

200 21 887 UV  
KOJ/BOC/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 19. Mai 2022**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiberin Bossert

**Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG**  
Direktion Bern, Bundesgasse 35, Postfach, 3001 Bern  
Beschwerdeführerin

gegen

**Elips Versicherungen AG**  
Thurgauerstrasse 54, 8050 Zürich  
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. A. \_\_\_\_\_  
Beschwerdegegnerin

**B.** \_\_\_\_\_  
Beigeladene

betreffend Einspracheentscheid vom 16. November 2021



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1987 geborene C.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Mobiliar bzw. Beschwerdeführerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als er am 24. Januar 2016 beim ... stürzte und sich am linken Knie verletzte (Akten der Mobiliar [act. II]/Reg3 UM1). Zu diesem Ereignis meldete der Versicherte im April und im August 2017 je einen Rückfall (act. II/Reg3 UM2 - 6). Sowohl für den Grund- als auch die erwähnten Rückfälle erbrachte die Mobiliar die gesetzlichen Versicherungsleistungen.

### **B.**

Der Versicherte war über seine Arbeitgeberin bei der Elips Versicherungen AG obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als er am 17. Februar 2020 beim ...spielen Schmerzen im linken Knie verspürte, was am 19. Februar 2020 operativ behandelt wurde (Akten der Elips Versicherungen AG [act. IIa] 1, 3). Nachdem die Elips Versicherungen AG den Versicherten schriftlich zum Unfall befragt und bei ihrem beratenden Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, eine Aktenbeurteilung eingeholt hatte (act. IIa 6, 12), verneinte sie mit Schreiben vom 2. Juni 2020 (act. IIa 13) ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 17. Februar 2020, da der Meniskusriss auf einen Vorzustand zurückzuführen sei, der seit dem Ereignis vom 24. Januar 2016 bestehe.

In der Folge meldete der Versicherte am 4. Juni 2020 das Ereignis vom 17. Februar 2020 bei der Mobiliar als Rückfall zum Ereignis vom 24. Januar 2016 an (act. II/Reg3 UM7). Nachdem die Mobiliar den Fall ihrem beratenden Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vorgelegt hatte (act. II/Reg2 M6),

verneinte sie mit Schreiben vom 23. Juli 2020 (act. II/Reg1 K18) im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 17. Februar 2020 ihre Leistungspflicht, da die Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 24. Januar 2016 stünden. Nach Gewährung des rechtlichen Gehörs (act. II/Reg1 K20) und der Einholung einer Aktenbeurteilung ihres beratenden Arztes Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2020 (act. II/Reg2 M7), verneinte die Mobiliar mit Verfügung vom 9. Oktober 2020 (act. II/Reg1 K25) im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 17. Februar 2020 ihre Leistungspflicht. Dagegen erhob die Krankenkasse des Versicherten, die B. \_\_\_\_\_, am 27. Oktober 2020 Einsprache (act. II/Reg1 K26).

Die Elips Versicherungen AG verneinte ihrerseits mit Verfügung vom 10. Dezember 2020 (act. IIa 20) ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 17. Februar 2020. Die dagegen von der Mobiliar am 26. Januar 2021 (act. II/Reg1 K28) erhobene Einsprache wies die Elips Versicherungen AG mit Einspracheentscheid vom 16. November 2021 (act. IIa 23) ab.

### **C.**

Gegen den Einspracheentscheid vom 16. November 2021 (act. IIa 23) erhob die Mobiliar am 29. Dezember 2021 Beschwerde. Sie beantragt, unter Aufhebung des angefochtenen Entscheides sei die Elips Versicherungen AG (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) anzuweisen, dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen im Nachgang an das Unfallereignis vom 17. Februar 2020 zu erbringen.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. März 2022 beantragt die Beschwerdegegnerin, soweit auf die Beschwerde eingetreten werden könne, sei diese Abzuweisen und der angefochtene Entscheid sei zu bestätigen.

Der Instruktionsrichter lud mit Verfügung vom 9. März 2022 die B. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Beigeladene) zum Verfahren bei und stellte ihr mit der Möglichkeit zur Stellungnahme Kopien der Beschwerde und der Beschwerdeantwort zu. Davon machte die Beigeladene mit Eingabe vom 23. März 2022

Gebrauch mit dem Antrag, es werde von der Beschwerdegegnerin die Erstattung der Vorschussleistungen gemäss der Stellungnahme vom 13. Dezember 2020 in Anwendung von Art. 102a der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) erwartet. Diese Stellungnahme der Beigeladenen inklusive Beilagen wurde der Beschwerdeführerin und der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 28. März 2022 zur Kenntnisnahme zugestellt.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein eigenes Rechtsschutzinteresse an der Beschwerdeerhebung, da die Möglichkeit besteht, dass sie selber (wegen Rückfalls) leistungspflichtig wird. Ihre Beschwerdelegitimation ist daher zu bejahen (vgl. SVR 2009 UV Nr. 5 S. 19 E. 9.2; Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 16. November 2021 (act. IIa 23). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit dem angefochtenen Einspracheentscheid (in Bestätigung der Verfügung vom

10. Dezember 2020 [act. IIa 20]) ihre Leistungspflicht betreffend das Ereignis vom 17. Februar 2020 zu Recht verneint hat. Nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet hingegen die Frage, ob allenfalls die Beschwerdeführerin leistungspflichtig ist; diesbezüglich fehlt es hier an einem Anfechtungsobjekt und ist separat zu entscheiden (ein entsprechendes Einspracheverfahren ist bei der Beschwerdeführerin hängig; vgl. deren Verfügung vom 9. Oktober 2020 [act. II/Reg1 K25] sowie die Einsprache des Krankenversicherers vom 27. Oktober 2020 [act. II/Reg1 K26]). Nicht Verfahrensgegenstand ist auch die von der Beigeladenen erwähnte Erstattung erbrachter Vorschussleistungen (vgl. Eingabe vom 23. März 2022 S. 2 f.); darüber wurde ebenfalls nicht verfügt.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der UVV in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG). Da hier wie erwähnt (vgl. E. 1.2 hiuvor) allein die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 17. Februar 2020 Verfahrensgegenstand bildet und sich dieses nach dem 1. Januar 2017 ereignet hat, ist der vorliegende Fall nach den neuen Bestimmungen zu beurteilen.

## 2.1

**2.1.1** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

**2.1.2** Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er – nach einem objektiven Massstab – nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist. Das Merkmal des Ungewöhnlichen macht den alltäglichen Vorgang zum einmaligen Vorfall. Einwirkungen, die aus alltäglichen Vorgängen resultieren, taugen in aller Regel nicht als Ursache einer Gesundheitsschädigung. Liegt der Grund somit allein im Innern des Körpers, ist Krankheit gegeben. Daran ändert die blosser Auslösung des Gesundheitsschadens durch einen äusseren Faktor nichts; Unfall setzt vielmehr begrifflich voraus, dass das exogene Element so ungewöhnlich ist, dass eine endogene Verursachung ausser Betracht fällt (BGE 134 V 72 E. 4.1 S. 76 und E. 4.1.1 S. 77). Das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit bezieht sich nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern nur auf diesen selber. Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist insoweit, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich zog. Ausschlaggebend ist also, dass sich der äussere Faktor vom Normalmass an Umwelteinwirkungen auf den menschlichen Körper abhebt. Ungewöhnliche Auswirkungen allein begründen keine Ungewöhnlichkeit (BGE 134 V 72 E. 4.3.1 S. 79; SVR 2021 UV Nr. 12 S. 60 E. 4.2, 2020 UV Nr. 3 S. 9 E. 3).

Ein gesteigertes Abgrenzungsbedürfnis besteht dort, wo der Gesundheitsschaden seiner Natur nach auch andere Ursachen als eine plötzliche schädigende Einwirkung haben kann, also keine gesicherte Zuordnung zum exogenen Faktor erlaubt. Dies gilt nach der Rechtsprechung insbesondere dann, wenn die Gesundheitsschädigung erfahrungsgemäss auch als alleinige Folge von Krankheit, insbesondere von vorbestehenden degenerativen Veränderungen eines Körperteils, innerhalb eines durchaus normalen

Geschehensablaufs auftreten kann. In solchen Fällen muss die unmittelbare Ursache der Schädigung unter besonders "sinnfälligen" Umständen gesetzt worden sein. Somit wird eine Einwirkung ohne offensichtliche Schadensneigung erst durch das Hinzukommen eines zusätzlichen Ereignisses zum ungewöhnlichen äusseren Faktor. Es bedarf – neben den üblichen auf den Körper einwirkenden Kräften – eines schadensspezifischen Zusatzgeschehens, damit ein Unfall angenommen werden kann (BGE 134 V 72 E. 4.3.2 und 4.3.2.1 S. 80).

**2.1.3** Das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors kann auch in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. Bei Körperbewegungen gilt dabei der Grundsatz, dass das Erfordernis der äusseren Einwirkung lediglich dann erfüllt ist, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam "programmwidrig" beeinflusst hat. Bei einer solchen unkoordinierten Bewegung ist der ungewöhnliche äussere Faktor zu bejahen; denn der äussere Faktor – Veränderung zwischen Körper und Aussenwelt – ist wegen der erwähnten Programmwidrigkeit zugleich ein ungewöhnlicher Faktor (BGE 130 V 117 E. 2.1 S. 118; SVR 2021 UV Nr. 21 S. 102 E. 3.3). Dies trifft beispielsweise dann zu, wenn die versicherte Person stolpert, ausgleitet oder an einem Gegenstand anstösst oder wenn sie, um ein Ausgleiten zu verhindern, eine reflexartige Abwehrhaltung ausführt oder auszuführen versucht (SVR 2021 UV Nr. 10 S. 54 E. 4.2; RKUV 2004 U 502 S. 183 E. 4.1, 1999 U 345 S. 422 E. 2b).

## **2.2**

**2.2.1** 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), Trommelfellverletzungen (lit. h).

**2.2.2** Nach Meldung einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG hat der Unfallversicherer die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzu-

führen, so ist der Unfallversicherer solange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich 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 in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 9.1 S. 70).

**2.2.3** Für die Anwendung von Art. 6 Abs. 2 UVG ist kein äusserer Faktor und damit kein unfallähnliches sinnfälliges Ereignis oder eine allgemein gesteigerte Gefahrenlage im Sinne der Rechtsprechung zu aArt. 9 Abs. 2 UVV, in Kraft bis 31. Dezember 2016) mehr vorausgesetzt. Insoweit führt grundsätzlich bereits die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 lit. a - h UVG genannte Körperschädigung vorliegt, nunmehr zur Vermutung, es handle sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Indessen ergibt sich aus der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Gegenbeweises weiterhin die Notwendigkeit der Abgrenzung der vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung von der abnutzungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung und damit letztlich zur Leistungspflicht des Krankenversicherers. Insoweit ist die Frage nach einem initialen erinnerlichen und benennbaren Ereignis – nicht zuletzt auch aufgrund der Bedeutung eines zeitlichen Anknüpfungspunktes – auch nach der UVG-Revision relevant. Lässt sich nach Eingang der Meldung im Rahmen der Abklärungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter resp. harmloser Art, so vereinfacht dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers. Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Abgrenzungsfrage ist das gesamte Ursachenspektrum der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen. Nebst dem Vorzustand sind somit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden näher zu beleuchten. Die verschiedenen Indizien, die für oder gegen Abnutzung oder Erkrankung sprechen, müssen aus medizinischer Sicht gewichtet werden. Damit der Entlastungsbeweis gelingt,

hat der Unfallversicherer gestützt auf beweiskräftige ärztliche Einschätzungen – mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit – nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnützung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärungen erübrigen (BGE 146 V 51 E. 8.6 S. 69).

**2.3** Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1 S. 254, 118 V 293 E. 2c S. 296).

Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht im Sinne von Art. 11 UVV des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2). Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 57 E. 2.2.2; Entscheid des BGer vom 19. Dezember 2016, 8C\_61/2016, E. 3.2).

**2.4** Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so liegt eine richtunggebende Verschlimmerung vor (SVR 2019 IV Nr. 9 S. 27 E. 3.2; Entscheid des BGer vom 21. September 2018, 8C\_781/2017, E. 5.1).

**2.5** Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

**2.6** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 begründet sind. 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, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

**2.7** Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden wer-

den, 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 142 V 58 E. 5.1 S. 65).

**2.8** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

### **3.**

Den Akten ist zum Hergang des Ereignisses vom 17. Februar 2020 sowie in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1** In der undatierten Schadenmeldung zu Händen der Beschwerdeführerin (act. IIa 1) wurde als Unfallort ..., ..., angegeben und zum Ereignishergang Folgendes festgehalten: "Während dem Spiel eine Gegenbewegung und spürte danach direkt einen Schmerz". Als betroffener Körperteil wurde das linke Knie angegeben.

**3.2** Im Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 18. Februar 2020 (act. IIa 11) wurde die folgende Diagnose aufgeführt:

- Einklemmter Meniskus medialis links

Der Beschwerdeführer habe sich gestern im ... das Knie links verdreht und habe sofort Schmerzen gehabt. Die Streckung sei nun nicht mehr möglich, das Knie sei nicht geschwollen. Das MRI des linken Knies zeige einen umgeschlagenen und eingeklemmten medialen Meniskus.

**3.3** Das im Spital F.\_\_\_\_\_ am 18. Februar 2020 durchgeführte MRI des linken Knies ergab die folgende Beurteilung: Medialer nicht dislozierter Meniskusriss im Hinterhorn; keine weiteren Binnenläsionen (vgl. act. IIa 4).

**3.4** Im Austrittsbericht der Kniechirurgie des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 21. Februar 2020 (act. IIa 2) hielt PD (heute: Prof.) Dr. Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die folgende Diagnose fest:

Posteromedialer Lappenriss mit intakter Hinterhornwurzel Knie links mit/bei:

- St.n. Kniestorsion am 18. (richtig: 17.) Februar 2020

Am 18. Februar 2020 sei ein notfallmässiger Eintritt zur Operation am Folgetag erfolgt nach Zuzug eines posteromedialen Lappenrisses bei intaktem Hinterhorn Knie links.

**3.5** Im Bericht vom 29. Februar 2020 (act. IIa 4) führte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom I.\_\_\_\_\_ die folgende Diagnose auf:

- Umgeschlagener und eingeklemmter medialer Meniskus

Zu den Angaben des Versicherten hielt sie Folgendes fest: "Am 17. Februar 2020 beim ... ins linke Knie geschossen, seither Schmerzen und Blockierungsgefühl, kein Sturz, kann nicht mehr Knie strecken". Es bestehe ein St.n. (Partial-)Ruptur des VKB links 2016 und es lägen ausschliesslich Unfallfolgen vor.

**3.6** Im Operationsbericht vom 2. März 2020 (act. IIa 3) von PD (heute: Prof.) Dr. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ wurde die folgende Diagnose angegeben:

- Eingeschlagene Innenmeniskus-Lappenruptur Knie links vom 18. Februar 2020

Durchgeführt wurde am 19. Februar 2020 eine Kniegelenksarthroskopie links, Resektion Plica mediopatellaris und Innenmeniskusnaht (3x All-Inside). Zur Indikation wurde angegeben, der Beschwerdeführer habe sich am Vortag eine frische Innenmeniskus-Lappenruptur mit Streckdefizit zu-

gezogen. Bei diesem jungen Patienten bestehe die Indikation zur Meniskusnaht.

**3.7** Im Fragebogen vom 16. März 2020 (act. IIa 6) hielt der Versicherte die folgende Umschreibung des Ereignisses fest: "Beim ... spielen, wollte ich mich abstossen. Dabei verspürte ich direkt einen stechenden Schmerz [im linken Knie]."

**3.8** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom I. \_\_\_\_\_ gab im Bericht vom 13. Mai 2020 (act. IIa 11) an, gemäss den Akten habe der Versicherte die erste Distorsion des linken Kniegelenks am 24. Januar 2016 beim ... erlitten. Er habe sich aufgrund von persistierenden Kniebeschwerden einige Tage später am 5. Februar 2016 in der Sprechstunde gemeldet. Aufgrund der klinischen Untersuchung sei man von Knieschmerzen im Rahmen einer Distorsion ausgegangen, differenzialdiagnostisch sei der Verdacht auf eine Meniskusläsion geäussert worden. Es sei eine symptomatische Behandlung mit NSAR erfolgt und mit dem Versicherten sei vereinbart worden, dass er sich bei fehlender Besserung wieder melden sollte. Da 2016 keine weiteren Konsultationen stattgefunden hätten, sei davon auszugehen gewesen, dass die Symptome unter NSAR verschwunden seien. Die nächste Konsultation aufgrund linksseitiger Kniebeschwerden sei gut ein Jahr später am 25. März 2017 erfolgt, da der Versicherte beim ... wieder vermehrte Schmerzen im linken Knie verspürt habe. Dieses Mal hätten die Beschwerden unter NSAR nicht gebessert, weshalb im Verlauf eine MRI-Untersuchung in die Wege geleitet worden sei, die dann am 13. April 2017 stattgefunden habe (vgl. act. II/Reg2 M2). Der Versicherte sei daraufhin an das Spital K. \_\_\_\_\_ in ... überwiesen worden, wo er im Sommer 2017 zweimalig in der Sprechstunde gewesen sei, ohne dass eine operative Intervention nötig gewesen sei (vgl. act. II/Reg2 M3 und M4). Seit dieser Behandlung seien keine weiteren Konsultationen mehr erfolgt wegen linksseitigen Kniebeschwerden bis nun im Februar 2020. Eine erneute Vorstellung sei am 18. Februar 2020 in der Sprechstunde aufgrund akuter linksseitiger Kniebeschwerden nach Distorsion am Vortag erfolgt. Bei dringendem Verdacht auf eine Meniskusläsion mit Einklemmung sei die direkte Überweisung ans Spital F. \_\_\_\_\_ erfolgt, wo der Patient tags darauf arthroskopiert worden sei.

**3.9** In der Aktenbeurteilung vom 26. Mai 2020 (act. IIa 12) hielt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ fest, der Grundfall sei das Ereignis vom 24. Januar 2016, d.h. die Folgen der linksseitigen Kniegelenksdistorsion beim ... (act. IIa 12/4). Das vom Versicherten am 16. März 2020 (act. IIa 6) beschriebene Ereignis vom 17. Februar 2020 entspreche nicht einer gewaltsamen Kniegelenksverdrehung mit blockiertem Unterschenkel bei der Schlussrotation in Extension. Ein isolierter Meniskusriss könne der orthopädisch-unfallchirurgischen Lehre folgend nicht auf diese Weise entstanden sein (act. IIa 12/6). Das Ereignis sei bestenfalls ein austauschbarer Zufalls- oder Gelegenheitsanlass in Form einer zum ...spiel gehörigen normalen Bewegung. Das Ereignis spiele demzufolge eine gänzlich untergeordnete Rolle. Die Beurteilung des orthopädischen Chirurgen (der Meniskusriss sei am 17. Februar 2020 frisch entstanden) sei in Kenntnis des Vorzustandes nicht nachvollziehbar (act. IIa 12/9). Bereits in der kernspintomographischen Voruntersuchung vom 13. April 2017 habe sich eine Rissbildung im medialen Hinterhorn gezeigt, sogar mit einer Meniskuszyste als Hinweis auf ein längeres Bestehen; ausserdem degenerative Veränderungen an elongiertem VKB. Zwar liege morphologisch eine Diagnose gemäss Körperschädigungsliste vor, diese sei jedoch kernspintomografisch mindestens bereits seit dem 13. April 2017 bekannt und auf das Ereignis vom 24. Januar 2016 zurückzuführen.

**3.10** In der Beurteilung vom 17. Juli 2020 (act. II/Reg2 M6) gab Dr. med. E.\_\_\_\_\_ die folgende Diagnose an:

- Dorso-mediale Meniskusdegeneration (mit Meniskus-Zyste 2017)

Es bestehe ein Vorzustand in Form einer Meniskus-Norm-Variante. Der Status quo ante sei zwei bis drei Monate nach dem Ereignis erreicht. Es handle sich nicht um einen Rückfall zum Ereignis vom 24. Januar 2016. Im OP-Bericht werde die Meniskuläsion als "frisch" bezeichnet, was gemäss MRI 2017/2020 unwahrscheinlich scheine.

**3.11** In der Aktenbeurteilung vom 1. Oktober 2020 (act. II/Reg2 M7) hielt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ fest (act. II/Reg2 M7/6 f.), 2017 könne zusammenfassend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gesagt werden, dass die mögliche vorübergehende Aktivierung der Situation (asymptomatischer

Vorzustand) am medialen Meniskushinterhorn (die Veränderung entspreche einer Meniskusnormvariante mit/bei einer horizontalen Signalstörung, wobei die dreieckige Gesamtform des Meniskusquerschnitts nicht verändert sei, kein mobiler Lappen vorliege und konsekutiv dadurch eine überwiegend wahrscheinliche symptomatische und/oder funktionelle Beeinträchtigung ausgelöst werden könne) und am korrespondierenden Meniskusganglion längst abgeheilt gewesen sei (Status quo ante vel sine) und/aber gleichzeitig eine klinisch knapp fass- bzw. objektivierbare, funktionell jedoch unbedeutende und subjektiv auch nicht bemerkte (wahrscheinlich weil muskulär suffizient habe kompensiert werden können) Insuffizienz bei/wegen leicht elongiertem VKB bestanden habe. Letzteres werde übrigens intraoperativ bestätigt (19. Februar 2020). Daraus sei auch umfassend erklärbar, weshalb der Versicherte seit 2017 weiterhin problemlos und beschwerdefrei (Gegenteiliges sei nicht aktenkundig) kniebelastende Sportarten habe betreiben können. Bei eben einer dieser sportlichen Tätigkeiten (in casu ...) sei es am 17. Februar 2020 bei einer Distorsion bzw. beim Abstossen (18. Februar 2020 und 16. März 2020) zu einem einschliessenden Schmerz mit nachfolgender "functio laesa" (Streckausfall von 30°) des linken Knies gekommen. Zwar werde im MRI-Bericht vom 19. Februar 2020 noch von einem „nicht dislozierten Meniskusriss im medialen Hinterhorn" gesprochen, aber die intraoperative Erkenntnis sei gewesen, dass der Meniskuslappen eingeschlagen gewesen sei. Ein um- bzw. eingeschlagener Lappenriss bedeute zwar konkret „nicht disloziert", sei aber eben doch falsch platziert und bewirke eine funktionelle Störung. Daraus folge, dass der Operateur zu Recht von einem „frischen" Lappenriss gesprochen habe, ergo die Kausalität zum Ereignis vom 17. Februar 2020 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bejahen sei. Wäre der umgeschlagene Lappen, wie Dr. med. D. \_\_\_\_\_ aus orthopädisch-traumatologischer Sicht realitätsfremd behauptete (26. Mai 2020), eine seit 2016 bestehende Meniskusläsion gewesen, dann hätte einerseits im Vorfeld keine entsprechende und ungestörte sportliche Aktivität realisiert werden können, v.a. jedoch keine bzw. niemals mehr eine Naht realisiert werden können. Zusammengefasst sei das Ereignis vom 17. Februar 2020 Ausgangspunkt für die Abklärungen mittels MRI und ausschliesslich indizierend für die Operation am 19. Februar 2020 gewesen. Ganz abgesehen davon, dass neu bzw. akut ein blockiertes linkes Knie bestanden habe, ergo das Knie nicht

mehr uneingeschränkt habe eingesetzt werden können (diese *functio laesa* entspreche mit/bei der intraoperativen Diagnose „umgeschlagener Lappentriss“ einer richtunggebenden Verschlimmerung eines asymptomatischen Vorzustandes, dessen Ätiologie im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 24. Januar 2016 überwiegend wahrscheinlich nicht ereigniskausal sein könne), wäre die Arthroskopie als vertiefte Diagnostik im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 17. Februar 2020 notwendig gewesen.

**3.12** Der Vertrauensarzt der B. \_\_\_\_\_ Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in der Stellungnahme vom 23. Oktober 2020 (act. II/Reg2 M8) aus, die horizontale Läsion des medialen Hinterhorns sei seit dem 13. April 2017 bekannt und bestätige die im Januar 2016 gestellte Verdachtsdiagnose. Bei diskreter Instabilität des linken Kniegelenkes infolge einer Partialruptur des VKB sei die Entwicklung einer mukoiden Degeneration des Meniskushinterhorns mit Zystenbildung nicht ungewöhnlich und sei somit als posttraumatisch zu betrachten. Die Körperschädigung (Meniskusriss) sei zwar nicht vorwiegend auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen, aber auf das Unfallereignis vom 24. Januar 2016. Zudem sei der geschilderte Unfallhergang nicht geeignet, eine frische Meniskusläsion zu bewirken, insbesondere bei fehlenden frischen traumatischen Begleitverletzungen. Es handle sich um einen Rückfall zum Ereignis vom 24. Januar 2016.

**3.13** In der Aktenbeurteilung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 17. November 2020 (act. IIa 19) wurde festgehalten, die Listendiagnose sei Folge des Vorzustands. Die Meniskusläsion, die Dr. med. E. \_\_\_\_\_ entgegen der radiologischen Berichterstattung von 2017 als dorsomediale Meniskusläsion bezeichnet habe, habe die Form eines horizontalen Risses gehabt. Dieser horizontale Riss habe sich über die Zeit zu einem lappenförmigen Riss ausgeweitet, dies geschehe typischerweise asymptomatisch und behindere auch belastende Sportarten, was jeder, der Profisportler, insbesondere Fussballspieler betreue, kenne. Die Bewegung, die der Versicherte für den 17. Februar 2020 geschildert habe, sei ein austauschbarer Zufalls- oder Gelegenheitsanlass, bei dem es möglicherweise zu einer Deplatziierung dieses Lappens ge-

kommen sei. Die vom Versicherten geschilderte Bewegung sei aber nicht die eigentliche Ursache des Lappenrisses (act. IIa 19/6). An der Beurteilung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 26. Mai 2020 werde vollumfänglich festgehalten, insbesondere der orthopädische Chirurg Dr. med. M. \_\_\_\_\_ teile die darin geäusserte Beurteilung (act. IIa 19/7).

**3.14** Prof. Dr. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 16. Februar 2021 (act. II/Reg2 M10) fest, der Versicherte habe sich beim ... im Januar 2016 eine Kniegelenksdistorsion zugezogen. Die damaligen Knieschmerzen seien konservativ mittels Physiotherapie behandelt worden. Es sei keine Bildgebung erfolgt. Bei einer Retraumatisierung beim ... ein Jahr später sei aufgrund wieder zunehmender Schmerzen dann eine MRI-Abklärung erfolgt, die eine Innenmeniskushinterhornruptur gezeigt habe. Im April 2017 habe dann schon eine kleine Meniskuszyste bestanden, so dass zu diesem Zeitpunkt (April 2017) die Meniskusläsion nicht mehr frisch gewesen sei. Basierend auf der Anamnese des Versicherten sei jedoch überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass der Versicherte sich den Meniskusriss bei dem Distorsionstrauma im Januar 2016 zugezogen habe. Das Trauma sei damals adäquat gewesen. Überwiegend wahrscheinlich sei die Korbhenkelruptur, die zur Operation im Jahr 2020 geführt habe, Folge der bereits 2016 eingetretenen traumatischen Meniskusruptur.

**3.15** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ führte in der Aktenbeurteilung vom 12. Dezember 2021 (act. II/Reg2 M12) aus, es sei erstaunlich, dass ein Facharzt Allgemeine Innere Medizin sowohl eine horizontale Meniskusveränderung als auch die Entwicklung einer Meniskuszyste auf die nicht näher definierte oder hinreichend ausgewiesene „diskrete Instabilität wegen der VKB-Teilläsion“ zurückführen könne, zumal unter Berufung auf die höchstgerichtliche Rechtsprechung in Analogie darauf hingewiesen werden müsse, dass selbst ein invasiv tätiger Allgemeiner Chirurg nicht umfassend befähigt sei, den Kausalzusammenhang einer komplexen Knieverletzung hinreichend oder umfassend zu beurteilen. Typischerweise handle es sich bei der Degeneration um Horizontalrisse, die wahrscheinlich sukzessive aus intramenskalen Veränderungen entstünden, wobei die Pathogenese von Fachärzten der Orthopädie/Traumatologie seit Jahren und noch bis heute nicht vollständig verstanden werde (act. II/Reg2 M12/5). Hätten sich die

Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_ die Mühe gemacht, die konkreten MRI-Bilder (2017 vs. 2020) selber zu beurteilen und zu vergleichen, hätten sie problemlos erkennen können, dass sich im dorsalen Meniskushorn medial in Bezug auf die 2017 erkannte horizontale intrameniskale „Läsion/Riss“ im MRI 2020 keine signifikante und überwiegend wahrscheinlich ereigniskausale Veränderung/Verschlimmerung eingestellt habe, 2020 aber neu eine eindeutig definierbare radiäre Läsion habe abbilden lassen, was intraoperativ als gut reponierbarer Lappen beurteilt und entsprechend behandelt worden sei (act. II/Reg2 M12/5).

Es grenze schon fast an Vermessenheit, wenn argumentiert werde, dass es beim geltend gemachten Ereignis nur „möglicherweise zu einer Deplatierung des Lappens gekommen sei“, weil genau dieser Umstand, nota bene weniger als zwei Tage nach dem inkriminierten Ereignis, intraoperativ verifiziert worden sei. Es sei kaum anzunehmen, dass der Versicherte, der am Abend des 17. Februar 2020 das Knieproblem erlitten habe, am Folgetag klinisch (eingeschränkte ROM) und radiologisch abgeklärt worden sei und keine 48 Stunden nach dem Ereignis operiert worden sei, noch „grosse Sprünge“ gemacht habe und der intraoperativ erkannte, reponierbare Lappen in der Zeit nach dem Ereignis bis zur Operation umgeklappt sei. Dass es sich beim inkriminierten Ereignis ausserdem um „einen beliebig austauschbaren Zufalls- oder Gelegenheitsanlass“ gehandelt haben sollte, sei realitätsfremd. Wenn dem so gewesen wäre, dann sei es der Wahrscheinlichkeit geschuldet, dass dieses Risiko bzw. diese Problematik in den vorangegangenen „sportaktiven“ 3 Jahren seit 2017 längst eingetreten wäre (act. II/Reg2 M12/6). Bezogen auf das hier zu beurteilende Ereignis vom 17. Februar 2020 habe ein Vorzustand vorgelegen.

Das Umschlagen des Lappens mit konsekutiver Notwendigkeit der möglichst zeitnahen Intervention am medialen Meniskushinterhorn entspreche unabhängig der Ätiologie des Vorzustandes zweifelsfrei einer richtunggebenden Verschlimmerung eines Vorzustandes. Die Voraussetzung dafür, dass eine Meniskusnaht überhaupt habe realisiert werden können/dürfen, sei die „frische“ bzw. akute Pathologie gewesen. Eine Veränderung im medialen Meniskushinterhorn habe bereits 2017 bestanden. Eine neue Form der Läsion und die konsekutive Knieblockade hätten die Notwendigkeit

einer raschest möglichen Operation begründet, welche keine 48 Stunden nach dem Ereignis lege artis auch stattgefunden habe. Diese objektivierbare richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes (unabhängig dessen Ätiologie) sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, mindestens aber überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 17. Februar 2020 zurückzuführen (act. II/Reg2 M12/7).

#### **4.**

**4.1** Mit Blick auf den Ablauf des Ereignisses vom 17. Februar 2020 (vgl. act. IIa 1, 6) ist zu Recht unbestritten, dass das betreffende Ereignis mangels eines ungewöhnlichen äusseren Faktors den Unfallbegriff nicht erfüllt (act. IIa 23/6 ff. Ziff. 2; Beschwerde S. 5 Ziff. 15; Beschwerdeantwort S. 8 Ziff. 22; vgl. E. 2.1.1 - 2.1.3 hiavor).

**4.2** Zu prüfen ist die Leistungspflicht gestützt auf eine unfallähnliche Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG, wobei hier unbestrittenermassen eine solche in Form eines Meniskusrisses vorliegt. Danach ist der Unfallversicherer grundsätzlich leistungspflichtig, soweit ihm nicht der Entlastungsbeweis gelingt, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend bzw. zu mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (vgl. E. 2.2.3 hiavor). Vorliegend macht die Beschwerdegegnerin aber nicht Abnützung oder Erkrankung als Ursache des Gesundheitsschadens (in welchem Fall der Krankenversicherer leistungspflichtig wäre; vgl. dazu E. 4.5 hiernach) geltend, sondern einen Rückfall zum Ereignis vom 24. Januar 2016 (und damit die Leistungspflicht der Beschwerdeführerin).

**4.3** Auf die überzeugenden Ausführungen von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in den Aktenbeurteilungen vom 1. Oktober 2020 (act. II/Reg2 M7) und 12. Dezember 2021 (act. II/Reg2 M12) ist abzustellen; diese sind auch ohne eigene Untersuchung voll beweiskräftig, da ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen allein um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. E. 2.6 hiavor). Die entsprechenden Ausführungen sind ohne weiteres vereinbar mit den zeitnahen Feststellungen des Spitals F. \_\_\_\_\_ (act. IIa 11), von Prof. Dr. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ (act. IIa 2 und 3) und Dr. med. J. \_\_\_\_\_ (act. IIa

11) mit Hinweisen auf eine am 17. Februar 2020 erlittene Knie-distorsion und eine frische Innenmeniskusruptur.

Die beim ...spielen erfolgte Abstoss-/Gegenbewegung kann mit der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 7 Ziff. 22) nicht als ganz untergeordnet respektive harmloser Art eingestuft werden, da bei der hier vorliegenden Bewegung nicht unbedeutende Kräfte auf das Knie einwirken (vgl. z.B. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. Oktober 2019, 8C\_267/2019, E. 7.1, mit vergleichbarem Sachverhalt). Sodann wurde 2017 bildgebend am medialen Hinterhorn ein horizontaler Riss festgestellt (act. II/Reg2 M2), im Februar 2020 dann eine als "frisch" bezeichnete eingeschlagene Innenmeniskus-Lappenruptur (Operationsbericht vom 19. Februar 2020 [act. IIa 3]) bzw. ein posteromedialer Lappenriss (Austrittsbericht Kniechirurgie des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 21. Februar 2022 [act. IIa 2]) diagnostiziert. Laut Dr. med. E. \_\_\_\_\_ war die Voraussetzung dafür, dass eine Meniskusnaht überhaupt realisiert werden konnte/durfte, die "frische" bzw. akute Pathologie (act. II/Reg2 M12/7). Dr. med. E. \_\_\_\_\_ führte zudem überzeugend und schlüssig zum konkreten Vergleich der MRI-Bilder (2017 vs. 2020) aus (act. II/Reg2 M12/5 f.), im dorsalen Meniskushorn medial habe sich in Bezug auf die 2017 erkannte horizontale intrameniskale "Läsion/Riss" im MRI 2020 keine signifikante und überwiegend wahrscheinlich ereigniskausale Veränderung/Verschlimmerung eingestellt, 2020 habe sich aber neu eine eindeutig definierbare radiäre Läsion abbilden lassen, was intraoperativ als gut reponierbarer Lappen beurteilt worden sei. Wäre das Ereignis vom 17. Februar 2020 "ein beliebig austauschbarer Zufalls- oder Gelegenheitsanlass" gewesen, so wäre dieses Risiko bzw. diese Problematik in den vorangegangenen "sportaktiven" drei Jahren seit 2017 längst eingetreten.

Damit lag nach dem Ereignis vom 17. Februar 2020 offensichtlich eine gravierendere Verletzung des betroffenen Meniskus' vor und es ist mit Dr. med. E. \_\_\_\_\_ (act. II/Reg2 M7/7) von einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. E. 2.4 hiervoor) des Meniskusrisses auszugehen. Weiter hat Dr. med. E. \_\_\_\_\_ überzeugend und schlüssig festgehalten, dass die 2017 mittels MRI festgestellte horizontale Meniskusläsion überwiegend wahrscheinlich degenerativer Natur war und somit nicht auf das Ereignis

vom Januar 2016 zurückzuführen war (act. II/Reg2 M7/5 und M12/4 f.), weshalb auch die 2020 eingetretene Verletzung keine Folge des Unfalles von 2016 sein kann. Wie die Beschwerdeführerin zutreffend festhält (Beschwerde S. 7 Ziff. 20), führt die Kausalitätsbeurteilung von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ zusammen mit der Feststellung, dass es am 17. Februar 2020 zu einer neuen Verletzung gekommen ist, zum Schluss, dass die Listenverletzung nicht vorwiegend auf einen Vorzustand zurückgeführt werden kann.

**4.4** Die anderslautenden Einschätzungen der weiteren Ärzte ändern nichts bzw. vermögen keine auch nur geringen Zweifel (vgl. E. 2.7 hiervor) an der Einschätzung von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ zu wecken.

So ist der Vertrauensarzt der B.\_\_\_\_\_ Dr. med. L.\_\_\_\_\_ nicht Orthopäde, weshalb sich seine Ausführungen per se nicht eignen, um die fachärztlichen Feststellungen von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ als Inhaber eines Facharztstitels Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates zu entkräften (vgl. diesbezüglich insbesondere Entscheid des BGer vom 13. November 2018, 8C\_584/2018, E. 4.1.1.2), weshalb sich eine weitere Auseinandersetzung mit seiner Stellungnahme vom 23. Oktober 2020 (act. II/Reg2 M8) erübrigt.

Sodann widerspricht Prof. Dr. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 16. Februar 2021 (act. II/Reg2 M10) seinen eigenen echtzeitlichen Angaben im Zusammenhang mit der Operation vom 19. Februar 2020, wonach eine frische Innenmeniskus-Lappenruptur mit Streckdefizit vorlag (vgl. Operationsbericht vom 2. März 2020 [act. IIa 3]).

Weiter ist auch Dr. med. D.\_\_\_\_\_ nicht Orthopäde; seine Beurteilung wird zwar von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ fachärztlich geteilt. Deren gemeinsame Stellungnahme vom 17. November 2020 (act. IIa 19) überzeugt jedoch nicht. Dies gilt namentlich für ihre zentrale Annahme, dass der fragliche Meniskusriss auf das Ereignis vom Januar 2016 zurückzuführen sei. In diesem Zusammenhang ziehen sie die Angabe von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, der 2017 festgestellte Meniskushorizontalriss sei degenerativer Natur, in Frage (act. IIa 19/6 Mitte). Sie hielten fest, es stelle sich die Frage, worauf sich diese Einschätzung eigentlich stütze. Schliesslich sei der Versicherte zu jenem Zeitpunkt gerade 29 Jahre alt gewesen, und er habe am 24. Ja-

nuar 2016 eindeutig einen Skisturz mit gewaltsamer Kniedistorsion erlitten. Der Versicherte habe immerhin nach dem 24. Januar 2016 und in der Folge Rezidivbeschwerden gehabt, welche sich bis ins Jahr 2017 manifestiert hätten. Er habe alle klinischen Anhaltspunkte chronisch-rezidivierender Beschwerden nach einem akut-traumatischen Meniskusriss gehabt. Dazu hat Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in der Aktenbeurteilung vom 1. Oktober 2020 (act. II/Reg2 M7/5) festgestellt, es sei notorisch, dass bei einer horizontalen Meniskusläsion die Traumagenese klar im Hintergrund stehe. Dazu verweist Dr. med. E. \_\_\_\_\_ auf medizinische Fachliteratur (act. II/Reg2 M12/5); seine Angabe wird auch durch eine Internet-Recherche gestützt:

So werden gemäss RUPP/SEIL/KOHN, Meniskusläsion in: Der Orthopäde 8 / 2002, S. 812 ff., insbesondere Längs- und Radiärrisse durch (indirekte) Traumata verursacht, während (spontane) Horizontal(lappen)risse namentlich aufgrund einer primären Degeneration, d.h. eines vorzeitigen Alterungsprozesses des Meniskusgewebes ohne nachweisbares Trauma, entstehen. Bei der Ausübung kniebelastender Sportarten kommt es zudem überdurchschnittlich häufig zu degenerativen Schäden des Innenmeniskushinterhorns; ein solcher wurde beim Versicherten 2017 denn auch diagnostiziert (act. II/Reg 2 M2). Laut der Webseite der Hessingpark Clinic ([www.hessingpark-clinic.de/fachbereiche/kniegelenk/meniskusverletzungen-meniskus-gerissen](http://www.hessingpark-clinic.de/fachbereiche/kniegelenk/meniskusverletzungen-meniskus-gerissen)) treten bei akuten Verletzungen vorwiegend vertikale Meniskusrisse auf, bei degenerativen Ursachen eher horizontale oder instabile Lappenrissbildungen. Zudem wurde anlässlich der Erstbehandlung im Februar 2016 kein Hinweis für eine Meniskusläsion erhoben (act. II/Reg2 M1).

Es ist damit nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der 2017 bildlich festgestellte horizontale Riss auf das Ereignis vom 24. Januar 2016 zurückzuführen ist. Entsprechend kann vorliegend auch nicht von einem Rückfall ausgegangen werden (vgl. E. 2.3 hiervor).

Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin ist demnach die im Februar 2020 festgestellte Meniskushinterhorn-Lappenruptur nicht Folge des Unfalles von 2016. Vielmehr wurde die fragliche Verletzung durch das Ereignis vom 17. Februar 2020 (mit-) verursacht, weshalb sie leistungspflichtig ist.

**4.5** Mit Blick auf die vorstehenden Ausführungen ist der Vollständigkeit halber festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht geltend macht, die im Februar 2020 eingetretene Listenverletzung sei auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen.

**4.6** Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 16. November 2021 (act. IIa 23) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichtet, dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 17. Februar 2020 zu erbringen.

## **5.**

**5.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. <sup>f</sup>bis ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht weder für die unterliegende Beschwerdegegnerin noch für die obsiegende Beschwerdeführerin – da in ihrer Funktion als Sozialversicherungsträgerin handelnd (vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 4. Aufl. 2020, Art. 61 N. 219) – ein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG; BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Elips Versicherungen AG vom 16. November 2021 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 17. Februar 2020 zu erbringen.

2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch Parteientschädigungen zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG
  - Rechtsanwalt lic. iur. A. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdegegnerin
  - B. \_\_\_\_\_
  - Bundesamt für Gesundheit

Zur Kenntnis:

- C. \_\_\_\_\_

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

#### **Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.