 ein tiefer durch das gesamte Vorderhorn ziehender, schräger Riss des lateralen Meniskusvorderhorns gezeigt; Hinterhorn und medialer Meniskus seien intakt. Angrenzend an die vorhandene Rissbildung fände sich ein Ödem im angrenzenden Fettkörper. Bei der aktuell deutlich symptomatischen lateralen Meniskusvorderhornläsion und beim Verdacht auf Ödem bzw. Rissbildung im Hoffa-Fettkörper sei von einem Bagatellunfall

auszugehen. Heute sei eine therapeutisch-diagnostische Infiltration durchgeführt und eine Verordnung zur Physiotherapie ausgestellt worden. Da eine Operation aus beruflichen Gründen derzeit nicht durchführbar sei, habe er (Dr. B.\_\_\_\_) mit dem Beschwerdeführer zu nächst eine zeitlich limitierte konservative Behandlung vereinbart

(Urk. 8/30/2f.). 4. 5

Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für orthopädische Chirurgie,

diagnostizierte am 11. März 2021 chronische rezidivierende ventrolaterale Knieschmerzen links bei Status nach Hyperflexionstrauma mit 80 kg Langhantel am 8. Juni 2017 mit lateralem Meniskusvorderhornriss Knie links (MRI 10. Oktober 2017) sowie Status nach Knieinfiltration links am 3. November 2017. Nach dem Unfall vom 8. Juni 2017 sei eine konservative Therapie durchgeführt worden. Danach sei der Beschwerdeführer schmerzfrei gewesen. In den letzten Monaten sei er sportlich nicht mehr aktiv gewesen und es bestünden wieder rezidivierende ventrolaterale Knieschmerzen links. Eine regelmässige orale Analgesie nehme der Beschwerdeführer bisher nicht ein. Die Schmerzen seien belastungsabhängig. Als Diätiker müsse er beruflich sehr viel Stehen und Laufen. Klinisch hätten sich lateral positive Meniskuszeichen ergeben. Die aktuell wieder symptomatischen Kniebeschwerden seien im Rahmen der bekannten Meniskusvorderhornläsion 2017 zu interpretieren

(Urk. 8/3).

4. 6

In der Aktenbeurteilung vom 21. Oktober 2021 wiesen Drs. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ darauf hin, dass der Beschwerdeführer gemäss Radiologiebericht vom 10.

Oktober 2017 seit sechs Monaten, mithin seit April 2017, an Knieschmerzen gelitten habe. Damit ungefähr übereinstimmend habe der Hausarzt anlässlich der Untersuchung vom 13. Juni 2017 berichtet, die

Knieschmerzen bestünden seit vier Wochen. Da mit habe das

zur Anmeldung gebrachte Ereignis nicht am 8. Juni 2017, sondern offenbar Mitte Mai 2017 stattgefunden. Alsdann habe

Dr. I.\_\_\_\_ die Flüssigkeitsmenge im Knie als physiologisch beschrieben. Das

heisse, es habe keinen Erguss gegeben. Der Befund am Hoffa'schen Fettkörper entspreche am ehesten einer Hoffa-itis. Augenfällig sei zudem die Beschreibung des Aussen

meniskusvorderhorns , wo zwar eine starke Signalanhebung innerhalb des Meniskus festgehalten worden sei, jedoch kein eigentlicher Riss an der Meniskusober- oder -unterfläche . Die

vom Beschwerdeführer am Fitnessgerät mit einer geführten Langhantel von 80 kg durchgeführte Kniebeuge stelle kein Hyperflexionstrauma dar. Bei der Squatübung handle es sich um eine Kniebeuge, bei der das Gewicht während des Heruntergehens in die Kniebeuge und während der Streckung des Knies beim Wiederaufstehen gestemmt werden müsse. Mithin handle es sich dabei um eine normale Flexion, gefolgt von einer normalen Extension des linken Knies. Die komplexe Grundübung beanspruche alle Muskeln des Unterkörpers. Dabei werde das Kniegelenk primär durch Anspannung der Quadrizepsmuskulatur , sekundär durch die Beübung der Hamstrings sehr gut geschützt. Eine gewaltsame Knieverdrehung mit Blockierung eines knöchernen Gelenkpartners als wesentliche Voraussetzung für eine traumatische Zerreissung des Meniskus habe nicht stattgefunden. Bei einem Hyperflexionstrauma wäre überdies eher eine Schädigung an beiden Meniskushinterhörnern beider Knie zu erwarten gewesen. Der augenscheinlich fitnesstrainingsgeübte Beschwerdeführer habe die ihm bekannte Fitnessübung ohne jegliche Schmerzen abschliessen können. Es habe nichts Programmwidriges stattgefunden und nichts Ungewöhnliches

von aussen auf das linke Knie eingewirkt. Nach dem Ereignis habe der Beschwerdeführer keine starke Anschwellung seines linken Knies mit schmerzhafter Blockade der Beugung und/oder Streckung verspürt. Das Gehen sei nicht behindert gewesen. Im Gegenteil sei der Beschwerdeführer während und auch unmittelbar nach der Übung komplett schmerzfrei gewesen. Erst am nächsten Tag habe er Schmerzen verspürt. Es sei zu keinem Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit eingetreten. Dies passe nicht zu einer traumatisch bedingten Meniskusruptur . Mithin vermöge das Ereignis weder die tags darauf verspürten Beschwerden noch die MRT-Befunde vom 10. Oktober 2017 zu erklären. Dazu passe auch, dass die Meniskuszeichen bei der hausärztlichen Erstuntersuchung vom 13. Juni 2017 negativ und bei der spezialärztlichen Untersuchung vom 3.

November 2017 positiv gewesen seien. Die Röntgenuntersuchung vom 10.

September 2017 habe keinen pathologischen Befund ergeben. MR-tomographisch habe sich am 10. Oktober 2017 eine Rissbildung im Hoffa'schen Fettkörper mit Ausstrahlung ins Aussenmeniskusvorderhorn gezeigt, jedoch ohne eindeutige Rissbildung an der Ober- oder Unterfläche des Aussenmeniskus. Demgegenüber habe Dr. B.\_\_\_\_ eine Aussenmeniskusvorderhornruptur diagnostiziert. Diese Bildbeurteilungen diskrepanz sowie die Frage, ob eine Diagnose gemäss Art.

6 Abs 2 UVG vorliege , müsse nicht weiter abgeklärt werden, weil das Ereignis – wie bereits dargetan - den pathologischen Befund nicht zu erklären vermöge . Vielmehr sei davon auszugehen, dass es sich bei der lateralen Meniskopathie um eine abnutzungs- bzw. überlastungsbedingte Erkrankung handle ( Urk. 8/25) . 4.

### **E. 3**

0 / 2 f. ) .

Die Elips

er brachte Heilungskosten (vgl. Urk. 9/1, Urk.

## **E. 7**

Bei anhaltenden Beschwerden (vgl.

Bericht vom 4. Mai 2021 , Urk. 8/6) führte Dr.

B.\_\_\_\_

am 12. November 2021 eine arthroskopische laterale Teilmeniskektomie Vorderhorn und Pars intermedia am linken Knie durch. Intraoperativ hielt er neu eine Chondropathie Grad 3 femoral media , intakt tibial medial, Grad 1 tibial lateral, Grad 2 femoral lateral, intakt femoropatellar Knie links fest ( Urk. 8/29) . 4.

## **E. 8**

Im einspracheweise eingereichten Bericht vom 8. Mai 2022 gab PD Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Radiologie, Klinik K.\_\_\_\_ , eine Beurteilung de s MRT vom 10. Oktober 2017 ab . Dabei hielt er im Wesentlichen ein aus gedehntes Weichteilödem im Hoffa'schen Fettkörper, zum einen zentral, zum anderen sich nach lateral erstreckend und direkt an die Basis und per continu i tatem in den Corpus des gesamten Aussenmeniskusvorderhorns reichend, fest. Das Ödem sei diffus und ausgedehnt. Die Verteilung weise auf einen Einriss innerhalb des Hoffa'schen Fettkörpers hin. Das Vorderhorn des Aussenmeniskus zeige eine intrakorporale Signalerhöhung in der T2-Gewichtung, die sich von der vorderen Meniskuswurzel bis zum Übergang in die Pars intermedia erstrecke. Betroffen sei die Meniskusbasis und das Corpus; die Meniskusspitze und die Oberflächen des Vorderhorns seien nahezu un betroffen. bbbbbbbbbbb Im Übergangsbereich Pars intermedia zum Vorderhorn zeige sich eng umschrieben eine diskrete lineare Fortsetzung an die Meniskusunterfläche, so dass formal ein nicht dislozierter Riss vorliege. Entlang der Basis der Pars intermedia zeige sich ein sich ausbildendes kleines Meniskusganglion (Durchmesser 1 mm) ausgehend von der beschriebenen Läsion. Die beschriebenen Läsionen des Hoffa'schen Fettkörpers sowie vor allem des Vorderhorns des Aussenmeniskus seien als zusammenhängender Läsionskomplex im Rahmen des stattgehabten Traumas zu werten. Es liege eine Kontusion/Quetschung des lateralen Anteils des Hoffa'schen Fettkörpers sowie des gesamten Meniskusvorderhorns vor. Die Lokalisation und Form der Meniskusverletzung sei ungewöhnlich und als Folge des speziellen Unfallmechanismus zu werten. Es fehlten jegliche begleitende degenerative Veränderungen innerhalb des Gelenks. Insbesondere sei der hyaline Gelenkknorpel im medialen und lateralen femorotibialen Gelenk sowie femoropatellar ohne Läsion/Defekt ab gebildet. Die beschriebene Veränderung im Aussenmeniskusvorderhorn sei nicht degenerativ bedingt; die nicht betroffenen Meniskusanteile (hintere Pars inter media, Hinterhorn) seien in vollständiger Integrität ohne Hinweis auf eine degenerative Veränderung abgebildet ( Urk. 8/41 S. 4-9) .

Gestützt darauf hielt Dr. med. G.\_\_\_\_ , Fachärztin FMH für Chirurgie, in der einspracheweise eingereichten chirurgisch-versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 17. Mai 2022 fest, es falle auf, dass sich die Signalveränderungen im lateralen Meniskus links nur im Vorderhornbereich/Übergang Corpus fänden; nicht aber im Hinterhornbereich , wo man (Literatur basiert) die initialen degenerativen Veränderungen finde. Die Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ sei ausführlicher, aber identisch mit der radiologischen Beurteilung von n Dr. I.\_\_\_\_ . Die MR-Befunde vom 10. Oktober 2017 würden eine Kontusion/Quetschung des lateralen Hoffa'schen Fettkörpers und des gesamten lateralen Meniskusvorderhorns mit einer Vorderhorn-Unterflächenläsion dokumentieren. Im Bereich des Knochens (lateraler Femurkondylus und laterales Tibiaplateau ) zeige sich ein an

grenzendes Knochenmarködem. Es habe zum Zeitpunkt der MRT -Untersuchung eine frische Meniskuspathologie im Bereich des linken Aussenmeniskus bestanden, ohne degenerative Veränderungen im lateralen Kompartiment , weder am Knorpel noch am Aussenmeniskus. Es liege damit eine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 lit . c UVG vor, ohne jegliche Zeichen einer Abnützung , resp. diese Meniskusläsion sei nicht vorwiegend auf Abnützung/Degeneration zurückzu führen. Die am 12.

November 2021 durchgeführte Operation habe die im Juni 2017 erlittene Aussenmeniskus-Vorderhornläsion links resp. den Rückfall behandelt (Urk.

8/41/10 ff.). 4.

## **E. 9**

/44/

## **E. 12**

ff.). 5. 5.1

E ine für die Qualifikation als Unfall im Rechtssinne erforderliche p rogramm widrig e Störung des Bewegungsablaufs

der maschinell geführten

Fitnessübung

( Squat )

ist bei der vorliegenden Aktenlage

nicht auszumachen . Das von Dres . B.\_\_\_\_ und PD F.\_\_\_\_ postulierte Hyperflexionstrauma ist mangels jeglicher Begründung nicht nachvollziehbar und steht zudem im Widerspruch zur Sach verhaltensdarstellung des Beschwerdeführers.

Unter den Parteien besteht denn auch zu Recht Einigkeit darüber, dass das Ereignis vom 8. Juni 2017 nicht als Unfall im Rechtssinne qualifiziert ( vgl. Urk. 1

Rz . 19 und Rz . 23 ,

Urk. 2 S. 8, Urk.

7 Rz .

## **E. 17**

, Rz . 25 und Rz . 36 ).

5.2

Strittig und zu prüfen ist eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 6 Abs. 2

lit . c UVG .

Während dem Dr. I.\_\_\_\_

MR-tomografisch am 10. Oktober 2017 eine starke Signalanhebung in der Basis des Aussenmeniskusvorderhorns befundete, den Nachweis eines Risses an die Meniskusober- oder Unterfläche jedoch verneinte ( Urk. 8/9), kam PD Dr. F.\_\_\_\_ zum Schluss, es bestehe ausgehend vom Riss im Hoffa'schen Fettkörper eine diskrete lineare Fortsetzung an die Mensikusunter fläche , so dass hier formal ein nicht dislozierter Riss vorliege ( Urk. 8/41/4

f.). Dr. E.\_\_\_\_ hielt eine horizontale Läsion der anterioren Hälfte des Meniskus lateralis mit einem in die untere Fläche des Meniskus ziehenden – näher umschriebenen - Ausläufer fest ( Urk. 9/44/35). Soweit

Dr. B.\_\_\_\_

ein en tiefe n, durch das gesamte Vorderhorn ziehende n , schräge n Riss des lateralen Meniskus hinterhorns

festhielt ( Urk. 8/30/3 ) , gilt es zu beachten, dass es sich bei ihm nicht um einen Facharzt für Radiologie handelt . Es kann jedoch insgesamt - zugunsten des Beschwerdeführers –

davon ausgegangen werden, dass ein

– wie auch immer gearteter

– Riss im lateralen Vorderhorn des Aussenmeniskus und damit eine Listenverletzung nach

Art. 6 Abs. 2

lit . c

UVG bestand .

Streitentscheidend ist damit , ob diese vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. 5.3 5.3.1

Bei der vorliegenden Aktenlage ist das Ereignis vom 8. Juni 2017 (vgl. Unfallmeldung, Urk. 8/1; vgl. auch das Aussendienstprotokoll vom 19. Juli 2021, wo nach der Beschwerdeführer das Ereignisdatum bestätigte ; ebenso in seiner Beschwerde, Urk. 1 S. 3 ) zusammen mit Dres . C.\_\_\_\_ , D.\_\_\_\_

und E.\_\_\_\_

(vgl. die Aktenbeurteilungen vom 21. Oktober 2021 und 17. November 2022 , Urk. 8/25/10 , Urk. 9/44/24 ; vgl. auch den Konsiliarbericht von Dr. B.\_\_\_\_

vom 3.

November 2017, Urk. 8/30/3) als bagatellär zu bezeichnen, zumal dabei unbestrittenermassen nichts Spezielles vorgefallen ist .

Vielmehr hat der Beschwerdeführer an einer geführten Langhantel und damit programmgemäss maschinell unterstützt Kniebeugen durchgeführt, ohne dass es dabei zu einer unphysiologischen Überbeugung

der Kniegelenke und/oder sofortigen Beschwerden gekommen ist . Es kann bereits deshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass das Ereignis vom 8. Juni 2017 zum Meniskusriss führte . Hinweise auf ein später eingetretenes initiales Ereignis als mögliche Verletzungsursache liegen ebenfalls nicht vor (vgl. BGE 146 V 51 ) . Hervorzuheben ist auch, dass der Beschwerdeführer zwischenzeitlich schmerzfrei war und eine operative Intervention erst mehr als vier Jahre nach dem Ereignis vom 8. Juni 2017 erfolgte. Schliesslich bleibt an dieser Stelle

darin zu erinnern, dass zwar die Anwendung von Art. 6 Abs. 2 UVG, wie

dargestellt, keinen äusseren Faktor und damit kein unfallähnliches sinnfälliges Ereignis oder eine

allgemein gesteigerte Gefahrenlage mehr voraussetzt, es zwecks zeitlicher Abgrenzung der Versicherungsdeckung

des zuständigen Unfallversicherers aber dennoch eines initial erinnerlichen und benennbaren Ereignisses bedarf (vgl. E. 1.3) . 5.3.2

Alsdann führte Dr. E.\_\_\_\_

aus ,

die ausgedehnte Läsion am Cornu anterius et pars intermedia menisci

lateralis stelle sich als horizontale, in alle Richtungen hypertense Bande dar mit einem in die untere Fläche des Meniskus ziehenden Ausläufer am Übergang zwischen Cornu anterius und Pars intermedia sowie mit Ausbildungen von intrameniskalen Zysten und einem parameniskalen Ganglion dar . Bei diesen morphologischen Merkmalen , insbesondere Ausdehnung, weise die Läsion fast alle typischen Eigenschaften degenerativer Meniskuläsionen auf . Daran ändere weder das junge Alter des Beschwerdeführers noch der radiäre Einriss der Spitze des Meniskus nichts. So befindet sich letzterer

just am Übergang zwischen Cornu anterius und Pars intermedia , dort wo die Läsion einen Ausläufer in die untere Fläche des Meniskus aufweise. Dies lasse sich mit dem fortschreitenden degenerativen Prozesse erklären. Durch die sich verschlechternden mechanischen Eigenschaften des meniskalen Faserknorpels würden Meniskuläsionen nämlich an Komplexität zunehmen und es komme vermehrt

zu in unterschiedliche Richtungen verlaufende Risse . Diese Darstellung der medizinischen Zusammenhänge leuchte t

ein

und vermag

auch durch die Ausführungen von PD Dr. F.\_\_\_\_ nicht in Zweifel gezogen zu werden. Zunächst

hat

Dr. E.\_\_\_\_

überzeugend erklärt , weshalb die vorliegende Meniskuläsion – entgegen PD Dr. F.\_\_\_\_ - nicht Folge einer Kontusion/Quetschung sein

könne. Einerseits

fürten Traumatisierungen dieser Art in den allermeisten Fällen zu wesentlich flauerem und nicht derart ausgedehnten Hyperintensitäten der Meniskus substanz. Andererseits hätte sich ein auf eine Kontusion oder Quetschung zurückzuführendes Ödem des Hoffa'schen Fettkörpers im Zeitpunkt der MRT-Untersuchung, welches mindestens vier Monate nach Auftritt der Beschwerden durchgeführt worden sei, bereits vollständig zurückgebildet (vgl. Urk. 9 /44/33) . Vielmehr seien die Veränderungen (Ödem sowie Imbibierung ) des Hoffa-Fettkörpers - so

Dr. E.\_\_\_\_

weiter - am ehesten auf rezidivierende Einklemmungen infolge Hypertrophie desselben und/oder Traktion durch die ödematöse Plica

synovialis

infrapatellaris zu erklären . Das Ödem der Spitze des präfemorales Fett körpers sei jedenfalls mit Sicherheit auf ein Impingement des Fettkörpers zurück zuführen und somit auch nicht traumatischer Genese ( Urk. 9/44/35). Dres . C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ wiesen zudem darauf hin, dass der Beschwerdeführer das Kniegelenk einer hohen sportlichen Beanspruchung aus setze.

Dr. J.\_\_\_\_

hob her vor , dass der Beschwerdeführer als Diätkoch beruflich sehr viel Stehen und Laufen müsse (vgl. E. 4.5) . Alsdann

stellte Dr. E.\_\_\_\_

MR-tomografisch (10. Oktober 2017) eine zweitgradige Chondropathie des medialen femorotibialen

Kompartements fest, welche Beurteilung angesichts der

sich 2021 intraoperativ hier orts

gezeigten

drittgradigen

Chondropathie

zu überzeugen vermag (vgl. OP-Bericht, Urk. 8/29).

Mithin kann

auch Dr es . G.\_\_\_\_

und F.\_\_\_\_

nicht gefolgt werden , wenn sie argumentierten , es läge mit der Aussenmeniskus-Vorderhorn läsion eine Listenverletzung ohne jegliche Zeichen einer Abnützung vor ( Urk. 8/41/13) . Da ein Hyperextensionstrauma – wie bereits dargetan - nicht aus gewiesen ist,

vermag Dr.

B.\_\_\_\_

nicht zu überzeugen , wenn er (erstmal) im Bericht vom 3. Dezember 2021 dafürhielt , die Schädigung des lateralen Meniskusvorder horn sei klar auf das Ereignis vom 8. Juni 2017 mit Hyperflexionstrauma unter schwerer Belastung zurückzuführen ( Urk. 8/28 ) . Es fällt zudem auf , dass

der erst beurteilende Hausarzt initial den Verdacht auf eine retropatellare Chondropathie und damit auf eine krankheitsbedingte Genese

erhob ( Urk. 8/21) . Schliesslich lässt sich aus den beschwerdeweise eingereichten Arztberichten vom 10. und 25. Oktober 2022 , worin eine weiterhin persistierende Aussenmeniskusläsion mit angrenzender Ganglionbildung nach initialer Teilresektion festgehalten wird ( Urk. 3/4-5), nichts zum Vorteil des Beschwerdeführers ableiten . Aus den Aus führungen von Dres . G.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_

vom 2. und 3. Januar 2023 ( Urk. 3/6, Urk. 3/6, Urk. 3/7) ,

worin sie im Wesentlichen an ihre m bisherigen Standpunkt

und der irrigen Annahme eines Hyperextensionstraumas festhielten , ergeben sich keine neuen , entscheiderelevanten Aspekte . 5.4

Zusammenfassend ist bei der vorliegenden Aktenlage hinreichend erstellt, dass d er vorliegende Meniskusriss vorwiegend auf Erkrankung/Abnützung zurückzu führen ist. Bei diesem Beweisergebnis besteht – entgegen de m Beschwerdeführer – kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3 je mit Hinweisen) und

hat die Beschwerde gegnerin eine Leistungspflicht für die i n diesem Zusammenhang als Rückfall gemeldeten Beschwerden resp. Behandlungen zu Recht vernein t . Daran ändert auch die E-Mail vom 1 1. Oktober 2017 ( Urk. 9/1), worin die Beschwerdegegnerin den Ein gang der Bagatellunfall meldung und - ohne weitere Abklärung - die

Übernahme der gesetzlichen Leistungen

bestätigte , nichts ; eine grundsätzliche Leistungs pflicht hat sie damit nicht anerkannt . Entsprechend können Versicherungsträger vorübergehende Leistungen auch ohne Berufung auf einen

Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund "ex nunc et pro futuro " einstellen, etwa mit dem Argument,

bei richtiger Betrachtung liege kein versichertes Ereignis vor ( BGE 130 V 380).

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Yolanda Schweri - Rechtsanwalt Reto Bachmann - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind bei zulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstHediger

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