

**VBE.2021.550 / cj / fi**

Art. 61

**Urteil vom 20. Juni 2022**

Besetzung

Oberrichter Kathriner, Präsident  
Oberrichterin Schircks Denzler  
Oberrichterin Fischer  
Gerichtsschreiberin Junghanss

Beschwerde-  
führer

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch lic. iur. Sandro Sosio, Bahnhofstrasse 48, 8305 Dietlikon

Beschwerde-  
gegnerin

**Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG,**  
Dufourstrasse 40, 9001 St. Gallen  
Zustelladresse: Rechtsdienst Personenversicherung, Postfach,  
8010 Zürich

Gegenstand

Beschwerdeverfahren betreffend UVG  
(Einspracheentscheid vom 16. November 2021)

---

## **Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:**

### **1.**

#### **1.1.**

Der 1978 geborene Beschwerdeführer war aufgrund seines Anstellungsverhältnisses obligatorisch im Rahmen des UVG bei der Beschwerdegegnerin versichert, als er sich am 14. April 2018 beim Wischen eines Bodens am rechten Knie verletzte. Die Beschwerdegegnerin, der er dieses Ereignis in der Folge melden liess, anerkannte ihre entsprechende Leistungspflicht und erbrachte Heilbehandlungsleistungen und Taggelder. Mit Verfügung vom 20. März 2019 stellte sie die Leistungen per 13. Januar 2019 ein, da die noch über diesen Zeitpunkt hinaus geklagten rechtsseitigen Kniebeschwerden nicht mehr unfallkausal seien. In Wiedererwägung dieses Entscheids verneinte sie daraufhin mit Verfügung vom 23. Oktober 2019 generell ihre Leistungspflicht für das Ereignis vom 14. April 2018 bzw. die in diesem Zusammenhang gemeldete rechtsseitige Knieverletzung, da es sich beim fraglichen Vorfall um keinen Unfall und bei der Knieläsion auch um keine unfallähnliche Körperschädigung handle. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 30. Januar 2020 fest. Diesen Entscheid hob das Versicherungsgericht in teilweiser Gutheissung der vom Beschwerdeführer dagegen erhobenen Beschwerde mit Urteil VBE.2020.105 vom 27. Juli 2020 auf und wies die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück, damit diese weitere medizinische Abklärungen treffe und hernach über ihre Leistungspflicht neu verfüge.

#### **1.2.**

Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge weitere Arztberichte ein und liess ein medizinisches Aktengutachten erstellen. In Bestätigung ihrer gestützt darauf erlassenen Verfügung vom 7. Juli 2021 verneinte sie mit Einspracheentscheid vom 16. November 2021 erneut einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers betreffend das Ereignis vom 14. April 2018 bzw. die in diesem Zusammenhang gemeldete rechtsseitige Knieverletzung mangels Vorliegens eines Unfalls respektive einer unfallähnlichen Körperschädigung.

### **2.**

#### **2.1.**

Am 16. Dezember 2021 erhob der Beschwerdeführer fristgerecht Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 16. November 2021 und beantragte Folgendes:

"1. Es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es seien meinem Mandanten aus dem Ereignis vom 14.4.18 für die Zeit, solange seine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen ist, die gesetzlichen Leistungen aus der Unfallversicherung auszurichten.

2. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin."

## **2.2.**

Mit Vernehmlassung vom 3. März 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

## **2.3.**

Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 16. März 2022 wurde das vom Beschwerdeführer sinngemäss gestellte Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde abgewiesen.

---

# **Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:**

## **1.**

### **1.1.**

Die Beschwerdegegnerin begründet die Leistungsverweigerung damit, dass die nach dem – nicht als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG zu wertenden – Ereignis vom 14. April 2018 diagnostizierte rechtsseitige Meniskusschädigung vorwiegend auf Abnützung zurückzuführen und damit nicht als unfallähnliche Körperschädigung zu qualifizieren sei (Vernehmlassungsbeilage [VB] 307 ff.). Der Beschwerdeführer stellt sich demgegenüber im Wesentlichen sinngemäss auf den Standpunkt, da der Beschwerdegegnerin mit der – in verschiedener Hinsicht mangelhaften – Aktenbeurteilung von Dr. med. L. "der Gegenbeweis nicht gelungen" sei, treffe sie eine Leistungspflicht für die Kniebeschwerden (Beschwerde, S. 2 ff.).

### **1.2.**

Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit der ihr am 15. Mai 2018 mit "UVG-Schadenmeldung" (VB 527 ff.) gemeldeten Schädigung am rechten Knie des Beschwerdeführers leistungspflichtig ist.

## **2.**

Zum Ereignis vom 14. April 2018, auf welches der Beschwerdeführer die Knieverletzung zurückführt, ergibt sich aus den Akten, dass dieser beim Wischen eines Bodens eine "falsche Drehbewegung" gemacht und einschliessende Schmerzen im rechten Knie verspürt hatte. Es sei eine gewohnte Tätigkeit gewesen. Etwas Besonderes habe sich nicht ereignet (vgl. Angaben im Bericht der Notfallpraxis vom 3. Mai 2018, VB 525, und die ergänzenden Angaben des Beschwerdeführers zur Unfallmeldung vom 21. Mai 2018, VB 518). Vorliegend ist – nach Lage der Akten zu Recht – unbestritten, dass das Ereignis vom 14. April 2018 die Voraussetzungen für die Qualifikation als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG nicht erfüllt, da es

an einem ungewöhnlichen äusseren Faktor fehlt (vgl. BGE 130 V 117 E. 2.1 S. 118; Urteil des Bundesgerichts 8C\_282/2017 vom 22. August 2017 E. 3). Damit erübrigen sich Weiterungen dazu.

Angesichts der den rechtsseitigen Kniebeschwerden gemäss übereinstimmenden medizinischen Berichten zu Grunde liegenden Meniskusschädigung ist nachfolgend jedoch zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 6 Abs. 2 UVG leistungspflichtig ist.

### 3.

Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Unfallversicherung ihre Leistungen auch für Knochenbrüche, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrisse, Muskelrisse, Muskelzerrungen, Sehnenrisse, Bandläsionen und Trommelfellverletzungen, sofern diese Körperschädigungen nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Das Bestehen einer vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung soll nach dem Willen des Gesetzgebers nicht vom Vorliegen eines äusseren Ereignisses abhängig sein (vgl. Zusatzbotschaft zur Änderung des UVG vom 19. September 2014, BBl 2014 7922 Ziff. 2.2 und 7934 Ziff. 2.4).

Gemäss der zu dieser seit 1. Januar 2017 in Kraft stehenden Bestimmung ergangenen Rechtsprechung (vgl. BGE 146 V 51) ist für die Anwendung von Art. 6 Abs. 2 UVG zwar kein äusserer Faktor und damit kein unfallähnliches sinnfälliges Ereignis oder eine allgemein gesteigerte Gefahrenlage im Sinne der Rechtsprechung zu aArt. 9 Abs. 2 UVV mehr vorausgesetzt. Insoweit führt grundsätzlich bereits die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 lit. a-h UVG genannte Körperschädigung vorliegt, nunmehr zur Vermutung, es handle sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Indessen ergibt sich aus der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Gegenbeweises weiterhin die Notwendigkeit der Abgrenzung der vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung von der abnützungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung und damit letztlich zur Leistungspflicht des Krankenversicherers. Insoweit ist die Frage nach einem initialen erinnerlichen und benennbaren Ereignis – nicht zuletzt auch aufgrund der Bedeutung eines zeitlichen Anknüpfungspunktes (Versicherungsdeckung; Zuständigkeit des Unfallversicherers; Berechnung des versicherten Verdienstes; intertemporalrechtliche Fragestellungen) auch nach der UVG-Revision relevant. Zu betonen ist aber, dass der Unfallversicherer bei Vorliegen einer Listenverletzung grundsätzlich in der Pflicht steht, Leistungen zu erbringen, solange er nicht den Nachweis für eine vorwiegende Bedingtheit durch Abnützung oder Erkrankung erbringt. Dies setzt voraus, dass er im Rahmen seiner Abklärungspflicht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG) nach Eingang der Meldung einer Listenverletzung die Begleitumstände der Verletzung genau abklärt. Lässt sich dabei kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter resp.

harmloser Art, so vereinfacht dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers. Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Abgrenzungsfrage ist das gesamte Ursachenspektrum der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen. Nebst dem Vorzustand sind somit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden näher zu beleuchten (als Hilfsmittel bei der medizinischen Beurteilung von Knieverletzungen bietet sich etwa ein Knietrauma-Check an, publiziert in der Schweizerischen Ärztezeitung [SÄZ] 2016 S. 1742 ff.). 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, das heisst 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 f. und E. 9.2 S. 71 mit jeweils weiteren Hinweisen).

#### 4.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Einspracheentscheid vom 16. November 2021 (VB 74 ff.) in medizinischer Hinsicht auf die Aktenbeurteilung von Dr. med. L., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 14. Juni 2021 (VB 120 ff.), welche sie im Rahmen ihrer – in Nachachtung des Urteils des Versicherungsgerichts VBE.2020.105 vom 27. Juli 2020 (VB 256 ff.) – getroffenen weiteren medizinischen Abklärungen eingeholt hatte.

Dr. med. L. hielt darin betreffend Schadensmechanismus fest, dass der Versicherte knapp drei Wochen nach dem Ereignis vom 14. April 2018 auf der Notfallstation berichtet habe, eine "falsche" Drehbewegung gemacht zu haben, wonach einschiessende Schmerzen am rechten Knie aufgetreten seien (vgl. VB 525). In der Unfallmeldung sei eine Kniedistorsion angegeben worden (vgl. VB 529). Im Fragebogen vom 21. Mai 2018 habe der Versicherte berichtet, dass er ohne Programmwidrigkeit oder aussergewöhnliche Situation den Boden gewischt und dabei eine "falsche" Drehung gemacht habe (vgl. VB 518 f.). Zum Schadensbild hielt Dr. med. L. fest, dass in der Primärdokumentation in der Notfallpraxis die geschädigte Struktur klinisch nicht habe definiert werden können, so dass die unspezifische Diagnose einer Knieverdrehung gewählt worden sei (vgl. VB 525). Im MRI-Bericht vom 8. Mai 2018, mithin mehr als drei Wochen nach dem Ereignis, sei das Vorliegen eines Knochenödems und einer Begleitverletzung an den Bändern explizit verneint worden. Am Innenmeniskus seien im Hinterhorn Defektzonen und eine longitudinale Ausrichtung einer Spaltbildung über die

Pars intermedia bis knapp zum Vorderhorn beschrieben worden (VB 523). Somit handle es sich morphologisch zweifellos um eine isolierte mediale Meniskusschädigung. Eine solche habe in der Regel eine degenerative Grundlage. Im Rahmen der – knapp zwei Monate nach dem fraglichen Ereignis – am 7. Juni 2018 durchgeführten Kniearthroskopie (vgl. VB 368 f.) habe der Operateur medial am Meniskus eine komplexe Ruptur mit horizontaler Komponente und instabilem Lappenriss festgestellt. Diese Konstellation sei gerade charakteristisch für eine degenerative Entstehung. Es sei nicht nachvollziehbar, wie eine "falsche Drehbewegung" eine derart komplexe Schädigung auslösen sollte (VB 124 f.). Bilanzierend sprechen gemäss Dr. med. L. die Kriterien des Schadensmechanismus und des Schadensbildes klar und nachvollziehbar für eine erstmalige Krankheitsmanifestation eines degenerativ vorgeschädigten Innenmeniskus. Die "falsche Drehbewegung" könne keine aussergewöhnliche, unphysiologische Krafteinwirkung plausibel machen, um eine isolierte Meniskusruptur (ohne Begleitverletzung) auszulösen (VB 125). Die vorliegende Meniskusschädigung sei nach Prüfung sämtlicher Kriterien überwiegend wahrscheinlich und somit zu mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen (VB 126).

## **5.**

### **5.1.**

Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

### **5.2.**

Voll beweistauglich kann auch eine reine Aktenbeurteilung sein, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen. Entscheidend ist insbesondere, ob genügend Unterlagen aufgrund anderer persönlicher Untersuchungen vorliegen, die ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben. Der medizinische Sachverständige muss sich insgesamt aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild machen können (Urteile des Bundesgerichts 8C\_46/2019 vom 10. Mai 2019 E. 3.2.1; 8C\_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen).

## **6.**

### **6.1.**

Dr. med. L. stützte sich bei seiner Beurteilung auf die Berichte der behandelnden Ärzte und der Radiologen, welche die Anamnese, den Verlauf der rechtsseitigen Kniebeschwerden und den diesbezüglichen gegenwärtigen Status umfassend dokumentieren (vgl. E. 5.2).

### **6.2.**

#### **6.2.1.**

Der Beschwerdeführer macht indes geltend, bei der Aktenbeurteilung von Dr. med. L. handle es sich nicht um ein Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG, wie dies von der Beschwerdegegnerin behauptet werde. Es habe insbesondere nie ein Interview mit ihm stattgefunden. Schon deswegen sei die Beurteilung "von vornherein wertlos" (Beschwerde, S. 6).

#### **6.2.2.**

Art. 44 ATSG in der bis am 31. Dezember 2021 in Kraft gestandenen und vorliegend anwendbaren Fassung (vgl. BGE 121 V 97 E. 1a S. 100) verpflichtete den Versicherungsträger, der zur Abklärung des Sachverhalts ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen will, der Partei deren oder dessen Namen bekannt zu geben (Satz 1); diese kann die Gutachterin oder den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und Gegenvorschläge machen (Satz 2).

Nach der Rechtsprechung zu aArt. 44 ATSG ist diese Regelung in Bezug auf die Parteirechte bei der Gutachtensanordnung grundsätzlich abschliessend und es findet diejenige von Art. 19 VwVG in Verbindung mit Art. 55 Abs. 1 ATSG und Art. 57 Abs. 2 BZP keine Anwendung (BGE 137 V 210 E. 3.4.1.5 in fine S. 251). Ausnahmsweise ist die Regelung von Art. 19 VwVG in Verbindung mit Art. 57 Abs. 2 BZP indes dennoch zu beachten. Dies gilt insbesondere für den Anspruch der versicherten Person, sich vorgängig zu den Gutachterfragen zu äussern, dagegen Einwände zu erheben sowie Ergänzungs- und Zusatzfragen zu stellen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258 und BGE 139 V 349 E. 5.2.3 S. 356; vgl. Art. 57 Abs. 2 BZP).

#### **6.2.3.**

Im vorliegenden Fall informierte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer mit Schreiben vom 21. April 2021, dass sie beabsichtigte, zur weiteren Abklärung der Ursache der Knieschädigung rechts ein fachärztliches Aktengutachten bei Dr. med. L. einzuholen. Dem Beschwerdeführer wurde die Möglichkeit gewährt, zur Person des Gutachters und den vorgesehenen Fragen Stellung zu nehmen und allfällige Ergänzungen einzubringen (VB 156 f.; VB 154). Davon machte der Beschwerdeführer in der Folge Gebrauch und formulierte zwei Ergänzungsfragen (vgl. Mail vom 26. April

2021, VB 152), welche die Beschwerdegegnerin dem Gutachter zur Beantwortung zustellte (vgl. VB 147). Damit erfüllte die Anordnung des Gutachtens bei Dr. med. L. die Voraussetzungen von aArt. 44 ATSG.

#### **6.2.4.**

Hinsichtlich der Rüge, es habe "kein Interview" stattgefunden, ist Folgendes festzuhalten:

Vorliegend ging es darum, abzuklären, ob die am 8. Mai 2018 im MRI festgestellte Schädigung des Innenmeniskus (vgl. VB 523 sowie Bericht des Spitals B. vom 23. Mai 2018 in VB 520) vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei. Dabei war das auslösende Ereignis vom 14. April 2018 als Ursache für die Verletzung sowie der medizinische Zustand, wie er sich insbesondere im Frühjahr 2018 präsentierte, zu würdigen. Die relevanten Befunde für die Beantwortung dieser Frage lagen mit den eingeholten medizinischen Akten bereits vor. In diesen Fällen kann rechtsprechungsgemäss sehr wohl in einem (ausschliesslich) auf den Akten basierenden Gutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_540/2007 vom 27. März 2008 E. 3.2 mit Hinweis). Damit ist vorliegend nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin eine Aktenbeurteilung in Auftrag gab und eine persönliche Untersuchung und damit eine Befragung ("Interview") des Beschwerdeführers für nicht erforderlich befand.

#### **6.3.**

##### **6.3.1.**

Der Beschwerdeführer bemängelt im Weiteren, dass Dr. med. L. seit 2017 94 Gutachten für die Beschwerdegegnerin verfasst habe. In Kenntnis dieses Auftragsvolumens hätte er einer Begutachtung durch Dr. med. L. nie zugestimmt (Beschwerde, S. 7).

##### **6.3.2.**

Rechtsprechungsgemäss führen der regelmässige Beizug eines Gutachters oder eines Begutachtungsinstituts durch den Versicherungsträger, die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Gutachten und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen für sich alleine nicht zum Vorliegen eines Ausstandsgrundes gegen den betreffenden Sachverständigen (vgl. BGE 138 V 271 E. 2.2.2 S. 277 mit Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 226 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C\_212/2020 vom 4. September 2020 E. 4.1). Selbst bei Annahme einer wirtschaftlichen Abhängigkeit einer medizinischen Abklärungsstelle vom Versicherungsträger kann ein Ausstandsgrund nicht allein deswegen angenommen werden, sondern erst bei persönlicher Befangenheit (BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 227 mit Hinweis



auf SVR 2010 IV Nr. 66 S. 199, 9C\_304/2010 E. 2.2). Der Beschwerdeführer bringt jedoch nichts vor, was auf eine persönliche Befangenheit des Gutachters Dr. med. L. hinweisen würde, und solches ist auch aus den Akten nicht ersichtlich, weshalb sich die Begutachtung durch diesen als rechtmässig erweist.

### **6.3.3.**

Hinsichtlich der beantragten Einsichtnahme in sämtliche (anonymisierten) Gutachten, welche durch Dr. med. L. für die Beschwerdegegnerin erstellt worden seien, um zu überprüfen, "wieviele seiner Gutachten zu Gunsten der Unfallversicherer ausgefallen seien und wie viele zu Ungunsten der Versicherten" (Beschwerde, S. 8), ist anzumerken, dass – unabhängig vom allfälligen Bestehen eines derartigen Anspruchs des Beschwerdeführers (vgl. hierzu BGE 144 I 170) – nicht ersichtlich und von diesem auch nicht dargetan worden ist, was daraus für den vorliegenden Fall abgeleitet werden soll. Ebenso wenig ersichtlich ist, inwiefern die Kenntnis der von Dr. med. L. in anderen Fällen getroffenen (medizinischen) Schlussfolgerungen im vorliegenden Fall mangelnde Ergebnisoffenheit zu belegen und damit den Beweiswert seiner gutachterlichen Einschätzung in Frage zu stellen vermöchte.

## **6.4.**

### **6.4.1.**

Inhaltlich rügt der Beschwerdeführer, dass in der Aktenbeurteilung von einer falschen Fragestellung ausgegangen worden sei und keine nähere Auseinandersetzung mit dem Vorzustand, dem Ereignisablauf und der vorhandenen Aktenlage stattgefunden habe. Ausserdem fehle eine "Gewichtung des gesamten Ursachenspektrums" durch Dr. med. L. (Beschwerde, S. 8).

### **6.4.2.**

Im Rahmen ihres Katalogs von Fragen an Dr. med. L. stellte die Beschwerdegegnerin auch diejenige, ob von einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG auszugehen sei (vgl. VB 154). Dr. med. L. beantwortete die Frage dahingehend, dass streng genommen eine chronische Meniskusschädigung nach ICD-10 M23.21, wie sie vorliegend bestehe (vgl. VB 124), von einem Meniskusriss nach ICD-10 S83.2 abgegrenzt werden müsse. "[S]treng semantisch betrachtet" sei demnach keine Listenverletzung nachgewiesen. Sehe man von diesem "unangenehmen semantischen Widerspruch ab, müsste man unter dem Begriff «Meniskusriss» gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG eine Listenverletzung bejahen, nach dem Motto: Es ist ein Riss, aber es ist kein Riss" (VB 125 f.). Damit brachte er zum Ausdruck, dass die festgestellte Schädigung des Meniskus zwar aus medizinischer Sicht nicht als Riss zu qualifizieren, aber unter den Begriff "Meniskusriss" im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG zu subsumieren sei. Dementsprechend beantwortete er denn auch die nachfolgende Frage, ob die

Meniskusschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen sei, und zwar dahingehend, dass die Schädigung nach Prüfung sämtlicher Kriterien zu mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei (VB 126). Damit stellte die Beschwerdegegnerin Dr. med. L. alle relevanten Fragen, um den Sachverhalt rechtsgenüglich abzuklären. Die Fragen wurden von Dr. med. L. dann auch umfassend und nachvollziehbar beantwortet. Bei dieser Ausgangslage kann nicht davon gesprochen werden, dass die Beschwerdegegnerin oder der Gutachter von einer falschen Fragestellung ausgegangen seien.

#### **6.4.3.**

Dr. med. L. waren die medizinischen Akten, wie bereits dargelegt, bekannt (vgl. VB 120 ff.). Er äusserte sich ausführlich zum Ereignis, das die Beschwerden am rechten Knie gemäss den Akten (vgl. Angaben im Bericht der Notfallpraxis vom 3. Mai 2018, VB 525 sowie die Angaben des Beschwerdeführers zur Unfallmeldung vom 21. Mai 2018 in VB 518) auslöste. Diesbezüglich führte Dr. med. L. aus, es komme kongruent zum Ausdruck, dass sich nichts Aussergewöhnliches ereignet habe und der Versicherte nicht gestürzt sei. Die Angabe einer "falschen Drehbewegung" sei schwierig zu interpretieren. Es sei kaum vorstellbar, dass man beim Wischen eine unphysiologische Kniebelastung erleiden könne, "ohne dass nicht ein ungeplanter äusserer Faktor eingewirkt [habe], der zu benennen wäre". Es gebe auch keine Angaben über einen Knall oder ein Rissgefühl. Eine relevante Traumatisierung sei somit nicht nachvollziehbar (VB 124). Er wies weiter darauf hin, dass der in der versicherungsmedizinischen Literatur beschriebene sogenannte Drehsturz (Blockierung der Schlussrotation kurz vor der passiven Endstreckung bei fixiertem Fuss) als einzig anerkannter Mechanismus für eine isolierte Meniskusruptur im vorliegenden Fall nicht stattgefunden habe (VB 125). Dr. med. L. würdigte auch die nach dem Ereignis vom 14. April 2018 erstellten Arztberichte. Er hielt fest, im Bericht der Notfallpraxis vom 3. Mai 2018 (vgl. VB 525) habe die geschädigte Struktur klinisch nicht definiert werden können, so dass die unspezifische Diagnose einer Knieverdrehung gewählt worden sei. Erst im Wissen um den MRI-Befund habe die mediale Meniskussymptomatik "reproduzier[t]" werden können. Im MRI-Bericht vom 8. Mai 2018 sei das Vorliegen eines Knochenödems und einer Begleitverletzung an den Bändern explizit verneint worden (vgl. VB 523). Somit handle es sich morphologisch zweifellos um eine isolierte mediale Meniskusschädigung, die in der Regel eine degenerative Grundlage habe. Auch die unter arthroskopischer Einsichtnahme vom 7. Juni 2018 (vgl. VB 513 f.) beschriebene komplexe Ruptur mit horizontaler Komponente und instabilem Lappenriss sei geradezu charakteristisch für eine degenerative Entstehung (VB 124 f.).

Unter Würdigung der Angaben zum auslösenden Ereignis und der medizinischen Aktenlage sowie unter Bezugnahme auf entsprechende versiche-

rungsmedizinische Literatur kam Dr. med. L. mit nachvollziehbarer Begründung zum Schluss, dass die Meniskusschädigung des Beschwerdeführers am rechten Knie überwiegend wahrscheinlich zu mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei (VB 126).

#### **6.4.4.**

Dr. med. L. nahm des Weiteren auch Stellung zu verschiedenen in den Akten liegenden medizinischen Berichten und legte dar, dass die – unbegründete – Einschätzung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin Dr. med. C., Facharzt für Chirurgie, vom 12. Juni 2018, wonach eine traumatische Entstehung der Meniskusschädigung mit einer über 50%igen Wahrscheinlichkeit gegeben sei (vgl. VB 515; Beschwerde, S. 8), aus bereits dargelegten Gründen an seiner eigenen Beurteilung nichts zu ändern vermöge (VB 126). Im Zusammenhang mit der Einschätzung des behandelnden Arztes Dr. med. D., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, wonach die komplexe Meniskusruptur traumatisch entstanden sei, da die Schmerzen erstmals am 14. April 2018 aufgetreten seien und bei der Arthroskopie vom 7. Juni 2018 keine degenerativen Zeichen am Knorpel vorgelegen hätten, hielt Dr. med. L. fest, dass eine sorgfältige Anamneseerhebung durch den behandelnden Arzt (Disposition, Exposition, Vorschaden, Schadenmechanismus) fehle, womit dessen Argumentation nicht gefolgt werden könne (VB 126). Diese Begründung von Dr. med. L. ist nachvollziehbar. Hinzuweisen ist im Weiteren darauf, dass – soweit Dr. med. D. seine Einschätzung damit begründete, dass der Beschwerdeführer vor dem Ereignis vom 14. April 2018 am rechten Knie keine Beschwerden gehabt habe (vgl. VB 291) – er sich einer beweisrechtlich unzulässigen "post hoc, ergo propter hoc"-Argumentation bediente. Eine gesundheitliche Schädigung gilt nicht bereits dann als durch ein Ereignis verursacht, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 142 V 325 E. 2.3.2.2 S. 330 und 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.). Damit ergeben sich aus der Einschätzung von Dr. med. D. keine Aspekte, welche die Schlussfolgerung von Dr. med. L., dass die Meniskusschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorwiegend auf Abnützung beruhe, in Frage zu stellen vermöchten.

#### **6.5.**

Zusammenfassend ist somit gestützt auf die beweiskräftige Aktenbeurteilung von Dr. med. L. festzuhalten, dass die rechtsseitige Meniskusschädigung des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen und folglich nicht als unfallähnliche Körperschädigung zu qualifizieren ist. Damit ist die Beschwerdegegnerin (auch) gestützt auf Art. 6 Abs. 2 UVG nicht leistungspflichtig für die ihr am 15. Mai 2018 mit "UVG-Schadenmeldung UVG" (VB 527 ff.) gemeldeten rechtsseitigen Kniebeschwerden.

**7.**

**7.1.**

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

**7.2.**

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG).

**7.3.**

Dem Beschwerdeführer steht nach dem Ausgang des Verfahrens (Art. 61 lit. g ATSG) und der Beschwerdegegnerin aufgrund ihrer Stellung als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf Parteientschädigung zu.

**7.4.**

Der Beschwerdeführer beantragt die Gewährung der "unentgeltliche[n] Prozessführung" (vgl. Beschwerde, S. 9). Sofern und soweit sich dieser Antrag auf die Verfahrenskosten bezieht, ist darauf angesichts der Kostenlosigkeit des Verfahrens (vgl. E. 7.2.) mangels Rechtsschutzinteresses nicht einzutreten. Soweit der Antrag die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteistandung und die Bestellung des Vertreters des Beschwerdeführers zu dessen unentgeltlichem Rechtsvertreter zum Ziel hat, ist er abzuweisen. Rechtsprechungsgemäss sind hierzu ausschliesslich im Anwaltsregister eingetragene Anwältinnen und Anwälte zu bestimmen (vgl. BGE 132 V 200 E. 5.1.3 und 5.1.4. S. 204 ff.; Urteil des Bundesgerichts 9C\_315/2018 vom 5. März 2019 E. 9.3.2). Der Vertreter des Beschwerdeführers ist weder im Anwaltsregister des Kantons Zürich, wo er sein Büro hat, eingetragen noch über die Anwaltssuche des Schweizerischen Anwaltsverbands auffindbar. Auch ausweislich der Akten verfügt der Vertreter über kein Anwaltspatent, womit er nicht als unentgeltlicher Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eingesetzt werden kann.

---

**Das Versicherungsgericht beschliesst:**

Das Begehren um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

---

**Das Versicherungsgericht erkennt:**

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**3.**

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

---

Zustellung an:  
den Beschwerdeführer (Vertreter; 2-fach)  
die Beschwerdegegnerin  
das Bundesamt für Gesundheit

---

**Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten**

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

---

Aarau, 20. Juni 2022

**Versicherungsgericht des Kantons Aargau**

1. Kammer

Der Präsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Kathriner

Junghanss