

Unfallversicherung Assurance-accidents

KGE (Sozialversicherungsrechtliche Abteilung) vom 3. Mai 2021 in Sachen X. c. Y S2 20 55

Unfallbegriff; unfallähnliche Körperverletzung; Entlastungsbeweis

- Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG, E. 3.1).
- Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt der Unfallversicherer sodann seine Leistungen auch bei den folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind: a. Knochenbrüche; b. Verrenkungen von Gelenken; c. Meniskusrisse; d. Muskelrisse; e. Muskelzerrungen; f. Sehnenrisse; g. Bandläsionen und h. Trommelfellverletzungen (E. 3.3).
- Nach Art. 6 Abs. 2 UVG wird der Unfallversicherer bei Vorliegen einer diagnostizierten Listenverletzung grundsätzlich leistungspflichtig, solange er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 % auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist (E 3.3).

Notion d'accident ; lésion corporelle assimilée à un accident ; preuve libératoire

- Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA ; consid. 3.1).
- Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs : a. les fractures ; b. les déboîtements d'articulations ; c. les déchirures du ménisque ; d. les déchirures de muscles ; e. les élongations de muscles ; f. les déchirures de tendons ; g. les lésions de ligaments ; h. les lésions du tympan.
- Selon l'art. 6 al. 2 LAA lorsqu'une lésion corporelle comprise dans la liste est diagnostiquée, l'assureur-accidents est tenu à prestations aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve que cette lésion est due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50 % de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (consid. 3.3).

Gekürzter Sachverhalt und Verfahren

A. Der xxx geborene X ist bei der A angestellt und damit bei der Y AG (fortan Y) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Mit Bagatellmeldung vom 5. Mai 2020 wurde dargelegt, es sei am 7. Dezember 2019 bei einem Badmintonspiel zu einem Ereignis gekommen. Dieses beschrieb der Versicherte wie folgt:

« Bei einem Badminton Turnier habe ich in einem Match bei einem Ausfallschritt einen heftigen Stich verspürt. Das Knie ist danach relativ stark angeschwollen. Nach 10-14 Tagen haben die Schmerzen ein bisschen nachgelassen. Leider aber nie so ganz und jetzt in der letzten Zeit sind die Schmerzen immer mehr geworden ».

Ergänzend wurde aufgeführt, es liege ein Knorpelschaden am rechten Knie vor. Eine Arbeitsunfähigkeit sei jedoch nicht erfolgt. Gemäss Kostengutsprache-Gesuch der Klinik Hirslanden war für den 8. Mai 2020 ein Eintritt geplant, wobei B, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, die Diagnose ICD-M17.3 rechts (sonstige posttraumatische Gonarthrose-einseitig) gestellt hatte.

Per Mail vom 5. Mai 2020 ergänzte der Versicherte auf entsprechende Anfrage:

«1. Hergang des Ereignisses, was ist passiert?

Beim Badminton bei einem Ausfallschritt verspürte ich einen starken Stich wie mit einem Messer.

2. Handelte es sich um eine für Sie öfters vorkommende Tätigkeit? Ist sie unter normalen Umständen vor sich gegangen? Oder hat sich dabei etwas Ausserordentliches ereignet (Schlag, Sturz, Ausrutschen usw.)?

Grundsätzlich spielte ich bis zu diesem Zeitpunkt regelmässig Badminton im Verein. Ich bin bei diesem erwähnten Ausfallschritt leicht gerutscht, bevor der Schuh wieder Gripp hatte und es mir diesen Stich versetzte...».

Weiter hielt er fest, er habe sich am 9. Dezember 2019 beim Physiotherapeuten behandeln lassen und am 20. Februar 2020 bei B. Er habe schon einmal eine Verletzung am rechten Knie erlitten, die ebenfalls von Prof. B behandelt worden sei.

B. Mit Bericht vom 21. Februar 2020 hatte B in Bezug auf das rechte Knie «einen Status nach Arthroskopie und Microfracturing (ca. 2012)», einen Status nach Arthroskopie und offener AMIC-Rekonstruktion links

(2015) sowie einen Status nach Rotatorenmanschettenrekonstruktion rechts (2017) aufgeführt. Anamnestisch ergänzte er, seit einigen Monaten würden auf der rechten Seite Kniebeschwerden bei Belastungen bestehen. Zeitweise komme es zu Schwellungen ohne Instabilitätsgefühl und ohne Blockaden.

Die MRT Knie rechts nativ vom 3. März 2020 ergab gemäss C, FMH Radiologie, «in der Trochlea medially zeigt sich bei Z.n. AMIC eine etwas irregulär konturierte Knorpeloberfläche mit gering PD-hypointensem Knorpel (sag 19 mm) ohne angrenzendes subchondrales Knochenmarködem mit kleiner Stufe inferior und gering kalzifiziertem Knorpel («Nase»). Fokale osteochondrale Läsion mit angrenzendem Knochenmarködem subchondral in der lateralen Femurkondyle ventral Grad IV. Fokales tiefes Knorpelulkus zentral femorotibial lateral femoral (10 mm sagittal) Grad III. Höhergradige Chondropathie retropatellar lateral Grad IV und femoral zentral lateral Grad III nach ICRS. Verkürzter medialer Meniskus mit komplexem Riss im Hinterhorn und fehlendem Vorderhorn sowie fehlender Pars intermedia, DD Status nach Teilmeniskektomie, Klinik?». Als bekannte Klinik führte er einen Z.n. AMIC-Plastik Trochlea rechts 2015 auf.

Gestützt auf die Ergebnisse der MRI-Abklärung hielt B in einem Schreiben vom 5. März 2020 an den behandelnden Hausarzt des Versicherten fest: «Zusammenfassend fand sich keine Meniskusläsion sondern eine Knorpelläsion auf umschriebenem Bereich im hinteren Anteil des lateralen Femurkondylus und direkt darunter am lateralen Tibiaplateau sowie im Zentrum der Trochlea... Es besteht eine klare Indikation für eine Arthroskopie des rechten Kniegelenks mit Evaluation der Knorpelsituation».

Nachdem die Akten dem Vertrauensarzt D, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, unterbreitet worden waren, schlussfolgerte dieser am 7. Mai 2020, es werde in den ärztlichen Berichten kein Traumavorgang erwähnt. Die MRT zeige alte degenerative Knorpelschäden. Ein intaktes Kniegelenk toleriere einen Ausfallschritt. «Die radiologisch präsentierte meniskale Komplexruptur ohne kapsuloligamentäre Zerrungszeichen oder Bonebruise und bei wahrscheinlichen St. n. TME oder anderwertigen Vorschaden ist überwiegend wahrscheinlich degenerativ bedingt... Für die beschriebene Fehlbewegung bei vorgeschädigtem Kniegelenk, welches zu keinen frischen strukturellen Läsionen führte, ist der St. quo sine nach 8 Wochen, am 10. Februar 2020 eingetreten. Es ist keine Sanierung der Meniskusruptur geplant». Beim geplanten operativen Eingriff am Knorpel handle es sich um einen degenerativen Vorschaden.

C. Gestützt auf die Akten erliess die Y am 13. Mai 2020 die ablehnende Leistungsverfügung. Beim erwähnten Ausfallschritt mit leichtem Rutschen fehle der ungewöhnliche äussere Faktor. Der Unfallbegriff sei da-

her nicht erfüllt. Im Weiteren liege zwar eine mediale Meniskusruptur vor, die jedoch überwiegend wahrscheinlich degenerativ sei.

Damit erklärte sich der Versicherte am 10. Juni 2020 gestützt auf den weiteren Bericht von B vom 9. Juni 2020 nicht einverstanden. Gemäss B hatte der Versicherte am 7. Dezember 2019 ein Rotationstrauma erlitten, bei dem diverse Knorpelstücke ausgesprengt worden seien. Es hätten sich neben den tiefen ausgesprengten Defekten keine zusätzlichen degenerativen Knorpelveränderungen gefunden, was auf ein direktes Trauma durch Überdruck schliessen lasse. Es habe sich zudem eine etwas irregulär konfigurierte Knorpeloberfläche an der Trochlea nach AMIC Therapie vor einigen Jahren gezeigt, die jedoch keine Indikation für die Operation dargestellt habe. Der operative Eingriff sei wegen den Schmerzen im lateralen Gelenkkompartiment, den Einklemmungserrscheinungen durch die ausgesprengten Knorpelteile sowie die rezidivierende Ergussbildung notwendig gewesen. Der Patient sei bis zum Unfallereignis beschwerdefrei gewesen, weshalb ein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Trauma und den Knorpelfrakturen im lateralen Gelenkkompartiment bestehe.

D schlussfolgerte dazu am 20. und 21. Juni 2020, der Bericht von B vom 9. Juni 2020 weise einige Ungereimtheiten auf (z.Bsp nenne er ein Rotationstrauma, wobei es sich ursprünglich um einen Ausfallschritt gehandelt habe; AMIC-Plastik, die zu keinen Problemen geführt habe, jedoch als Hauptgrund der MRT-Anmeldung aufgeführt werde). Ferner gebe es für die dargestellte Dramatik (das Trauma hat diverse Knorpelstücke aufgrund des hohen Druckgradienten herausgesprengt) weder anamnestisch noch radiologisch ein Korrelat. Ein derartig schweres Distorsionstrauma würde zum Einen mit einer Kombination aus gebeugtem Knie bei fixiertem Fuss einhergehen und zwingend kapsuloligamentäre und auch meniskale Zerrungszeichen und Läsionen plus einen Hämarthros in der MRT zur Folge haben. Ferner lasse sich ein traumatisch abgelöster Knorpel radiologisch von dem sich in der MRT präsentierten degenerativen osteochondralen Läsionen und – ulzerationen problemlos unterscheiden. Eine korrespondierende kartilaginäre Läsion auf der tibialen Seite sei jedoch von B intraarthroskopisch ausgeschlossen worden, unfallkausale Weichteil-, Kapsel- oder Knochenschäden hätten sich radiologisch nicht gezeigt. Die MRT präsentiere jedoch eine III-IV-gradige Chondropathien im voroperierten Kniegelenk. Schliesslich würde eine Kompression des lateralen Gelenkknorpels durch ein Valgustrauma bei

einem gesunden Knorpel ebenfalls nicht zu einem «Heraussprengen» von Knorpelfragmenten führen.

Gestützt darauf wies die Y die Einsprache am 6. August 2020 ab. Zusammenfassend wurde festgehalten, treffe eine Gesundheitsschädigung anlässlich einer Anstrengung auf, die den Rahmen der alltäglichen Beanspruchung der Betroffenen nicht überschreite, so handle es sich nicht um einen Unfall. Hinsichtlich der Listenverletzung habe D schlüssig begründet, dass es sich überwiegend wahrscheinlich um eine degenerativ bedingte handle.

D. Dagegen reichte X am 4. September 2020 Beschwerde bei der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts ein. Er beantragte die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids und stellte sich für weitere Abklärungen zur Verfügung. Er habe den Unfallhergang auf «dieser einen Zeile in der Unfallmeldung» zu beschreiben versucht. Es sei bei ihm nie nach dem Unfallhergang nachgefragt worden. Vielmehr werde durch den Vertrauensarzt eine «Ferndiagnose» erbracht. Seine Knorpelstruktur sei gut intakt und nur an diesen Stellen beschädigt, wo durch ein massives Trauma der Druck zu gross geworden sei. Beim besagten Ausfallschritt, sei er «in extremis ausgerutscht (bin) und als der Schuh dann wieder Halt gefunden hat es mein Knie durchgeschlagen und einen unglaublichen Stich gegeben».

Mit Vernehmlassung vom 29. September 2020 beantragte die Y die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde. Das erforderliche Kriterium der unkoordinierten Bewegung sei nicht erfüllt. Die Bewegung bzw. der Ausfallschritt falle in die gewöhnliche Bandbreite der Bewegungsmuster beim Badmintonspiel, ähnlich einem Ausfallschritt beim Tennisspiel (Bundesgerichtsurteil U 368/05 vom 21. Dezember 2005 E. 3.3.1). Hinsichtlich der Listenverletzung sei in den ersten ärztlichen Behandlungen nie ein Traumavorgang erwähnt. Ferner seien die Klagen sowie die Indikation zur Operation auf die Knorpelsituation zurückzuführen. Diese stelle jedoch keine Listenläsion gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG dar. Der Meniskusriss sei gemäss D schon am 7. Mai 2020 als degenerativ qualifiziert worden, weshalb eine Leistungspflicht entfalle.

Nachdem der Beschwerdeführer auf eine Replik verzichtete, wurde am 3. Dezember 2020 der Schriftenwechsel abgeschlossen.

Aus den Erwägungen

2.

2.1 Die Beschwerdeinstanz hat nicht zu prüfen, ob sich der angefochtene Entscheid unter schlechthin allen in Frage kommenden Aspekten als korrekt erweist, sondern im Prinzip nur die vorgebrachten Beanstandungen zu untersuchen (Rügeprinzip). Von den Verfahrensbeteiligten nicht aufgeworfene Rechtsfragen werden von der Beschwerdeinstanz nur geprüft, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichend Anlass besteht (BGE 119 V 347 E. 1a).

2.2. Streitig und zu prüfen ist, ob die Y für die Folgen des Geschehens vom 7. Dezember 2019 leistungspflichtig ist. Dabei sind der Unfallbegriff und eine Listenverletzung strittig.

3.

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Damit ein Ereignis als Unfall angesehen werden kann, müssen notwendigerweise alle Begriffsmerkmale der Definition dieses Unfallbegriffs vorliegen.

Dabei bezieht sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern auf den Faktor selbst. Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist somit, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich gezogen hat (BGE 134 V 76 ff. E. 4.1 und 4.3.1). Ein äusserer Faktor ist ungewöhnlich, wenn er den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen überschreitet. Ob dies zutrifft, beurteilt sich im Einzelfall, wobei grundsätzlich nur die objektiven Umstände in Betracht fallen (A. Nabold, in: Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], Bern 2018, N 42 zu Art. 6). Nach Lehre und Rechtsprechung kann das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors in einer unkoordinierten Bewegung oder in einer ausserordentlichen körperlichen Anstrengung bestehen (BGE 130 V 118 E. 2.1, 116 V 136 E. 3b mit Hinweisen;

Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 13. Dezember 2002, U 65/02, E. 1.2; RKUV 1994 Nr. U 180 S. 38 E. 2). Bei unkoordinierten Bewegungen gilt 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» unterbricht oder stört. 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 (BGE 130 V 118 E. 2.1 mit zahlreichen Hinweisen). Von einer programmwidrigen Störung der körperlichen Bewegung ist beispielsweise dann auszugehen, wenn die versicherte Person stolpert, ausgleitet oder sich an einem Gegenstand anstösst oder wenn sie, um ein Ausgleiten zu verhindern, eine reflexartige Abwehrbewegung ausführt oder auszuführen versucht (A. Rumo-Jungo/A. P. Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, 40). Zu ergänzen ist, dass wo sich die Schädigung auf das Körperinnere beschränkt und sie erfahrungsgemäss auch als alleinige Folge von Krankheiten, namentlich von degenerativen Veränderungen eines Körperteils innerhalb eines durchaus normalen Geschehensablaufs auftreten kann, die unkoordinierte Bewegung als unmittelbare Ursache der Schädigung indessen unter besonders sinnfälligen Umständen gesetzt worden sein muss (RKUV 1999 Nr. U 345 S. 422 E. 2b).

Bei einer Sportverletzung ist ohne besonderes Vorkommnis das Merkmal der Ungewöhnlichkeit und damit das Vorliegen eines Unfalls zu verneinen (BGE 130 V 118 E. 2.2 mit Hinweis). Hingegen ist bei sportlichen Tätigkeiten ein Unfall im Rechtssinn dann anzunehmen, wenn die sportliche Übung anders verläuft als geplant (vgl. RKUV 1992 Nr. U 156 S. 258). Wenn sich das in einer sportlichen Übung inhärente Risiko einer Verletzung verwirklicht, liegt kein derartiges Unfallereignis vor. Ein solches ist auch dann zu verneinen, wenn die Übung zwar nicht ideal verläuft, die Art der Ausführung sich aber noch in der Spannweite des Üblichen bewegt (RKUV 2004 Nr. U 502 S. 185 E. 4.4).

3.2 Das Ereignis muss sodann die Ursache einer gesundheitlichen Störung sein. Somit ist der natürliche und adäquate Kausalzusammenhang erforderlich (BGE 129 V 181 E. 3.1 ff. mit Hinweisen). Ursachen

im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann.

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b mit Hinweisen). Für die Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. der Richter bisweilen auf Angaben ärztlicher Experten angewiesen (BGE 118 V 290 E. 1b).

Die Adäquanz spielt als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2). Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, nicht aber objektiv ausgewiesen, so ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (Bundesgerichtsurteil 8C_680/2010 vom 4. Februar 2011, E. 2).

3.3 Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt der Unfallversicherer sodann seine Leistungen auch bei den folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: a. Knochenbrüche; b. Verrenkungen von Gelenken; c. Meniskusrisse; d. Muskelrisse; e. Muskelzerrungen; f. Sehnenrisse; g. Bandläsionen und h. Trommelfellverletzungen.

Hinsichtlich der unfallähnlichen Körperschädigungen hat das Bundesgericht in BGE 146 V 51 E. 8.6 festgehalten (mit Hinweisen), dass für die Anwendung von Art. 6 Abs. 2 UVG zwar kein äusserer Faktor und damit kein unfallähnliches sinnfälliges Ereignis oder eine allgemein gesteigerte Gefahrenlage mehr vorausgesetzt ist. 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 Schädigung, 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. Mithin wird nach Art. 6 Abs. 2 UVG der Unfallversicherer bei Vorliegen einer diagnostizierten Listenverletzung grundsätzlich leistungspflichtig, solange er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Im Rahmen dieses Entlastungsbeweises ist die Frage nach einem initialen erinnerlichen und benennbaren Ereignis für die Abgrenzung von der Leistungspflicht des Krankenversicherers bedeutsam (BGE 124 V 51 E. 8.6). Dies setzt voraus, dass der Unfallversicherer im Rahmen seiner Abklärungspflicht nach Eingang der Meldung einer Listenverletzung die Begleitumstände der Verletzung genau abklärt. Bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Abgrenzungsfrage ist das gesamte Ursachenspektrum der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen. 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 Einschätzungen – 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 zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 8.6).

3.4 Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht somit für Unfallfolgen, die entweder alleinige Folgen des Unfalls sind, oder für Verschlimmerungen eines Vorzustandes, die nachgewiesenermassen durch adäquate Unfallfolgen bedingt sind. Hier ist zu unterscheiden zwischen einer vorübergehenden Verschlimmerung (mit Erreichen des status quo ante), einer dauernden Verschlimmerung und der richtungsgebenden Verschlimmerung. Letztere ist dann gegeben, wenn ein unfallunabhängiges Leiden durch den Unfall früher zur Entwicklung gebracht wird, in seinem zeitlichen Ablauf beschleunigt oder erst in ein bleibend schmerzhaftes Stadium gebracht wird. Schwierigkeiten berei-

tet die Beurteilung, wenn es sich beim Vorzustand um ein progredientes Leiden handelt, das auch ohne Unfallereignis mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit mit der Zeit mehr Beschwerden verursacht hätte und wenn die Beobachtungszeit lang ist. Dann kann der status quo ante nicht mehr erreicht werden. Deshalb schätzt man in diesen Fällen den status quo sine, einen hypothetischen Zustand, in dem sich der Patient aufgrund des ehemaligen Vorzustandes und des wahrscheinlichen, seither zu erwartenden Verlaufes befinden würde (Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden in der schweizerischen Unfallversicherung, S. 16). Wird durch den Unfall somit ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft nach dem Gesagten zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76 E. 4b). Der Unfallversicherer hat nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist an sich unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Bundesgerichtsurteil U 365/02 vom 16. September 2003 E. 2.2).

4. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, vom wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei sich widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 f.). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 160f E. 1c mit weiteren Hinweisen). Das Gericht kann sein Urteil auf Berichte versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte stützen, sofern keinerlei Zweifel an der Richtigkeit der in diesen Berichten enthaltenen Schlussfolgerungen bestehen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2, 135 V 465 E 4).

Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallen ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen. Dabei ist zu beachten, dass ärztliche Auskünfte, die allein auf der Argumentation beruhen, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien erst nach dem Unfall aufgetreten, beweisrechtlich nicht zu verwerten sind (Unzulässigkeit der *Maxime «post hoc ergo propter hoc»*, BGE 119 V 335 E. 2b/bb; Bundesgerichtsurteil 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.3.1).

5. Strittig ist vorerst, ob das Ereignis vom 7. Dezember 2019 die Kriterien des Unfalls gemäss Art. 4 ATSG erfüllt.

5.1 Die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens sind von der den Anspruch erhebenden Person glaubhaft zu machen (BGE 116 V 136 E. 4b). Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht gilt, soweit das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b). Bei sich widersprechenden Angaben der versicherten Person über den Unfallhergang ist auf die Beweismaxime hinzuweisen, wonach die sogenannte spontanen «Aussagen der ersten Stunde» in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Wenn die versicherte Person ihre Darstellung im Laufe der Zeit wechselt, kommt den Angaben, die sie kurz nach dem Unfall gemacht hat, meistens grösseres Gewicht zu als jenen nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung des Versicherers (BGE 121 V 45 E. 2a). Der Grundsatz, wonach die ersten Aussagen nach einem schädigenden Ereignis in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, stellt eine im Rahmen der freien Beweiswürdigung zu berücksichtigende Entscheidungshilfe dar. Sie kann nur zur Anwendung gelangen, wenn von zusätzlichen Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (Bundesgerichtsurteil 8C_50/2012 vom 1. März 2012 E. 5.1).

5.2 Gemäss der Unfallmeldung vom 5. Mai 2020 hatte der Versicherte am 7. Dezember 2019 bei einem «Ausfallschritt» einen heftigen Stich verspürt. Beim vom Beschwerdeführer verwendeten Begriff «Ausfallschritt» ginge es eigentlich darum, das Knie des vorderen Beins aus dem hüftbreiten Stand heraus auf ca. 90° anzuwinkeln. Der vordere Fuss würde dabei mit der gesamten Fusssohle auf dem Boden stehen. Das Knie des hinteren Beins würde gebeugt in Richtung Boden neigen, bis es beinahe den Boden berührt und der Unterschenkel sich in einer annähernd parallelen Position zum Boden befindet (<https://www.fitkurs.de/ausfallschritte.html>). Im Rahmen des hier strittigen Badmintonspiels kann jedoch nicht von einer solchen Bewegung ausgegangen werden, vielmehr wollte der Versicherte mit dem Begriff «Ausfallschritt» andeuten, dass er mit einem Bein einen Schritt nach vorne gemacht hatte.

Entgegen seinen Darstellungen hatte der Versicherte sodann per Mail vom 5. Mai 2020 die Gelegenheit, das Ereignis näher zu beschreiben

(S. 4). Ergänzend führte er aus, er sei beim «erwähnten Ausfallschritt leicht gerutscht, bevor der Schuh wieder Gripp hatte». Weder wird ein Rotationstrauma noch ein Stolpern oder Hängebleiben genannt. Der Versicherte spricht von einem «leichten» Rutschen, was auch gegen ein abruptes Abstoppmanöver spricht. Von einer heftigen und/oder belastenden Bewegung bzw. einer unkontrollierten Körperbewegung kann mithin nicht gesprochen werden. Nichts zu seinen Gunsten abzuleiten vermag der Beschwerdeführer sodann, dass er nach Kenntnis des abweisenden Entscheides vorbrachte, er sei «in extremis» gerutscht bzw. B ein Rotationsmanöver nannte. Wie nämlich der Unfallversicherer richtig dargelegt hat, sind solche späteren Sachverhaltsdarstellungen kritisch zu würdigen. Die Erstmeldung ist hingegen noch unbeeinflusst von versicherungsrechtlichen Überlegungen ausgefüllt worden, weshalb davon ausgegangen werden darf, dass die entsprechenden Angaben unbefangen und dementsprechend zuverlässig waren. Mithin ist in casu davon auszugehen, dass der Versicherte bei einem Schritt nach vorne, mit leichtem Rutschen, aber ohne abrupte Stoppbewegung einen Schmerz verspürte. Bei einem Schritt nach vorne verneinte das Bundesgericht bereits im Jahr 2005 (Urteil UV.2004.00270 vom 21. November 2005) den Unfallbegriff. Daher erfüllt das Ereignis vom 7. Dezember 2019 die Kriterien des Unfallbegriffes gemäss Art. 4 ATSG nicht. Insbesondere fehlt das Kriterium der Programmwidrigkeit bzw. der Ungewöhnlichkeit. Insofern daher der Versicherte einen Leistungsanspruch aufgrund eines Knorpelschadens geltend macht, führt das Gesagte zur Abweisung der Beschwerde. Die Ausführungen von B vom 9. Juni 2020 hinsichtlich des «Ausprengen von Knorpelstücken» beim Ereignis vom 7. Dezember 2019 sind sodann nachvollziehbar und schlüssig von D gewürdigt worden. Darauf kann verwiesen werden. Auch aus diesem Grund wäre der Leistungsanspruch zu verneinen.

5.3 Was weiter die geltendgemachte Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG betrifft, steht zuerst fest, dass der Versicherte bei all seinen früheren Darstellungen lediglich einen Knorpelschaden erwähnte, obwohl er sich im Februar 2020 in ärztliche Behandlung begeben hatte und im März 2020 gar eine MRT ausgeführt worden war. Selbst der behandelnde Facharzt B erwähnt keine aktuelle Meniskusläsion, vielmehr schliesst er diese mit Schreiben vom 5. März 2020 gar explizit aus, indem er darlegte, «zusammenfassend fand sich keine Meniskusläsion, sondern eine Knorpelläsion». Die Frage nach dem Vorliegen eines Meniskusrisses kann aber letztendlich offen bleiben, da, wie

nachfolgend aufgezeigt wird, in jedem Fall ein Leistungsanspruch entfällt, da es dem Unfallversicherer gelingt, den Entlastungsbeweis zu erbringen, wie nachfolgend aufgezeigt wird.

5.3.1 In casu stützte sich die Y in ihrem Entscheid auf die Beurteilungen ihres beratenden Arztes D. Dieser ging davon aus, dass die Operation vom 8. Mai 2020 keine Unfallfolge ist, sondern degenerativ bedingt war. Der Beschwerdeführer bringt demgegenüber vor, aus den Berichten des behandelnden Chirurgen ergebe sich klar die Diagnose einer traumatischen Meniskusruptur.

5.3.2 Die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen können grundsätzlich sowohl traumatische wie auch degenerative Ursachen haben. Zu prüfen ist somit, ob die versicherungsinterne ärztliche Beurteilung den strengen Anforderungen an die Beweiswürdigung zu genügen vermag oder ob in casu ergänzende Abklärungen notwendig sind (BGE 135 V 465 E. 4.4).

Die MRT vom 3. März 2020 (S. 5b) zeigte einen verkürzten medialen Meniskus mit komplexem Riss im Hinterhorn und fehlendem Vorderhorn sowie fehlender Pars intermedia. D führte in seiner Stellungnahme vom 7. Mai 2020 (S. 7) aus, es sei keine Sanierung der Meniskusruptur geplant. Es hätten keine kapsuloligamentäre Zerrungszeichen oder Bonebruise vorgelegen. Ausserdem sei ein Status nach Teilmeniskektomie gegeben, wie dies bereits der Radiologe C festgehalten hatte. D zeigte in der Folge in nachvollziehbarer Weise auf, dass die beschriebene Fehlbewegung mechanisch nicht dazu geeignet war, den Knorpelschaden oder die Sehnenruptur zu bewirken und demzufolge mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Verletzungsmechanismus vorgelegen hatte, welcher eine frische traumatische strukturelle Läsion hätte auslösen können. Dafür sprechen auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall seine Arbeit zu 100% weiterhin ausführen konnte und die Ergebnisse der MRT-Untersuchung vom 3. März 2020, die vorbestehende Kniegelenk- und Meniskusschäden zeigte. Zudem musste im Jahr 2012 und 2015 bereits am rechten Knie Arthroscopien, Microfracture und eine AMIC-Rekonstruktion durchgeführt werden, was für krankhaft-degenerative Verhältnisse spricht. Schliesslich geht es darum, die einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprechen, aus medizinischer Sicht gegeneinander abzuwägen und den Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen. Diesen

Anforderungen kam D in seinen Beurteilungen zweifellos nach (Bundesgerichtsurteil 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.4). Er zeigte in nachvollziehbarer Weise auf, dass in casu die Indizien, die für eine abnützungsbedingte Genese sprechen, gegenüber jenen, die auf ein Trauma als Ursache hindeuten, deutlich, d.h. zu mehr als 50 %, überwiegen und der Unfallversicherung der Entlastungsbeweis demzufolge gelungen ist.

Prof. B beschränkt sich denn in seinen Darlegungen auf die Knorpelverletzung. Seiner Ansicht nach lag ferner gar keine (aktuelle) Meniskusläsion vor. Damit vermag der Beschwerdeführer aus dessen Berichte nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. In Bezug auf den Knorpelschaden vermochte ferner D überzeugend darzulegen, weshalb es an einem natürlichen Kausalzusammenhang fehlen würde. Diesbezüglich kann auf seine Ausführungen vom 20. Juni 2020 verwiesen werden.

5.4 Aus diesen Darlegungen ergibt sich, dass die belastungsabhängigen Schmerzen am rechten Kniegelenk und die anschliessende Behandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Ereignis vom 7. Dezember 2019 zurückzuführen war, sondern dass damit ein überwiegend vorbestehender degenerativer Schaden behoben wurde. Die Y hat zu Recht auf die interne Beurteilung ihres Arztes abgestellt und ihre Leistungen verweigert.

In diesem Sinne erübrigt sich eine weitere Begutachtung über den Kausalzusammenhang der Meniskusläsion oder des Knorpelschadens mit dem Ereignis vom 7. Dezember 2019. Die beschwerdeseits unter anderem vertretene Schlussfolgerung «post hoc ergo propter hoc» läuft auf eine unzulässige und beweisrechtlich wertlose Argumentation hinaus (BGE 119 V 335 E. 2b/bb; Bundesgerichtsurteil 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.3.1). Ebenfalls der Hinweis, dem Vertrauensarzt der Versicherung mangle es am Fachwissen bezüglich einer orthopädischen Fragestellung, weshalb auf seine Stellungnahmen nicht abgestellt werden könne, ist in diesem Kontext nicht zielführend, zumal D über einen Facharztstitel für orthopädische Chirurgie und Traumatologie verfügt, und vermag die vorinstanzlichen Feststellungen nicht zu entkräften. Von der Einholung weiterer spezialärztlicher Beurteilungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 124 V 94).