

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00051**

## **vom 31. August 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-08-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2023.00051](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2023.00051)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00051 du 31 août 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00051 del 31 agosto 2023

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Der 1991 geborene X.\_\_\_\_ war als Lehrperson beim Y.\_\_\_\_ mit einem Beschäftigungsgrad von 88

% befristet angestellt und bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend: AXA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 24.

Juni 2022 im Sportunterricht bei einem Fussballschuss aus der Drehung ein ungewöhnliches Gefühl im linken Knie (Innen- und Aussenseite) und einen einschiessenden Schmerz verspürte (Urk.

9/A1 und Urk.

9/A5). Die erstbehandelnde Hausärztin diagnostizierte ein Rotationstrauma des linken Knies und nannte als Befund eine Schwellung sowie eine verminderte Flexion (Urk.

8/M1). Die AXA teilte dem Versicherten am 9. August 2022 mit, es liege weder ein Unfall noch eine unfallähnliche Körperschädigung vor, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung bestehe (Urk. 9/A6). Das MRI vom 17.

August 2022 ergab eine komplexe Innenmeniskusverletzung mit Longitudinalriss von Pars intermedia/Vorderhorn mit ventraler Luxation von Meniskusanteilen im Sinne eines partiellen Korbhenkelrisses und zusätzlich eine horizontale in die Unterfläche ziehende Läsion von pars intermedia und Hinterhorn sowie eine radiäre Läsion der Pars intermedia des Aussenmeniskus (Urk. 8/M2). Es wurde zunächst eine konservative Therapie durchgeführt.

Am 15. September 2022 holte die AXA eine Aktenbeurteilung ihres medizinischen Dienstes ein (Urk. 8/M4) und verneinte mit Verfügung vom 22. September 2022 einen Leistungsanspruch des Versicherten (Urk. 9/A13). Am 13. Oktober 2022 erfolgte eine ambulante Kniearthroskopie mit Teilmenisektomie im Spital Z.\_\_\_\_ (Urk. 8/M6 und Urk. 8/M8).

Gegen die Verfügung vom 22. September 2022 erhob der Versicherte mit Eingabe vom 19. Oktober 2022 (Urk. 9/A19) und ergänzender Begründung vom 27. Dezember 2022 unter Beilage einer medizinischen Beurteilung (Urk. 8/M9-10) Einsprache (Urk. 9/A24). In der Folge holte die Beschwerdegegnerin eine Aktenbeurteilung ihres beratenden Orthopäden ein (Urk. 8/M12). Mit Entscheidung vom 1. März 2023 wies sie die Einsprache des Versicherten ab (Urk. 9/A27 = Urk.

#### **E. 1.1**

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). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teil weise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu.

## **E. 1.2**

Ein Unfall ist gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

( ATSG ) 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.

### **E. 1.3.1**

Gemäss 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).

### **E. 1.3.2**

Gemäss BGE 146

V 51 hat der Unfallversicherer nach Meldung einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer solange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und aus schliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (E. 9.1). Der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers ist erbracht, wenn die Listen diagnose zu mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung beruht (E. 8.2.2.1, E. 8.6 ; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_462/2022 vom 22. Februar 2023 E. 4.1.1 ).

Gemäss BGE 146 V 51 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 zu letzt auch aufgrund der Bedeutung eines zeitlichen Anknüpfungspunktes (Versicherungsdeckung; Zuständigkeit des Unfallversicherers; Berechnung des versicherten Verdienstes; intertemporalrechtliche Fragestellungen) - auch nach der UVG-Revision relevant. Lässt sich dabei kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter respektive 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 so mit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden näher zu beleuchten. 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 beweis kräftige ärztliche Einschätzungen - mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit - nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, das heisst 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 da raus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärungen erübrigen (E. 8.6 ; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_25/2023 vom 26. April 2023 E. 2.3 ).

#### **E. 1.4**

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 ).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte 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 ). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherer alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). 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, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

#### **E. 1.5**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes

über das Sozialversicherungsgericht [ GSVGer ] ) . 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 22. März 2023 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zwecks Einholung eines externen orthopädischen und radiologischen Gutachtens zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 14.

Juni 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk.

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, ihr medizinischer Dienst habe am 15.

September 2022 zunächst die Frage, ob gesicherte Körperschädigungen (hier Meniskusrisse) gemäss Art.

6 Abs.

2 UVG vorlägen, bejaht. Es sei sodann ausgeführt worden, dass keine unphysiologische Bewegung stattgefunden habe und sich bildmorphologisch keine frischen gesicherten Verletzungen hätten finden lassen. Das Ereignis sei nicht passend, um einen isolierten komplexen Innenmeniskusriss mit Longitudinalriss von Pars intermedia/Vorderhorn mit ventraler Luxation von Meniskusanteilen links, im Sinne eines partiellen Korbhenkelrisses zu verursachen. Auch die zusätzlich horizontale, in die Unterfläche ziehende Läsion von Pars intermedia und Hinterhorn sowie die radiäre Läsion in der Pars intermedia des Aussenmeniskus passten nicht zum Ereignis. Schliesslich spreche auch die vorliegende Baker-Zyste für eine chronische Knieinnenläsion. Entsprechend sei ihr medizinischer Dienst zum Schluss gekommen, dass die Meniskusläsion vorwiegend auf Abnutzung zurückzuführen sei.

Zur Klärung der Einwände des Beschwerdeführers, welche sich auf die Ausführungen von PD Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ stützten, sei eine zusätzliche Vorlage an den beratenden Arzt Dr. C.\_\_\_\_ erfolgt. Dieser sei zum Schluss gelangt, das Fehlen einer erheblichen initialen Schmerzwahrnehmung mit Funktionseinschränkung als Zeichen einer begleitenden Innenbandschädigung spreche klar gegen eine relevante Knieinstabilität. Nach systematischer Analyse aller relevanten versicherungsmedizinischen Kriterien bestünde das Bild einer länger bestehenden chronischen Texturstörung des Innenmeniskus mit klaren Hinweisen auf eine korbhenkelartige Ablösung der zentralen Meniskussubstanz, bei der es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im zentralen Luxationszustand zur queren Kontinuitätstrennung gekommen sei. Es habe keine Zeichen einer frischen Knieverletzung links gegeben. Begleitverletzungen (z.B. frische Rupturen am Innenbandkomplex) hätten nicht festgestellt werden können. Für einen «unfallbedingten» Meniskusriss bedürfe es eines fixierten Fusses auf dem Boden verbunden mit einer gewaltsamen Drehung des Oberschenkels, was sich vorliegend aufgrund der Hergangsschilderung des Beschwerdeführers nicht ableiten lasse, zumal es sich beim betroffenen linken Bein nicht um das Standbein gehandelt habe, sondern um jenes, welches sich bei der Schussabgabe in der Luft befunden habe. Die Einwände des Beschwerdeführers seien nicht geeignet auch nur geringe Zweifel an den schlüssigen Beurteilungen des medizinischen Dienstes und des beratenden Orthopäden Dr. C.\_\_\_\_ zu wecken.

(Urk. 2 S. 6 ff. ).

## **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, die von der Beschwerdegegnerin eingeholte medizinische Beurteilung stehe im krassen Widerspruch zur fachärztlichen Beurteilung von PD Dr. A. \_\_\_ und zur Beurteilung von Dr. B. \_\_\_ . PD Dr. A. \_\_\_ komme zum Schluss, dass die Verletzung aus medizinisch traumatischer Ursache entstanden sein müsse und bringe dafür die in der Bildgebung objektivierbaren Befunde vor. Zudem halte er fest, dass eine degenerative Situation nicht vorliege. Dr. C. \_\_\_ beweise mit nichts, weshalb sich die Beschwerdegegnerin von der Leistungspflicht befreien könne. Er müsste an irgendeinem Befund festmachen können, weshalb die behandlungsbedürftige Diagnose vorwiegend degenerativer Natur sei. Die Beschwerdegegnerin scheitere am Exkulpationsbeweis

(Urk. 1 S. 7 ff.).

## **E. 2.3**

In ihrer Beschwerdeantwort vom

14. Juni 2023 führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, d er Hergang (das Fehlen einer geeigneten Rotation), das funktionelle Schadensbild (die fehlende sofortige Funktionseinschränkung mit entsprechender Arztkonsultation) wie auch das morphologische Schadensbild (das Fehlen der obligaten Zusatzschädigungen an den umgebenden Strukturen) sprächen als konkrete Indikatoren deutlich gegen eine traumatische Ver ursachung (Urk. 7 S. 3 f.) . 3.

3.1

Die Hausärztin des Beschwerdeführers Dr. med. D. \_\_\_ , Fach ärztin für Allgemeine und Innere Medizin, berichtet im Arztzeugnis UVG vom 22. Juli 2022 betreffend die Erstbehandlung vom 8. Juli 2022, dass der Beschwerdeführer beim Sportunterricht beim Fussballspiel bei einer Dreh bewegung einen einschliessenden Schmerz gespürt habe. Sie diagnostizierte ein Rotationstrauma des linken Knies und hielt als Befund eine Schwellung sowie eine verminderte Flexion fest (Urk. 8/M1). 3. 2

Das MRI des lin k en Knies vom 17. August 2022 ergab wenig Gelenkerguss und eine kleine Bakerzyste sowie eine komplexe Innenmeniskusverletzung mit Longitudinalriss von Pars intermedia/Vorderhorn mit ventraler Luxation von Meniskusanteilen (im Sinne eines partiellen Korbhenkelrisses), zusätzlich horizontale, in die Unterfläche ziehende Läsionen von Pars intermedia und Hinterhorn, eine radiäre Läsion in der Pars intermedia des Aussenmeniskus, in takte Kr e uz- und Kollateralbänder

und einen unauffälligen Knorpelbelag (Urk. 8/M2). 3. 3

Im Bericht des Spitals Z. \_\_\_ , Klinik für Orthopädie, Hand- und Unfall chirurgie, vom 30. August 2022 betreffend die Konsultation vom 26. August 2022 wurde die folgende Diagnose genannt: Kniedistorsionstrauma links vom 24. Juni 2022 mit/bei - komplexer Innenmeniskusläsion mit Longitudinalriss von pars inter media/Vorderhorn mit ventraler Luxation von Meniskusanteilen im Sinne eines partiellen Korbhenkelrisses - zusätzlich horizontale in die Unterfläche ziehende Läsion von P ars intermedia und Hinterhorn - Radiärriss der Pars intermedia des Aussenmeniskus

Es wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer werde mit persistierenden links seitigen Knieschmerzen seit einem Distorsionstrauma am 24. Juni 2022 zu gewiesen. Dazumal habe er als Primarlehrer eine Drehbewegung durchgeführt und seither Beschwerden im linken Knie. Die Beschwerden seien nun progredient und exazerbierend nach einer Überbelastung Anfang Juli. Bei der heutigen Konsultation präsentiere sich der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand und berichte über teils Besserung der Beschwerden und teils erneuter Exazerbation bei längerer Belastung. Sport wie Joggen könne er aktuell nicht durchführen. In Anbetracht des Befundes sowie der persistierenden Beschwerden werde dem Beschwerdeführer die Empfehlung einer Kniearthroskopie mit Sanierung des Innenmeniskus ausgesprochen. Er wolle jedoch damit zuwarten und es zunächst mit Physiotherapie versuchen (Urk. 8/M3). 3. 4

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, nannte in seiner Aktenbeurteilung vom 15. September 2022 als Diagnose eine chronische Meniskuskomplexläsion links (ICD-10 M23.33 ) und hielt fest, die Körperschädigungen seien vorwiegend (>50 %) auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen. Es habe keine un physiologische Bewegung stattgefunden und bildmorphologisch hätten sich keine frischen gesicherten Verletzungen gefunden. Das Ereignis sei nicht passend, einen isolierten komplexen Innenmeniskusriss mit Longitudinalriss von Pars inter media/Vorderhorn mit ventraler Luxation von Meniskusanteilen links im Sinne eines partiellen Korbhenkelrisses zu verursachen. Auch die zusätzlich horizontale, in die Unterfläche ziehende Läsion von pars intermedia und Hinterhorn sowie die radiäre Läsion in der Pars intermedia des Aussenmeniskus passten nicht zum Ereignis. Die vorliegende Baker-Zyste spreche für eine chronische Knieinnenläsion. Die Meniskusläsion sei vorwiegend auf Abnutzung zurückzuführen (Urk. 8/M4). 3. 5

Am 13. Oktober 2022 erfolgte eine ambulante Kniearthroskopie mit Teil meniskektomie der störenden freien Meniskusanteile in der Klinik für Orthopädie, Hand- und Unfallchirurgie des Spitals Z.\_\_\_\_. Im Operationsbericht vom 13. Oktober 2022 wurde zusätzlich zu den bereits erwähnten Diagnosen die Diagnose einer Chondropathie Grad I-II femorotibial medial durch Druckschaden des freien Meniskuslappen genannt. Es wurde ausgeführt, beim Beschwerdeführer zeige sich eine symptomatische Innen- und Aussenmeniskusläsion des linken Knies mit Korbhenkelanteilen, welche unter konservativer Therapie nicht gebessert habe. Es werde deshalb die Indikation zur operativen Versorgung gestellt (Urk. 8/M8). Im Bericht vom 18.

Oktober 2022 wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer sei am 24.

Juni im Sport bei einem Fehltritt weggeknickt und habe sich das linke Knie verdreht. Seither bestünden Kniegelenksbeschwerden mit Schwellung und Kniegelenksblockaden. Vor dem Unfall habe der Beschwerdeführer keine Kniegelenksbeschwerden gehabt. Es sei zur weiteren Abklärung ein MRI durchgeführt worden, welches eine frische traumatisch bedingte Meniskusläsion des Innen- und Aussenmeniskus gezeigt habe (Urk. 8/M6). 3. 6

Im Bericht vom 12. Dezember 2022 zuhanden der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers führte PD Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, aus, die in der MRT-Untersuchung abgrenzbare Hauptrissform (longitudinal und radiär) des Innenmeniskus weise mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen einer unfallkausalen Strukturschädigung hin. Der traumatischen Meniskusläsion liege in der Regel ein Knieverdrehtrauma zugrunde mit axialer Belastung und Rotationsscherkräften wie erfolgt

beim auslösenden Ereignis des vorliegenden Falles. Traumatische Zerreißen träten vorwiegend im Alter zwischen 10 und 30 Jahren auf.

Der Beschwerdeführer sei im Unfallzeitpunkt 30 Jahre alt gewesen. Degenerativ bedingte Meniskuskütionen fänden sich vermehrt im höheren Lebensalter ab 50 Jahren. Des Weiteren träten traumatisch bedingte Meniskusrisse vorwiegend als Längs- oder Radiärriße auf, genau diese Riss- und Defektform liege vor. Es handle sich um einen in sich gerissenen dislozierten Korbhenkeldefekt. Die zusätzlich abgrenzbare schräg-horizontale Risskomponente sei kein Ausdruck einer mukoiden Degeneration, sondern entspreche einer Begleitverletzung im Rahmen der in dieser Region erfolgten longitudinalen Meniskusruptur (Gewalteinwirkung durch Scherkräfte) und somit als Komplikation des erfolgten Knieverdrehtraumas. Rein bildmorphologisch und segmental isoliert betrachtet liege an dieser Stelle eine Überlappung mit horizontalen Signalstörungen vor, die typischerweise als degenerativ bewertet würden. Der Gesamtkontext (longitudinaler und radiärer Riss, Unfallmechanismus, Alter keine weiteren degenerativen Gelenkveränderungen) schlossen die Degeneration jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus. Es lägen keine begleitenden degenerativen Veränderungen im Kniegelenk vor, so dass keine sekundären Hinweise für eine Meniskusdegeneration vorlägen. Insbesondere fänden sich keine Hinweise auf eine mukoide Meniskusdegeneration. Der diskrete Einriss in die Meniskusspitze der Pars intermedia des Aussenmeniskus sei eben falls als traumatisch verursacht zu werten, der Aussenmeniskus sei ansonsten gänzlich unauffällig. Unter Berücksichtigung des Gesamtbildes liege mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine unfallkausale Struktur schädigung des linken Knies (Innenmeniskuskütion) vor (Urk. 8/M9). 3.7

Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, hielt in ihrer Stellungnahme vom 22. Dezember 2022 zuhanden der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers fest, der Beschwerdeführer sei im Zeitpunkt des Ereignisses 31 Jahre alt gewesen. Vorschäden seien nicht bekannt. Degenerative Knorpelveränderungen seien vorliegend weder MR-tomographisch noch intraoperativ am 13. Oktober 2022 dokumentiert worden. Die Bildgebung sei zur radiologischen Zweitmeinung gegeben worden, insbesondere zur Evaluation der als horizontal verlaufend beschriebenen Meniskuskütion, welche von der Pars intermedia zum Hinterrhorn ziehe. Gemäss PD Dr. A.\_\_\_\_ zeigten sich nahe der hinteren Meniskuswurzel zwei feine lineare Hyperintensitäten, die an die Meniskusunterfläche reichten und sehr diskret ausgebildet seien. Diese seien im Originalradiologiebefund als horizontal verlaufend beurteilt worden. Die radiologische Zweitmeinung ergebe hingegen, dass die Ursache einer der Linien ein unter den Meniskus im Bereich der hinteren Meniskuswurzel geschlagenes Meniskusfragment sei, welches longitudinal im Bereich der Pars intermedia/Übergang Vorderhorn abgelöst sei und als Lappenfragment unter den Innenmeniskus disloziert sei. Die zweite hyperintense lineare Linie entspreche einer diskreten Schräglütion im Rahmen des stattgehabten Traumas und der erfolgten longitudinalen Meniskuskütion. Es lasse sich zusammenfassend keine degenerative Horizontallütion (Pars intermedia Richtung Hinterhorn) nachweisen. Im Bereich des Knorpels zeige sich (wie radiologisch vor beurteilt und intraoperativ bestätigt) keine Chondropathie, keine Verschmälerung des Knorpels, keine Defektzone. Bei einer chronischen, vorbestehenden Innenmeniskuskütion sei mindestens eine beginnende Chondropathie oder eine Knorpel-Verschmälerung zu erwarten, was vorliegend nicht nachweisbar sei. Es könne hier weder bildgebend noch basierend auf dem Operationsbericht eine vorwiegende Abnützung zu mehr als 50 %

ausgewiesen werden (Urk. 8/M10). 3.8

Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seiner Stellungnahme vom 27. Januar 2023 aus, beim Schadensmechanismus (Schussabgabe aus der Drehung

beim Fussball) handle es sich um eine sport spezifische, physiologische, geplante und bedarfsgerecht mehrmals wiederholbare Belastung des linken Knies im Zusammenhang mit einer Körperdrehung. Der Schmerz sei während der Schussabgabe entstanden. Es bestehe ein zeitlicher Zusammenhang zwischen offenbar erstmaligen, in der Folge episodenhaft persistierenden, nicht genau beschriebenen Knieschmerzen links und einem Schmerzereignis anlässlich einer Schussabgabe beim Fussball. Das Fehlen einer erheblichen initialen Schmerzempfindung mit Funktionseinschränkung als Zeichen einer begleitenden Innenbandschädigung spreche klar gegen eine relevante Knieinstabilität. Im MRI vom 17. August 2022 komme unmissverständlich eine komplexe und isolierte Meniskusschädigung medial zur Darstellung. Es gebe keine Hinweise auf eine durchgemachte Instabilität, die Bänder seien intakt. Es fehle auch der Hinweis auf einen relevanten Bone

bruise. Das morphologische Bild weise klar auf eine korbhenkelartige Manifestation einer chronischen Vorschädigung hin, wobei es am wahrscheinlichsten sei, dass der in Luxationsstellung befindliche Korbhenkelanteil durch eine Querdurchtrennung seine Kontinuität verloren habe. Die horizontale Spaltbildung sei ein Indiz für die degenerative Vorschädigung. Entsprechende Texturstörungen der Meniskus substanz seien posteromedial in charakteristischer Weise. Die Ringstruktur der Peripherie sei noch recht gut erhalten, so dass keine Hinweise auf ein Instabilitätsmuster aufkämen. Alle radiologischen Kriterien sprächen für das Vorliegen einer isolierten komplexen Meniskusschädigung mit Substanzspaltung in Korbhenkelmanier und zusätzlicher querer Kontinuitätstrennung im Luxat.

Im Operationssitus habe sich das Bild einer komplexen Schädigung des Innenmeniskus bestätigt, auch wenn auf den Bildern die beschriebene Querdurchtrennung des Korbhenkelluxats nicht schön dargestellt zum Ausdruck komme. Es seien aber die kolbig abgerundeten Lappen erkennbar. Die Veränderungen am Aussenmeniskus würden nicht als klinisch relevant dargestellt (Urk. 8/M12). 4.

4.1

Es ist unbestritten, dass das Ereignis vom 24. Juni 2022 den rechtlichen Unfallbegriff nach Art. 4 ATSG nicht erfüllt und

dass es sich beim diagnostizierten Meniskusriss um eine Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG handelt. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdegegnerin der Nachweis gelungen ist, dass die Listenverletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50

%, auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. 4.2

Der Beschwerdeführer schilderte

den Ereignisverlauf vom 24. Juni 2022 als

Demonstration eines Fussballschusses aus der Drehung (vgl. Urk.

## E. 7

), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 15. Juni 2023 mitgeteilt wurde (Urk.

## E. 9

/A1) . Er habe den

Kindern gezeigt, wie aus der Drehung mit dem Fuss geschossen werde . Er habe das linke Bein ganz durchgezogen und ins Tor geschossen (vgl. Urk. 9/A5). Auf grund dieser Schilderung sowie der im Wesentlichen übereinstimmenden ärztlichen Berichte – abgesehen vom Bericht der Klinik für Unfallchirurgie des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2022, welcher in Abweichung zu den übrigen Akten von einem Fehltritt ausging (vgl. E. 3.5) - ist von einer Drehbewegung des linken Knies auszugehen, was auch von der Beschwerdegegnerin nicht bestritten wird. Ob es sich dabei lediglich um ein harmloses Ereignis handelte oder allenfalls eine Bewegung mit unphysiologischer Belastung stattgefunden haben könnte, lässt sich nicht abschliessend beurteilen.

Die versicherungsinternen Aktenbeurteilungen , auf welche sich die Beschwerde gegnerin im Wesentlichen stütze, beruhen in erster Linie auf der Annahme, dass der fragliche Ereignishergang nicht geeignet sei, die diagnostizierte isolierte komplexe Meniskusschädigung zu verursachen . Der Ereignishergang ist jedoch

für sich allein nicht zur Erbringung des Entlastungsbeweises geeignet – dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich der Geschehensablauf nicht im Detail rekonstruieren lässt . Rechtsprechungsgemäss ist dem Unfallmechanismus denn auch keine übergeordnete Bedeutung beizumessen (vgl. Urteile des Bundes gerichts 8C\_672/2020 vom 15. April 2021 E.

4. 1 .3; 8C\_167/2021 vom 16.

Dezember 2021 E.

4.1). Dieser ist lediglich als einzelnes Indiz unter mehreren in die Gesamtwürdigung einzubeziehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_593/2021 vom 6.

Januar 2022 E.

5.2.3). 4.3

Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin Dr. C.\_\_\_\_

hielt fest , das Fehlen einer erheblichen initialen Schmerzwahrnehmung mit Funktionseinschränkung als Zeichen einer begleitenden Innenbandschädigung spreche klar gegen eine relevante Kniedistorsion. Im MRI vom 17.

August 2022 komme unmiss verständlich eine komplexe und isolierte Meniskusschädigung medial zur Darstellung. Es gebe keine Hinweise auf eine durchgemachte Distorsion, die Bänder seien intakt. Es fehle auch der Hinweis auf einen relevanten Bone

Bruise . Das morphologische Bild weise klar auf eine korbhenkelartige Manifestation einer chronischen Vorschädigung hin. Die horizontale Spaltbildung sei zudem ein Indiz für die degenerative Vorschädigung (vgl. vorne E .

3. 8 ).

Demgegenüber gingen PD Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ von einem auf das Ereignis vom 24. Juni 2022 zurückzuführenden

Meniskusschaden aus und begründete n dies insbesondere

damit, dass keine Hinweise für eine Meniskusdegeneration bestünden .

Degenerative Knorpelveränderungen seien weder MR-tomographisch noch intraoperativ dokumentiert worden (vgl. vorne E. 3.7) . Es handle sich um einen in sich gerissenen dislozierten Korbhenkeldefekt. Die zusätzlich abgrenz bare schräg-horizontale Risskomponente sei kein Ausdruck einer mukoiden Degeneration, sondern entspreche einer Begleitverletzung im Rahmen der in dieser Region erfolgten longitudinalen Meniskusruptur. Es lägen keine begleitenden degenerativen Veränderungen im Kniegelenk vor, so dass keine sekundären Hinweise für eine Meniskusdegeneration vorlägen. Insbesondere fänden sich keine Hinweise auf eine mukoide Meniskusdegeneration. Der diskrete Einriss in die Meniskusspitze der Pars intermedia des Aussenmeniskus sei eben falls als traumatisch verursacht zu werten, der Aussenmeniskus sei ansonsten gänzlich unauffällig (vgl. vorne E. 3.6) . 4. 4

Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemä ss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E.

5.2; 135 V 465 E.

4.4.; 125 V 351 E.

3b/ ee ). Solche geringen Zweifel sind vorliegend mit Blick auf die diametral voneinander abweichenden medizinischen Beurteilungen gegeben. Während die versicherungsinternen Ärzte von einer degenerativen Entstehung der Meniskusläsion ausgehen , führen PD Dr. A. \_\_\_ und Dr. B. \_\_\_ diese auf das Ereignis vom 24. Juni 2022 zurück. Auch wenn sich die Ärzte hinsichtlich Diagnose und Befundlage einig sind, widersprechen sich ihre Ansichten in Bezug auf die Einordnung der

Meniskusschädigung als traumatisch oder degenerativ / krankhaft . Damit ist es der Beschwerdegegnerin nicht gelungen ,

an hand der für oder gegen eine traumatische Genese sprechenden Kriterien

über zeugend und nachvollziehbar einen Sachverhalt zu ermitteln , der zumindest überwiegend wahrscheinlich ist (vgl. BGE 144 V 427 E.

3.2; 138 V 218 E. 6; vgl. auch Urteil e des Bundesgerichts

8C\_740/2020 vom 7. April 2021 E. 4.2; 8C\_59/2020 vom 1 4.

April 2020 E.

5.4 ). Die bei den Akten befindlichen medizinischen Unterlagen lassen keine zuverlässige Beantwortung der rechts erheblichen Frage , ob die Listenverletzung vorwiegend , d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50

% , auf Abnützung oder Erkrankung zurückzu führen ist , zu. Bei dieser Ausgangslage wäre die Beschwerdegegnerin gehalten gewesen, die Angelegenheit weiter abzuklären, was sie in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art.

43 Abs. 1 ATSG) nicht getan hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_347/2021 vom 10. November 2021 E. 4.4) . Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie ein Gutachten über die hier streitige Frage einhol e und hernach

über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge . 5.

Da die Rückweisung

an die Verwaltung

nach ständiger Rechtsprechung als voll ständiges Obsiegen gilt ( BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis ) , ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem vertretenen Beschwerdeführer eine angemessene Parteientschädigung zu bezahlen (Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 GSVGer ). Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Pro zesses auf Fr. 1 ' 8 00. -- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinn e gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 1. März 2023 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie die erforderlichen Abklärungen vornehme und hernach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Partei entschädigung von Fr.

1 ' 8 00 .-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Diane Günthart - AXA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 5.

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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. 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 Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin  
HurstLeicht

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