

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2022 51

## Entscheid vom 15. Mai 2023

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

---

Parteien

**A.**\_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,  
vertreten durch Rechtsanwalt MLaw B.\_\_\_\_\_,

**gegen**

**C.**\_\_\_\_\_ **AG**,  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen)

## Sachverhalt:

**A.** A.\_\_\_\_\_ (Jg. 1964) arbeitete in einem 50%-Pensum als Mitarbeiter Bootsvermietung/Fischerei am D.\_\_\_\_\_-see (und bezog eine  $\frac{3}{4}$ -Rente der IV) und war dadurch bei der C.\_\_\_\_\_ AG (nachfolgend C.\_\_\_\_\_) obligatorisch unfallversichert, als er am 22. Februar 2019 beim Skifahren stürzte und sich am linken Knie verletzte (Vi-act. A1, M1, M2). Die C.\_\_\_\_\_ anerkannte das Unfallereignis und erbrachte in der Folge Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen (Vi-act. A6).

**B.** Nach anfänglich konservativer Behandlung der Verletzungen am linken Knie (u.a. Ruptur des vorderen Kreuzbandes mit leichter Zerrung des medialen Seitenbandes und einer Läsion des lateralen Meniskus; Vi-act. M1, M7) und einem Instabilitätsereignis (Giving-way) im Oktober 2019 (vgl. Vi-act. M6) erfolgte am 30. Oktober 2019 eine arthroskopische vordere Kreuzbandplastik und Naht des lateralen Meniskus Knie links (Vi-act. M11). Wegen hartnäckiger neu medial betonter Kniegelenkschmerzen erfolgte am 27. Mai 2020 eine zweite Arthroskopie mit Teilmenisektomie und Meniskusnaht medial sowie Resektion einer Plica mediopatellaris Knie links (Vi-act. M19). Da die Beschwerden ab November 2020 neuerlich zunahmen, wurde eine weitere Kniearthroskopie geplant (Vi-act. M28) und am 7. Januar 2021 durchgeführt (Vi-act. M29). Wegen weiter anhaltenden Beschwerden empfahl der Operateur eine vierte Kniearthroskopie (Vi-act. M42). Hierauf holte C.\_\_\_\_\_ eine Aktenbeurteilung ein (Vi-act. M43), gestützt auf welche sie A.\_\_\_\_\_ am 17. September 2021 den Entwurf einer Verfügung zustellte, demgemäss der Endzustand erreicht sei und die Heilkostenleistungen eingestellt würden; das Taggeld werde noch bis 31. Oktober 2021 geleistet, zudem habe er Anspruch auf eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 10% (Vi-act. A51). Nachdem sich A.\_\_\_\_\_ hiergegen wehrte (Vi-act. A58), verfügte die C.\_\_\_\_\_ am 5. November 2021 (Vi-act. A61):

- Per Ausstellung des formlosen Entscheids, 17.09.2021, besteht kein weiterer Anspruch mehr auf die Übernahme von Heilungskosten.
- Die Taggeldleistungen werden per 30.11.2021 eingestellt.
- Es besteht Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (Knie links) in der Höhe von CHF 14'820.00.
- Einer allfälligen Einsprache wird in Anwendung von Art. 11 Abs. 1 lit. b der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) die aufschiebende Wirkung entzogen.

**C.** Mit Einsprache vom 7. Dezember 2021 beantragte A.\_\_\_\_\_ die Aufhebung der Verfügung, die weitere Übernahme der Heilkosten und Ausrichtung von Taggeldern über den 30. November 2021 hinaus. Zudem sei das Verfahren zu

sistieren bis zum Vorliegen eines medizinischen Berichtes von Dr.med. E.\_\_\_\_\_ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Leitender Arzt Orthopädie F.\_\_\_\_\_ Klinik). Nach Vorliegen dieses Berichtes vom 14. Januar 2021 (Vi-act. M49) hielt A.\_\_\_\_\_ an seinen Anträgen fest (Vi-act. A72). Mit Entscheid vom 27. Juli 2022 hat C.\_\_\_\_\_ die Einsprache abgewiesen (Vi-act. A82).

**D.** Am 12. September 2022 lässt A.\_\_\_\_\_ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht (unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes nach Art. 38 Abs. 4 lit. b Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] vom 6.10.2000) Beschwerde einreichen mit den Anträgen:

1. Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Heilungskosten seien weiterhin zu übernehmen und die Taggeldleistungen seien auch nach dem 30.11.2021 auszurichten.
2. Dazu sei die ganze Angelegenheit zur genaueren, aktuellen medizinischen, an die Vorinstanz zur Anordnung eines (polydisziplinären) Gutachtens durch eine neutrale Gutachterstelle sowie zur Durchführung einer Abklärung betreffend die effektive Leistungsfähigkeit durch eine entsprechende Abklärungsanstalt, zurückzuweisen.
3. Zudem sei das Gerichtsverfahren vorerst bis zum Vorliegen eines ausführlichen medizinischen Berichtes von Dr.med. E.\_\_\_\_\_, Lei Az Kniechirurgie, F.\_\_\_\_\_ Klinik, zu sistieren und dem Beschwerdeführer sei eine angemessene. [sic]
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten von. [sic]

**E.** Mit Vernehmlassung vom 10. Oktober 2022 beantragt die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde.

**F.** Nach zweit- und letztmaliger Fristerstreckung zur Einreichung einer Replik ersucht der Beschwerdeführer am 16. Januar 2023 um eine weitere Fristerstreckung, da noch nicht alle Unterlagen eingegangen seien und am 14. Februar 2023 um eine zusätzliche Fristerstreckung, weil noch eine Stellungnahme abzuwarten sei (VG-act. 8-11). Am 13. März 2023 reicht er die Replik ohne weitere Berichte ein. Seitens Vorinstanz geht hierzu keine Stellungnahme ein.

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.** Nachdem die Vorinstanz das Unfallereignis vom 22. Februar 2019 anerkannt und Versicherungsleistungen in Form von Heilkosten und Taggeldern erbracht hatte, gelangte sie nach Aktenbeurteilung ihres medizinischen Beraters zum Schluss, der medizinische Endzustand sei spätestens seit dem 17. Septem-

ber 2021 erreicht. Entsprechend stellte sie die Heilbehandlung ein und leistete Taggelder nur noch bis am 30. November 2021 (Vi-act. A61). Auf Einsprache hin wurde dies bestätigt (Vi-act. A82). Der Beschwerdeführer rügt vor Verwaltungsgericht einen verfrühten Fallabschluss aufgrund einer Verletzung der Untersuchungspflicht nach Art. 43 ATSG und er beantragt die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides sowie die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung mittels eines externen, polydisziplinären Gutachtens und die weitere Erbringung von Heilkosten- und Taggeldleistungen.

**2.1** Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung 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.

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird die versicherte Person infolge des Unfalles invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

**2.2** Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.). 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. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 147 V 161 Erw. 3.2); m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V

435 Erw. 1; BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteil BGer 8C\_689/2019 vom 9.3.2020 Erw. 5.3 je mit Hinweisen). Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung dann zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 Erw. 3.2; BGE 125 V 461 Erw. 5a, je mit Hinweisen). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2; Urteil BGer 8C\_582/2021 vom 11.1.2022 Erw. 9.3).

**2.3.1** Bis zu welchem Zeitpunkt durch den Unfallversicherer Heilbehandlung und Taggeld zu gewähren sind, ergibt sich aus Art. 19 UVG des zweiten Kapitels über Beginn und Ende der Invalidenrente, die, sofern die Voraussetzungen für deren Ausrichtung erfüllt sind, den vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) folgt. Danach entsteht der Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Abs. 1 erster Satz). Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Abs. 1 zweiter Satz; vgl. auch Art. 16 Abs. 2 zweiter Satz UVG, wo dies für den Taggeldanspruch nochmals statuiert wird).

Nach konstanter Rechtsprechung heisst dies, der Versicherer hat - sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind - die Heilbehandlung und das Taggeld nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

**2.3.2** Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich (d.h. nicht ausschliesslich) nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass

die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (Urteil BGer 8C\_771/2017 vom 3.5.2018 Erw. 5.2.1). Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen - wie etwa einer Badekur - zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteile BGer 8C\_548/2020 vom 18.12.2020 Erw. 4.1.1; 8C\_388/2019 vom 20.12.2019 Erw. 3.2; 8C\_493/2018 vom 12.9.2018 Erw. 3.2; 8C 285/2016 vom 22.7.2016 Erw. 7.1 und 8C 970/2012 vom 31.7.2013 Erw. 2.3). Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (Urteil BGer 8C\_528/2022 vom 17.11.2022 Erw. 7.1; SVR 2020 UV Nr. 24, 8C\_614/2019 Erw. 5.2).

**2.4** Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Art. 61 lit. c ATSG). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. 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 ist ein Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 146 V 51 Erw. 5.1). Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste zu würdigen ist (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache der verfügenden Verwaltungsstelle oder des Sozialversicherungsgerichts ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten woll-

te. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 Erw. 3.2; Urteil BGer 8C\_765/2020 vom 4.3.2021 Erw. 3.2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoß gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 144 V 361 Erw. 6.5).

**2.5** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

**2.5.1** Bei medizinischen Fragestellungen - wie namentlich auch bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der therapeutischen Möglichkeiten, vgl. oben Erw. 2.3.2 - ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Berichtes ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

**2.5.2** Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen,

nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C\_587/2020 vom 5.2.2021 Erw. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 Erw. 8.5; BGE 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen). Zu betonen ist, dass beratende Ärzte eines Versicherungsträgers, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen sind (vgl. Urteil BGer 8C\_672/2020 vom 15.4.2021 Erw. 2.3).

**2.5.3** In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil des BGer 8C\_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C\_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C\_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

**2.5.4** Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (Urteil BGer 8C\_582/2021 vom 11.1.2022 Erw. 8.2 m.w.H.). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In die-

sen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (BGE 125 V 352 Erw. 3b/ee; Urteile BGer 8C\_608/2020 vom 15.12.2020 Erw. 5.2; 8C\_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 5.2; 8C\_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

**3.** Für die Beurteilung der vorliegend strittigen Frage des richtigen Zeitpunktes für den Fallabschluss ergibt sich aus den Akten:

**3.1** Gemäss Unfallmeldung hatte der Beschwerdeführer am 22. Februar 2019 beim Skifahren eine Unebenheit nicht gesehen und ist gestürzt (Vi-act. A1). Noch gleichentags suchte er Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (praktischer Arzt) auf, der eine Kniedistorsion diagnostizierte und ein MRI veranlasste (Vi-act. M2) bei Status nach Distorsion beim Skifahren am 22. Februar 2019, seitdem wenig rückläufige Schwellung und Schmerzen sowie der Fragestellung nach einer Kniebinnenverletzung. Zum MRI nativ Knie links vom 15. März 2019 berichtete Dr.med. H.\_\_\_\_\_ (Facharzt Radiologie) (Vi-act. M1):

**Befund**

Kreuzbänder: Ruptur des vorderen Kreuzbandes. Hinteres Kreuzband intakt.  
Kollateralbänder: Partialruptur des medialen Seitenbandes (tiefe Anteile). Laterales Seitenband intakt.

Retinacula: Partialruptur des medialen Retinakulums. Laterales Retinakulum intakt.  
Menisci: Komplexer Riss im Hinterhorn des lateralen Meniskus mit horizontaler und vertikaler Komponente. Medialer Meniskus intakt.

Knorpel / Knochen: Ca. 7 x 7 mm grosse Knorpeldelamination am medialen Femurkondylus. Knorpelfissur am medialen Tibiaplateau. Chondropathie retropatellär (Outerbridge Grad II). Impression am lateralen Tibiaplateau dorsal mit umgebendem Knochenmarködem.

Weichteile: Grosser Gelenkserguss. Plica suprapatellaris und mediopatellaris. Subkutane Flüssigkeitseinlagerung ventral des Ligamentum patellae. Keine Baker-Zyste.

**Beurteilung:**

Keine Voruntersuchung zum Vergleich vorliegend.

- Ruptur des vorderen Kreuzbandes.
- Partialruptur des medialen Retinakulums und des medialen Seitenbandes.
- Komplexer Riss im Hinterhorn des lateralen Meniskus.
- Laterale Tibiaplateau-Impressionsfraktur dorsal.
- Chondropathie wie oben im Detail beschrieben.
- Grosser Gelenkerguss.

**3.2** In der Folge wurde der Beschwerdeführer durch den Spezialisten Dr.med. I.\_\_\_\_\_ (Chirurgie FMH) weiterbehandelt (Vi-act. M7, M6). Da der Beschwerdeführer vier Wochen nach dem Trauma mit Ruptur des vorderen Kreuzbandes, leichter Zerrung des medialen Seitenbandes und einer Läsion des lateralen Me-

niskus 'überraschend wenig Symptome' zeigte, erachtete Dr.med. I. \_\_\_\_\_ einen konservativen Therapieversuch als gerechtfertigt (Vi-act. M7). Trotz einer gewissen Besserung persistierten indes Schwellungen und ein Instabilitätsgefühl (Vi-act. M8). Nachdem sich zudem im Oktober 2019 noch ein Instabilitätsereignis bei der Arbeit ereignete mit akut auch Läsion des medialen Seitenbandes, stellte Dr.med. I. \_\_\_\_\_ nach sechs Monaten konservativer Therapie die Operationsindikation. Am 30. Oktober 2019 führte er eine arthroskopische vordere Kreuzbandplastik und eine Naht des lateralen Meniskus am linken Knie durch (Vi-act. M11, M12).

**3.3** Der postoperative Verlauf gestaltete sich vorerst soweit unauffällig (Vi-act. M13, M20), so dass per 1. März 2020 ein Arbeitsversuch vereinbart wurde (Vi-act. M20). Nach Arbeitsaufnahme verschlechterte sich allerdings der Zustand; im März 2020 klagte der Beschwerdeführer über Knieschmerzen medial, so dass Dr.med. I. \_\_\_\_\_ ein weiteres Knie-MRI veranlasste bei Fragestellung nach medialer Meniskusläsion bzw. Osteonekrose (Vi-act. M17, M14). Das MRI vom 24. März 2020 zeigte einen Einriss des Innenmeniskus, einen erneuten Einriss des Hinterhornes des Aussenmeniskus sowie einen Kniegelenkserguss mit Zeichen einer Synovitis. Für eine Osteonekrose bestand kein Nachweis (Vi-act. M14). Bei an und für sich sehr gutem Verlauf, jedoch hartnäckiger, medial betonter Kniegelenksschmerzen mit daraus resultierender Arbeitsunfähigkeit sowie aufgrund einer gemäss Kontroll-MRI möglichen Plica mediopatellaris (DD Narbenzug) stellte Dr.med. I. \_\_\_\_\_ erneut die Operationsindikation bei Diagnose Läsion medialer Meniskus und Plica mediopatellaris Knie links. Am 27. Mai 2020 führte er eine arthroskopische Teilmeniskektomie und Meniskusnaht medial sowie eine Resektion einer Plica mediopatellaris am linken Knie durch (Vi-act. M19). Der weitere Verlauf zeigte sich problemlos; das Kniegelenk war vier Wochen postoperativ weitgehend abgeschwollen, die Belastung konnte aufgenommen werden. Bis zur sechsten Wochen postoperativ verblieb eine eingeschränkte Flexion (Vi-act. M20). Der weitere Verlauf gestaltete sich objektiv sehr gut (Vi-act. M23).

**3.4** Am 26. November 2020 dokumentierte Dr.med. I. \_\_\_\_\_ dann wieder diffuse Schmerzen und Schwellungen sowie klinisch einen diskreten aber deutlichen Erguss, worauf er ein weiteres MRI bei erneuter Schmerzsymptomatik veranlasste (Vi-act. M26). Zum MRI des linken Kniegelenkes vom 3. Dezember 2020 berichtete med.pract. J. \_\_\_\_\_ (FMH Radiologie) (Vi-act. M27):

**Befund:**

Das Hinterhorn des Innenmeniskus ist postoperativ verkürzt. Das verbliebene Hinterhorn zeigt einen erneuten Einriss. Die Intermediärzone des Aussenmeniskus

zeigt einen schräg verlaufenden, in die Basis einstrahlenden Riss. Begleitend findet sich eine 3 mm grosse Meniskuszyste. Beginnende mediale Gonarthrose mit langstreckig höhengemindertem, partiell aufgebrauchtem Knorpelbelag und initialen subkortikalen Ödemzonen. Moderate Chondropathia patellae mit ebenfalls langstreckig höhengemindertem, partiell defektem Knorpelbelag. Der vordere Kreuzbandersatz kommt nicht vollständig signalfrei zur Darstellung. Der vordere Kreuzbandersatz ist etwas aufgetrieben und signalgesteigert, in erster Linie im Rahmen eines Impingement. Kein Nachweis einer Re-Ruptur. Das hintere Kreuzband intakt. Das mediale Kollateralband vernarbt. Im Kniegelenk Ergussbildung mit Aufweitung des Rezessus suprapatellaris. Vermehrtes synoviales Enhancement als Ausdruck einer chronischen Synovitis. Das Ligamentum patellae und der Hoffa'sche Fettkörper sind vernarbt.

**Beurteilung:**

1. Erneuter Einriss des Innen- und Aussenmeniskus
2. Mediale Gonarthrose sowie höhergradige Chondropathia patellae
3. Kniegelenkerguss mit Zeichen einer chronischen Synovitis

**3.5** Da neuerlich eine Kniearthroskopie in Betracht gezogen wurde, holte die Vorinstanz bei ihrem beratenden Arzt Dr.med. K.\_\_\_\_\_ (FMH Chirurgie) eine Aktenbeurteilung ein (Vi-act. M28). Dr.med. K.\_\_\_\_\_ gelangte in der Beurteilung vom 21. Dezember 2020 zum Schluss, dass die beklagten Beschwerden / Symptome mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem gemeldeten Ereignis stehen; es handle sich um einen häufigen Verlauf, gemäss Akten sei keine andere Ursache vorhanden. Falls die konservative Therapie nicht zur Beschwerdefreiheit führe, stünden die im MRI vom 3. Dezember 2020 dargestellten Meniskusveränderungen als Ursache im Vordergrund und die Indikation zur erneuten Arthroskopie wäre damit gegeben. Zudem merkte Dr.med. K.\_\_\_\_\_ an, falls eine weitere Kniearthroskopie nötig würde, hänge der weitere Verlauf nicht nur vom Zustand der Menisci ab, sondern ebenfalls sehr vom Verlauf der posttraumatischen Arthrose in diesem Knie. Langfristig sei mit einem weiteren Fortschreiten der Arthrose zu rechnen; in diesem Zusammenhang könnten weitere Behandlungen und Operationen notwendig werden.

**3.6** Am 7. Januar 2021 erfolgte die (dritte) Kniearthroskopie bei Diagnosen (Vi-act. M29):

- Komplexe mediale Meniskusläsion nach Meniskusnaht Knie links
- Aussenmeniskushinterhornläsion nach lateraler Meniskushinterhornnaht
- Chondropathie Grad II medialer Femurkondylus
- Synovitis mit intraartikulärem Erguss

Die Indikation zur Revisionsoperation stellte Dr.med. L.\_\_\_\_\_ (Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH und Sportmedizin), der auch die Operation durchführte (Vi-act. M29, M30, M33). Seinem Operationsbericht kann u.a. entnommen werden, dass er bei massiver Synovitis eine subtotale Synovektomie im oberen

Rezessus sowie dem medialen und lateralen Kompartiment durchführte. Femoropatellär zeigte sich "allenfalls eine Chondropathie Grad I, der mediale Femurkondylus eine Chondropathie Grad II, teilweise Grad III." Der mediale Meniskus war nach Meniskusnaht mehrfach eingerissen; es erfolgte eine Teilmeniskektomie des Lappens und Entfernen der Nähte, Anfrischung und Setzen von 3 Meniskusnähten. Der laterale Meniskus war im Hinterhornbereich nicht geheilt, die Nähte waren ausgerissen, worauf eine Teilresektion des lateralen Meniskus und eine Fadenentfernung erfolgte.

**3.7** Im weiteren Verlauf zeigte sich der Beschwerdeführer beschwerdegebessert. Anlässlich der Konsultation vom 12. Februar 2021 dokumentierte Dr.med. L.\_\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ab dem 1. März 2021; dies bei Restbeschwerden unter Vollbelastung (Vi-act. M33). Dies korrigierte Dr.med. L.\_\_\_\_\_ mit Bericht vom 9. April 2021 (Vi-act. M34), demgemäss der Beschwerdeführer Mitte März 2021 noch erhebliche Bewegungs- und Belastungsbeschwerden beklagte und deutliche Druckschmerzen im Bereich des medialen Femurkondylus ausgelöst werden konnten. Dr.med. L.\_\_\_\_\_ attestierte eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit auf das 50%ige Pensum. Gleichzeitig veranlasste er ein weiteres MRI des Kniegelenkes, welches am 16. März 2021 durchgeführt wurde (Vi-act. M35). Med.pract. J.\_\_\_\_\_ gelangte zur Beurteilung:

1. Postoperativ erheblich verkürzter Innenmeniskus mit fortschreitender Meniscopathie.
2. Soweit bei fehlender intraartikulärer Kontrastmittelapplikation beurteilbar, postoperative Konturunregelmässigkeiten des Aussenmeniskus bei Zustand nach Meniskusnaht. Kein Nachweis eines erneuten Einrisses.
3. Höhergradige Chondropathie des medialen Gelenkkompartiments, einer beginnenden medialen Gonarthrose entsprechend.
4. Kniegelenkerguss mit Zeichen einer chronischen Synovitis.

**3.8** Aufgrund der in der Konsultation vom 27. April 2021 geklagten starken Bewegungs- und Belastungsbeschwerden nach der Arbeit veranlasste Dr.med. L.\_\_\_\_\_ ein weiteres MRI (Vi-act. M38). Zum MRI vom 30. April 2021 bei Verdacht auf erneuten Einriss (Vi-act. M39) gab med.pract. J.\_\_\_\_\_ zum Innenmeniskus einen unveränderten Befund im Vergleich zum MRI vom 16. März 2021 ab; den Zustand des lateralen Meniskus beschrieb er als Zustand nach lateraler Meniskusnaht postoperative Konturunregelmässigkeiten ohne sicheren Nachweis eines erneuten Einrisses. Dr.med. L.\_\_\_\_\_ dokumentierte hierzu "Medialer Meniskus intakt. Der laterale Meniskus zeigt bei St.n. Meniskusnaht einen fraglichen kleinen Einriss". Aufgrund der Beschwerden führte er eine Kniegelenkinfiltration durch (Vi-act. M38, M42).

In einem Bericht vom 21. Mai 2021 gab die Physiotherapeutin des Beschwerdeführers an, dieser arbeite momentan zu 40% als Hauswart und er berichte, während der Arbeit unter grossen Schmerzen im rechten Kniegelenk zu leiden; nach der Arbeit sei sein Kniegelenk immer sehr angeschwollen. Nach dem Aufstehen morgens seien die Schmerzen leicht, tagsüber würden sie zu starken ansteigen. Das Ziel der Physiotherapie sei nach jeder Operation die Ödemreduktion gewesen mit anschliessendem Muskelaufbau und Stabilisationstraining, wobei nach jeder Operation von neuem habe begonnen werden müssen. Da wahrscheinlich eine neuerliche Operation anstehe, könne sie keine Auskunft über den Zeitrahmen möglicher Verbesserungen des Gesundheitszustandes geben (Vi-act. M37).

Wegen anhaltender Beschwerden seitens des medialen Kniegelenkes links dokumentierte Dr.med. L.\_\_\_\_\_ für die Konsultation vom 28. Mai 2021 nach nochmaliger Rücksprache mit der Radiologie einen hochgradigen Verdacht auf eine mediale Korbhellenkläsion; es sei die Physiotherapie fortzusetzen, eine Operation lehne der Beschwerdeführer ab. Bei anhaltenden Bewegungs- und Belastungsbeschwerden und deutlich positiven Innenmeniskuszeichen empfahl Dr.med. L.\_\_\_\_\_ am 9. Juni 2021 eine operative Massnahme. Dies bestätigte er nach der Konsultation vom 2. Juli 2021. Gleichzeitig informierte der Beschwerdeführer, dass ihm die Hauswartzustellung gekündigt worden sei. Am 24. August 2021 dokumentierte Dr.med. L.\_\_\_\_\_, unter Physiotherapie komme es wiederholt zu Bewegungs- und Belastungsbeschwerden sowie Schwellungszuständen. Klinisch war keine Schwellung nachweisbar, die F/E betrug 120-0-0°, es waren leichte mediale Meniskuszeichen auslösbar; Dr.med. L.\_\_\_\_\_ empfahl weiterhin ein operatives Vorgehen nebst Fortsetzung der Physiotherapie (Vi-act. M42).

**3.9** Aufgrund der in Aussicht genommenen - vierten - Kniearthroskopie holte die Vorinstanz beim beratenden Arzt Dr.med. M.\_\_\_\_\_ (FMH Orthopädische Chirurgie) eine weitere Aktenbeurteilung ein (Vi-act. M43). In seinem Bericht vom 11. September 2021 bejahte er einen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 22. Februar 2019. Das unfallnahe MRI vom 15. März 2019 zeige klare Traumafolgen. Nach Wiedergabe des aktenmässigen Verlaufs fasste Dr.med. M.\_\_\_\_\_ diesen wie folgt zusammen:

Zusammenfassend erlitt der Versicherte am 22.02.2019 bei einem Skisturz eine VKB-Ruptur und einen kapselnahen vertikalen Einriss des lateralen Meniskushinterhorns. Dies wurde zuerst konservativ behandelt, bevor am 30.10.2019 eine VKB-Ersatzplastik und laterale Meniskusrefixation erfolgten. Während sich die Situation im Zusammenhang mit dem VKB-Transplantat günstig entwickelte, persis-

tierten Probleme am lateralen Meniskus, die am 07.01.2021 zu einer erneuten Revision daselbst führten. Diesbezüglich präsentierte sich der Zustand zuletzt zumindest bildgebend wenig auffällig.

Überwiegend wahrscheinlich bereits vorbestehend waren Veränderungen im medialen Kompartiment mit einem schmalen Meniskuskorpus - möglicherweise bei Status nach Teilmenishektomie, worüber allerdings keine Angaben vorliegen - und moderaten Arrosionen des Knorpelbelags. Dieser Problematik wurde anfangs nur wenig Beachtung geschenkt - so fehlen Angaben über den diesbezüglichen Zustand im Operationsbericht vom 30.10.2019 - doch kam es in der Folge jedenfalls zunehmend zu medial betonten Beschwerden. Dies führte zu einer Arthroskopie mit partieller medialer Menishektomie und Refixation des Restmeniskus am 27.05.2020 und auch anlässlich der bereits erwähnten Operation vom 07.01.2021 wurde erneut ein vergleichbares Prozedere durchgeführt. Mittlerweile muss hier von einer progredienten medialen Gonarthrose gesprochen werden, wie sich in der jüngsten MRT vom 30.04.2021 ohne namhafte Zweifel erkennen lässt.

Für die aktuell vom Versicherten bekundeten Beschwerden an seinem linken Knie sind somit einerseits vorbestehende und deshalb unfallfremde Veränderungen im medialen Kompartiment verantwortlich. Andererseits besteht aber auch ein Status nach VKB-Ruptur und lateraler Meniskusläsion nach einem Skisturz vom 22.02.2019, die teilweise als ebenfalls für die vorliegende Schmerzproblematik verantwortlich anzusehen sind.

Die ereigniskausale Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im angestammten Pensum legte Dr.med. M. \_\_\_\_\_ sowohl aktuell als auch prognostisch auf 100% fest. Es habe sich aufgrund der unfallkausalen Knieproblematik eine reduzierte Geh- und Stehfähigkeit entwickelt; entsprechend sollten mehrheitlich in diesen Körperpositionen auszuübende Tätigkeiten idealerweise nicht mehr ausgeübt werden. Hingegen könne nach Dr.med. M. \_\_\_\_\_ in einer den Beschwerden beziehungsweise der Funktionsfähigkeit angepassten Tätigkeit eine Reduktion der ereigniskausalen Arbeitsunfähigkeit erreicht werden; per 1. März 2021 legte er eine volle Arbeitsfähigkeit fest mit der Begründung:

Allgemein an die vorliegend dokumentierten, unfallteilkausal bedingten objektivierbaren Einschränkungen des Gesundheitszustandes des Versicherten angepasst sind körperlich leichte Aktivitäten, die mehrheitlich im Sitzen ohne die Notwendigkeit einer Zwangshaltung der Beine und mit nur kürzeren zwischenzeitlichen Abschnitten im Stehen und/oder Gehen durchgeführt werden. Zudem sollten auch andere übermässige Kniebelastungen vermieden werden, wie sie beispielsweise beim Knien und Kauern, auf Treppen und Leitern oder beim Gehen auf unebenem Terrain vorkommen.

Zumindest für derart angepasste berufliche Tätigkeiten besteht unfallkausal eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit, das heisst 100 % bezogen auf ein Vollzeitpensum.

Den medizinischen Endzustand beurteilte Dr.med. M. \_\_\_\_\_ im Zeitpunkt seiner Berichterstattung (11.9.2021) als 'teilweise erreicht'. Die aktuellen Beschwerden am linken Knie würden wesentlich durch eine progrediente mediale femoro-

tibiale Gonarthrose bedingt, wobei die gelenkerhaltenden Therapieoptionen seines Erachtens ausgeschöpft seien. Von weiteren arthroskopischen Eingriffen sei keine namhafte Besserung zu erwarten, da von reinen 'Gelenktoiletten' bei bereits vorliegender medialer Gonarthrose unter Berücksichtigung des aktuellen medizinwissenschaftlichen Kenntnisstandes keine nachhaltige positive Beeinflussung zu erwarten sei. Stattdessen sei es wichtig, dass der Versicherte die periartikuläre Muskulatur möglichst gut konditioniere durch die regelmässige - idealerweise tägliche - Durchführung eines Trainingsprogramms, was in Eigenregie erfolgen könne. Zudem empfahl Dr.med. M.\_\_\_\_\_ eine Reduktion des Körpergewichts, was einen günstigen Einfluss auf die Beschwerden erwarten lasse. Längerfristig sei allerdings zu befürchten, dass die mediale Gonarthrose soweit progredieren werde, dass weitere medizinische Behandlungen notwendig werden könnten, wobei die Implantation einer (allenfalls partiellen) Endoprothese als Option im Vordergrund stehe. Genauere zeitliche Angaben über den weiteren Verlauf seien aus heutiger Sicht allerdings nicht möglich.

Schliesslich schätzte Dr.med. M.\_\_\_\_\_ den Integritätsschaden auf 10% mit der Begründung:

In Anlehnung an die Suva-Tabelle 5 gemäss Art. 24 UVG und Art. 36, Abs. 2, Anhang 3 UVV ist die gesamthaft vorliegende Integritätseinbusse aufgrund der Knieproblematik links mit 15 % zu veranschlagen. Es besteht eine medial betonte femorotibiale Arthrose, wofür bei mässiger Ausprägung die Integritätseinbusse mit 5-15%, bei schwerer Ausprägung mit 15-30% veranschlagt wird. Derzeit kann aber noch nicht zuverlässig ausgesagt werden, welches Stadium sich letztlich etablieren wird. Entsprechend wird der überlappende Wert gewählt, um beiden möglichen Entwicklungen Rechnung zu tragen.

Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 22.02.2019 bereits degenerative Veränderungen des Knorpelbelags im medialen Kompartiment vorlagen und auch der Meniskus eine Vorschädigung aufwies. Dies rechtfertigt, die gesamte Integritätseinbusse aufgrund unfallfremder Faktoren um Vs zu reduzieren, womit der unfallkausale Anteil 10 % beträgt.

Gestützt auf diese Beurteilung unterbreitete die Vorinstanz dem Beschwerdeführer am 17. September 2021 einen Verfügungsentwurf und informierte ihn damit über den Fallabschluss (vgl. Ingress Bst. B).

**3.10.1** Auf die Fallabschluss-Mitteilung Bezug nehmend teilte Dr.med. L.\_\_\_\_\_ der Vorinstanz am 23. September 2021 mit, die unfallbedingten Schäden würden weiterhin eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität des Beschwerdeführers darstellen, die auch eine weitergehende Behandlung benötigen würden; so stelle sich die Frage einer erneuten Operation (Vi-act. M44). Und am 30. September 2021 informierte Dr.med. L.\_\_\_\_\_ die Vorinstanz, die durchgeführten klinischen und radiologischen Abklärungen hätten den

hochgradigen Verdacht auf eine erneute mediale Meniskusläsion ergeben. Er habe dem Beschwerdeführer aufgrund des Verlaufs unter bisheriger konservativer Therapie eine Kniearthroskopie mit medialer Teilmeniskektomie nahegelegt, um zumindest über einen mittelfristigen Verlauf eine Beschwerdefreiheit bzw. -armut zu erzielen. Eine erneute Meniskusnaht sei nicht geplant. Durch diese 4. Operation werde eine ausgeprägte und nachhaltige Besserung der Beschwerdesymptomatik erwartet, womit auch die Arbeitsfähigkeit nachhaltig verbessert werden könne (Vi-act. M45).

**3.10.2** Auch der Beschwerdeführer opponierte mit Schreiben vom 12. Oktober 2021 gegen die Leistungseinstellung gestützt auf die Beurteilung von Dr.med. M.\_\_\_\_\_ (Vi-act. A58). Er verwies dabei auf einen Bericht von Dr.med. L.\_\_\_\_\_ vom 23. September 2021 (Vi-act. M46), worin dieser äusserte, bis auf eine Chondropathie des medialen Femurkondylus hätten sich keine wesentlichen degenerativen Veränderungen gezeigt; der Beschwerdeführer sei nach dem Unfall bereits zweimalig operiert worden, so dass allenfalls iatrogene Schäden gesetzt worden seien. Es sei weiterhin ein unfallbedingter Schaden vorhanden, man habe dem Beschwerdeführer eine Reoperation nahegelegt. Er sei zudem nicht übergewichtig; eine Gewichtsabnahme würde die Beschwerdesymptomatik nicht wesentlich beeinflussen. Und schliesslich hielt Dr.med. L.\_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer beziehe wegen Rückenleiden bereits eine IV-Rente, weshalb eine beabsichtigte sitzende Tätigkeit nicht zu empfehlen sei; besser wäre allenfalls eine körperlich leichte bis allenfalls mittelschwere Tätigkeit, wechselweise sitzend, gehend und stehend (Vi-act. M46).

Sodann schrieb der Beschwerdeführer, Dr.med. L.\_\_\_\_\_ habe eine Reoperation empfohlen, die hinausgeschoben worden sei, da man ihm eine Verbesserung der Situation nicht habe zusichern können; auch von einer Knie-Teilprothese sei schon gesprochen worden, welche möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt nötig sei. Indem in der Aktenbeurteilung die Integritätseinbusse noch nicht zuverlässig vorausgesagt werden könne, sei bestätigt, dass der Endzustand noch nicht erreicht sei; dieser sei abzuwarten und in dieser Zeit seien Heilungskosten und Taggelder zu übernehmen. Nicht nachvollziehbar sei die Empfehlung, das Körpergewicht zu reduzieren. Er sei durch die Vorinstanz nie untersucht worden; als ehemaliger Handwerker sei er muskulös, nicht übergewichtig.

**3.11** In einer weiteren Aktenbeurteilung vom 29. Oktober 2021 nahm Dr.med. M.\_\_\_\_\_ Stellung zu den Schreiben des Beschwerdeführers und von Dr.med. L.\_\_\_\_\_ (Vi-act. M47). Darin bestätigte er seine erste Beurteilung, wonach zum einen die geklagten Beschwerden unfallkausal seien, die Frage der Unfallkausalität stelle sich indes gar nicht, und der Beschwerdeführer nur noch für

knieadaptierte Tätigkeiten einsetzbar sei, wobei in diesem Bereich aus unfallkausalen Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe. Zum andern bekräftigte er, die gelenkerhaltenden Therapieoptionen seien ausgeschöpft und von weiteren arthroskopischen Eingriffen sei keine namhafte Besserung mehr zu erwarten. Ein Eingriff sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu werten. Vielmehr wäre bei der geplanten Resektion des medialen Restmeniskus sogar eine beschleunigte Progredienz der medialen Gonarthrose zu befürchten, was kaum im Interesse des Versicherten sei. Eine ausgeprägte und nachhaltige Besserung der Beschwerdesymptomatik, wie von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ postuliert, sei in Anbetracht der aktuellen medizinischen Datenlage als wenig wahrscheinlich einzustufen. Realistisch sei die Einschätzung des Beschwerdeführers in Bezug auf die längerfristige Entwicklung, dass eines Tages die Implantation einer Knie-Totalprothese notwendig werden könnte. Dies bedeute aber keineswegs, dass nicht ein vorläufiger medizinischer Endzustand festgelegt werden könne, da sich zum jetzigen Zeitpunkt keine weiteren Behandlungen mehr anbieten, die überwiegend wahrscheinlich zu einer namhaften Besserung des Zustandsbildes führen würden. Plausibel sei auch, wenn der Beschwerdeführer aussage, er könne nur eingeschränkt arbeiten und es habe zeitweise eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden, soweit dies auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bezogen werde. Hingegen seien keine Gründe ersichtlich, warum knieadaptierte Arbeiten aus unfallkausalen Gründen nicht möglich sein sollten. Es sei kaum zu erwarten, dass bei ihm höhergradige Knieschmerzen auftreten, wenn er mehrheitlich sitzenden Aktivitäten nachgehe, die keine Notwendigkeit einer Zwangshaltung der Beine beinhalten würden, mit nur kürzeren zwischenzeitlichen Abschnitten im Stehen und/oder Gehen verbunden seien und wo zudem übermässige Kniebelastungen vermieden würden (Knien und Kauern, Begehen von Treppen und Leitern oder von unebenem Terrain). Unbegründet ist laut Dr.med. M. \_\_\_\_\_ auch die Kritik an der Integritätsschadenschätzung. Gemäss Gesetz seien voraussehbare Verschlimmerungen angemessen zu berücksichtigen. Dem sei er nachgekommen, indem die Möglichkeit der späteren Entwicklung einer schweren femorotibialen Gonarthrose miteinbezogen worden sei. Zusätzlich sei berücksichtigt, dass nur ein Teil der arthrotischen Entwicklung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 22. Februar 2019 stehe und ein anderer Teil auf den unfallfremden Vorzustand zurückzuführen sei. Aus seiner ausführlichen Begründung der Festsetzung des Integritätsschadens könne schliesslich nicht abgeleitet werden, dass nicht bereits ein vorläufiger medizinischer Endzustand erreicht sei. Betreffend seiner Empfehlung zur Reduktion des Körpergewichts beziehe er sich auf den Austrittsbericht vom 30. Oktober 2019, wonach der Beschwerdeführer einen BMI von

30.7 aufweise, was einem Übergewicht Grad 1 entspreche, weshalb der Gedanke im Grundsatz kaum abwegig erscheine, der Beschwerdeführer könne von einer Gewichtsreduktion profitieren. Sofern der Beschwerdeführer tatsächlich ein ausschliesslich durch eine ausgeprägte muskuläre Hypertrophie bedingtes Übergewicht aufweise, bitte er im Hinblick auf seine Empfehlung um Entschuldigung.

Gestützt auf die neuerliche Aktenbeurteilung von Dr.med. M. \_\_\_\_\_ verfügte die Vorinstanz den Fallabschluss (vgl. Ingress Bst. B).

**3.12** Mit der Einsprache vom 7. Dezember 2021 reichte der Beschwerdeführer ein weiteres Schreiben von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2021 ein. Demgemäss habe der Beschwerdeführer bei der letzten Konsultation vom 30. November 2021 noch unveränderte Bewegungs-, Belastungs- und Ruheschmerzen angegeben, die zu wiederholten Schwellungszuständen geführt hätten. Es sei aus seiner Sicht in Zukunft von einer 20%igen Arbeitsfähigkeit als Handwerker auszugehen; eine Umschulung sei altersbedingt kaum vorstellbar. Er nehme weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 80% an (Vi-act. M48).

Zusätzlich kündigte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr.med. E. \_\_\_\_\_ an, den er im Sinne einer Zweit- resp. Drittmeinung aufgesucht habe. Am 14. Januar 2022 untersuchte dieser den Beschwerdeführer. In seinem Bericht, welchen er im Sinne einer Zweitmeinung zu der von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ empfohlenen Re-Operation abgebe, notierte er die Hauptdiagnosen (Vi-act. M49):

Knie links:

- Skisturz 2/2019 mit VKB-Ruptur
- Giving-Way 10/2019
- VKB-Plastik und postero laterale Meniskusnaht
- TME und Meniskusnaht medial, Plicaresektion 05/2020
- mediale Meniskusnaht, subtotale Synovektomie und laterale TME 03/2021 [recte 01/2021]
- aktuell; Mediale Gonarthrose und deutliche Ergussneigung

Dr.med. N. \_\_\_\_\_ erhob einen klinischen Befund und gab neben dem Röntgenbefund vom 14. Januar 2022 (u.a. deutlich verschmälertes medialer Gelenkspalt) den Befund des MRI vom gleichen Tag wie folgt wieder:

- Z. n. ausgedehnter TME medial mit vertikalem Riss der Spitze des verbleibenden Hinterhorns sowie starker Degeneration und Subluxation der Pars intermedia.
- Vertikaler Riss im lateralen Meniskushinterhorn.
- Mittelschwere Arthrose medial femorotibial sowie leichtgradig lateral femorotibial und femoropatellär.
- VKB Plastik mit grenzwertigem Impingement ventral der Notch sowie Degeneration.
- Cyclops.

- Deutlich Gelenkserguss.

Als Beurteilung und Prozedere formulierte Dr.med. N.\_\_\_\_\_:

Rein medizinisch ist es zunehmend zu einer medialen Gonarthrose gekommen. Bereits im initialen MRI nach dem Skisturz sieht man aber leichte degenerative Veränderungen im medialen Kompartiment. Aufgrund des Meniskus und Kompetenz [sic], der Meniskektomien und der Nähte nun aber deutliche Verschlechterung. Therapeutisch empfehle ich einmal eine diagnostische Punktion, bei diversen Voroperationen sollte eine Infektion sicherlich ausgeschlossen werden. Sofern dies bereits durchgeführt wurde, kann darauf auch verzichtet werden. Eine reine Arthroskopie denke ich wird dem Patienten wieder nichts helfen, für das ist die Arthrose zu weit fortgeschritten (siehe deutliche Gelenkspaltverschmälerung in der Röntgenaufnahme). Konservativ kann versucht werden mit Einlagen, einer weiteren einmaligen Kortisoninfiltration und eines Entlastungs-Braces dies zu behandeln. Mittel- bis langfristig wird nur die Prothese dem Patienten was helfen. Hier möglicherweise aber die Teilprothese. Der Patient wird dies mit Dr. L. \_\_\_\_\_ besprechen, bei mir jederzeit Kontrollen möglich.

Hierauf bekräftigte der Beschwerdeführer gegenüber der Vorinstanz am 20. Januar 2022, dem Bericht Dr.med. N.\_\_\_\_\_ könne entnommen werden, dass die Therapieoptionen noch nicht ausgeschöpft seien und mit einer Verbesserung der aktuell untragbaren Situation zu rechnen sei; der behauptete Endzustand sei noch nicht erreicht; der Beschwerdeführer sei aktuell 100% arbeitsunfähig (Vi-act. A72).

**3.13** Mit Schreiben vom 25. Februar 2022 ersuchte Dr.med. L.\_\_\_\_\_ die Vorinstanz um Kostengutsprache für die Implantation einer Kniegelenksprothese, wie dies Dr.med. N.\_\_\_\_\_ empfohlen habe (Vi-act. M50). Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund ausgeprägter Bewegungs-, Belastungs- und Ruhebeschwerden weiterhin nicht gegeben. Hierauf antwortete die Vorinstanz, Dr.med. N.\_\_\_\_\_ schlage diverse konservative Massnahmen vor und halte fest, mittel- bis langfristig sei wohl eine Prothese nötig. Sie frage, ob ein solcher Eingriff tatsächlich jetzt geplant sei, da dies aufgrund des erwähnten Berichts schon sehr überraschend wäre (Vi-act. M51). Hierauf antwortete Dr.med. L.\_\_\_\_\_ am 23. März 2022, Dr.med. N.\_\_\_\_\_ halte eine erneute arthroskopische Massnahme für wenig zielführend und schlage eher im weiteren Verlauf eine endoprothetische Versorgung vor. Man habe dies mit dem Beschwerdeführer besprochen; er möchte sich Bedenkzeit herausnehmen (Vi-act. M52).

**3.14** Schliesslich ist ein Schreiben vom 15. Juli 2022 von Dr.med. L.\_\_\_\_\_ an die IV aktenkundig nach einer Konsultation des Beschwerdeführers vom 8. Juli 2022 (Bf-act. 3). Dieser sei 20% arbeitsfähig und habe die doch belastende Tätigkeit auf einer Alp ausgeführt, bei welcher er noch immer rezidivierende Bewegungs- und Belastungsbeschwerden angebe, so dass eine Steigerung der Ar-

beitsfähigkeit kaum abzusehen sei. Die Arbeitsfähigkeit sei bei 20% zu belassen. Bei Persistenz der Beschwerden sei allenfalls ein prothetischer Ersatz in Erwägung zu ziehen.

Weitere medizinische Berichte liegen keine im Recht. Namentlich hat der Beschwerdeführer entgegen seiner Ankündigung keine weiteren Arztberichte oder Stellungnahmen eingereicht.

**4.1** Vor Verwaltungsgericht wirft der Beschwerdeführer der Vorinstanz vor, ihr Entscheid betreffend Fallabschluss bzw. medizinischem Endzustand beruhe auf absolut ungenügender Abklärung und stehe in krassem Widerspruch zu den verschiedenen Arztberichten und Feststellungen. Der Endzustand sei noch nicht erreicht. Die Aussage, es sei keine Verbesserung der Situation zu erwarten, verletze Art. 43 ATSG. Daher werde die Rückweisung beantragt zur Durchführung einer neutralen fachmedizinischen, interdisziplinären Begutachtung. Die Feststellungen der behandelnden Fachärzte, von welchen der Beschwerdeführer weitere Stellungnahmen ankündigte, würden der Aktenbeurteilung von Dr.med. M.\_\_\_\_\_ klar widersprechen, weshalb letzterer keine Beweiskraft zukomme und weitere Abklärungen unabdingbar seien.

Der Beschwerdeführer sei aktuell 20% arbeitsfähig; die Einschränkung sei entgegen der Vorinstanz nicht auf die Arthrose, sondern einen Meniskusschaden zurückzuführen. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei gemäss behandelnden Ärzten möglich, bedinge aber weitere Heilbehandlungen. Entsprechend sei die Vorinstanz weiter leistungspflichtig.

**4.2** Die Vorinstanz bestreitet die Mangelhaftigkeit der Beweiskraft der Beurteilungen von Dr.med. M.\_\_\_\_\_. Diese beruhen auf allen Vorakten; er berücksichtige sämtliche geklagten Beschwerden und habe sich mit den Meinungen der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt; seine Schlussfolgerungen seien nachvollziehbar begründet. Der Beschwerdeführer zeige mitnichten auf, inwiefern die Berichte der behandelnden Ärzte auch nur schon geringe Zweifel an den Beurteilungen zu erwecken vermöchten; er negiere die Beweiskraft pauschal.

Zu den Berichten, auf welche der Beschwerdeführer verweise, habe man im angefochtenen Entscheid ausführlich Stellung genommen. Die Physiotherapeutin äussere sich explizit nicht, ob eine Therapie eine namhafte Besserung bringe. Kein Widerspruch sei im Bericht von Dr.med. N.\_\_\_\_\_ erkennbar; dieser verweise ebenso auf die vorbestehende Pathologie und erachte eine weitere Arthroskopie als nicht zielführend. Seit dem letzten Eingriff vom 7. Januar 2021 habe sich der Gesundheitszustand nicht mehr relevant verbessert, was sich aus den Berichten von Dr.med. L.\_\_\_\_\_ ergebe. Von der von Dr.med. L.\_\_\_\_\_

empfohlenen Arthroskopie seien keine Besserungen zu erwarten; zu diesem Schluss sei auch Dr.med. N.\_\_\_\_\_ gekommen. Dessen Vorschläge von konservativen Massnahmen seien nicht auf eine namhafte Besserung, sondern auf eine Zustandserhaltung ausgerichtet. Lediglich eine Prothese lasse eine namhafte Besserung erwarten. Bis zu diesem Eingriff könne die Vorinstanz aber von einem Endzustand ausgehen, bis dahin sei sie nicht leistungspflichtig. Der Fallabschluss per 17. September 2021 sei daher korrekt.

Der Beschwerdeführer nenne eine Arbeitsfähigkeit von 20% sowie die Möglichkeit einer Erhöhung auf bis 50% nach Durchführung weiterer Behandlungen. Er gebe indes nicht an, um welche Tätigkeiten es sich handle, weshalb auch nicht beurteilt werden könne, ob es sich um angepasste Tätigkeiten handle.

**4.3** Replizierend bekräftigt der Beschwerdeführer, gerade weil sich die Berichte des die Vorinstanz beratenden Arztes und jene der behandelnden Ärzte widersprechen würden, sei eine unabhängige Begutachtung notwendig. Die Vorinstanz zitiere zudem Dr.med. L.\_\_\_\_\_ falsch; er habe nicht gesagt, die konservativen Therapien könnten keine Verbesserung bringen, sondern die bisherige Therapie habe nicht erwartungsgemäss angeschlagen. Er habe klar gesagt, eine Arthroskopie führe zu einer Verbesserung. Dass Dr.med. M.\_\_\_\_\_ dies anders sehe als Dr.med. L.\_\_\_\_\_ und Dr.med. N.\_\_\_\_\_ verdeutliche die Notwendigkeit einer unabhängigen Begutachtung. Zudem führt er aus, er wolle wieder arbeiten. Im Sommer 2022 habe er sich in angestammter Tätigkeit auf einer Alp als Allrounder mit 20%-Pensum versucht; dank Physiotherapie habe er seine Arbeitsleistung einigermaßen erfüllen können. Im Herbst 2022 sei er leider wieder 100% arbeitsunfähig geschrieben worden. Im März 2023 habe er zu 20% als Allrounder in einer Bootswerft begonnen, was nur mit regelmässiger Physiotherapie (Lymphdrainagen) möglich sei. Eine sitzende Tätigkeit funktioniere nicht, der Beschwerdeführer sei Handwerker und 59-jährig. Er bemühe sich, eine angepasste Tätigkeit zu finden, wobei zu berücksichtigen sei, dass er zeitlebens handwerklich tätig und stetig in Bewegung gewesen sei; er könne nun nicht plötzlich eine Büroarbeit oder dergleichen annehmen. Zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit seien weitere Behandlungen und allenfalls Eingriffe notwendig. Die Einschränkungen seien nicht auf die Arthrose, sondern auf den offenkundigen Meniskusschaden zurückzuführen. Die Unfallversicherung sei weiterhin leistungspflichtig.

**5.** Die Vorinstanz hat sich bei ihrem Entscheid, den Fall abzuschliessen, die Heilbehandlung noch bis am 17. September 2021 zu erbringen und Taggelder bis 30. November 2021 zu leisten, weitestgehend auf die Aktenbeurteilung ihres beratenden Arztes Dr.med. M.\_\_\_\_\_ abgestützt. Dies ist dann nicht zu bean-

standen, wenn der Beurteilung volle Beweiskraft beigemessen werden kann und keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seiner Feststellungen bestehen (vgl. oben Erw. 2.5.2).

**5.1** Zu Recht rügt der Beschwerdeführer nicht - zumindest nicht substantiiert -, die Vorinstanz stütze sich zu Unrecht auf ein reines Aktengutachten ab. Den zwei Aktenbeurteilungen lässt sich zweifelsfrei entnehmen, dass Dr.med. M.\_\_\_\_\_ die umfassenden Akten zur Verfügung standen, welche er in den Beurteilungen zusammenfassend korrekt wiedergab. Diese Akten enthalten einen lückenlosen Befund, der sich seit der Arthroskopie vom 7. Januar 2021 kaum veränderte; im Zentrum stehen Bewegungs- und Belastungsschmerzen, auslösbare Meniskuszeichen, teilweise nachweisbare Schwellungen sowie Beweglichkeitsdefizite (vgl. oben Erw. 3. u 7 ff.). Auch die bildgebenden Befunde sind soweit unstrittig, so dass auf die Wiedergabe gemäss Bericht von Dr.med. N.\_\_\_\_\_ verwiesen werden kann (vgl. oben Erw. 3.12). Strittig resp. zu klären galt es einzig die Fragen der Kausalität, des Erreichens des medizinischen Endzustandes resp. die Prognose. Dies ist im Rahmen eines Aktengutachtens zulässig (vgl. oben Erw. 2.5.4).

**5.2** Es ist allseits unbestritten, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Kniegelenksbeschwerden links unfallkausal sind. Auch Dr.med. M.\_\_\_\_\_ zieht nicht in Zweifel, dass das Unfallereignis vom 22. Februar 2019 letztlich natürlich kausal zumindest im Sinne einer Teilursache ist (vgl. oben Erw. 3.9 und 3.11). Dass daneben aber auch schon ein relevanter Vorzustand bestand, bestätigt auch Dr.med. N.\_\_\_\_\_ (vgl. oben 3.12). Und selbst Dr.med. L.\_\_\_\_\_ bestätigt das Vorliegen degenerativer Veränderungen in Form einer Chondropathie des medialen Femurkondylus (Vi-act. M46), wobei hierin kein Widerspruch gesehen werden kann, beziehen sich doch Dr.med. M.\_\_\_\_\_ und Dr.med. N.\_\_\_\_\_ in ihren Beurteilungen explizit auf das ereignisnahe MRI vom 15. März 2019, wogegen Dr.med. L.\_\_\_\_\_ unspezifisch bleibt oder sich gar auf seine Arthroskopie vom 7. Januar 2021 bezieht. Letztlich aber hält Dr.med. M.\_\_\_\_\_ zu recht fest, dass die natürliche Kausalität vorliegend gar nicht zur Debatte stehe, bzw. unbestritten ist.

So anerkannte Dr.med M.\_\_\_\_\_ denn auch, dass das Unfallereignis zu einem dauerhaften erheblichen Schaden geführt hat (vgl. oben Erw. 3.9), weshalb auch der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung unbestritten ist.

**5.3** Auf der Grundlage der verschiedenen medizinischen Berichte ist sodann die Beurteilung von Dr.med. M.\_\_\_\_\_, wonach der medizinische Endzustand - vorbehältlich einer endoprothetischen Versorgung des Kniegelenkes - erreicht

sei, nachvollziehbar und schlüssig. Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers liegen keine medizinischen Berichte im Recht, welche hieran auch nur schon geringe Zweifel zu erwecken vermögen.

Bei anhaltenden Beschwerden hatte Dr.med. L. \_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine vierte Arthroskopie empfohlen. Gemäss Dr.med. M. \_\_\_\_\_ bringt eine solche keine namhafte Besserung; im Gegenteil müsse erwartet werden, dass eine beschleunigte Progredienz der medialen Gonarthrose zu befürchten wäre (vgl. oben Erw. 3.11). In diese Richtung äusserte sich schon Dr.med. K. \_\_\_\_\_, indem er bereits vor der dritten Arthroskopie zum Schluss gelangte, falls eine weitere Kniearthroskopie nötig würde (welche dann am 7.1.2021 durchgeführt wurde), hänge der weitere Verlauf nicht nur vom Zustand der Menisci ab, sondern ebenfalls sehr vom Verlauf der posttraumatischen Arthrose in diesem Knie (vgl. oben Erw. 3.5). Es kann darin eine Bestätigung der Beurteilung von Dr.med. M. \_\_\_\_\_ gesehen werden. Vor allem aber wird seine Beurteilung auch durch Dr.med. N. \_\_\_\_\_ geteilt. In dem dieser den Verzicht auf die Arthroskopie zudem damit begründet, dass für einen Erfolg der Arthroskopie die Arthrose bereits zu weit fortgeschritten sei (vgl. oben Erw. 3.12), widerspricht er auch klar dem Beschwerdeführer, demgemäss nicht die Arthrose, sondern die Menisci weiter zu behandeln seien. Eine an die Menisci gerichtete Arthroskopie vermöchte dem Beschwerdeführer gemäss Dr.med. N. \_\_\_\_\_ nicht zu helfen. Mit der Aussage des Beschwerdeführers vom 12. Oktober 2021, wonach er bislang auf die Arthroskopie verzichtet habe, da man ihm eine Verbesserung der Situation nicht habe zusichern können (vgl. oben Erw. 3.10.2), wird diese Einschätzung letztlich bestätigt. Bleibt zu vermerken, dass gestützt auf die Beurteilung von Dr.med. N. \_\_\_\_\_ schliesslich auch Dr.med. L. \_\_\_\_\_ von einer weiteren Arthroskopie absah.

**5.4** Beizupflichten ist der Vorinstanz aber auch darin, dass die von Dr.med. N. \_\_\_\_\_ vorgeschlagenen weiteren Massnahmen nicht auf eine namhafte Besserung ausgerichtet waren, sondern auf eine Stabilisierung: Einlagen, eine weitere einmalige Kortisoninfiltration oder ein Entlastungs-Brace sind nicht geeignet, eine namhafte Verbesserung zu bewirken, was Dr.med. N. \_\_\_\_\_ derart bestätigt, als er betont, mittel- bis langfristig könne dem Beschwerdeführer nur eine Prothese etwas helfen (vgl. oben Erw. 3.12).

**5.5** Damit aber liegen - was mögliche Therapieoptionen anbelangt - entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers gar keine Widersprüche vor. Der letzte Eingriff (3. Arthroskopie) erfolgte am 7. Januar 2021, am 30. April 2021 führte Dr.med. L. \_\_\_\_\_ eine einmalige Kniegelenksinfiltration durch. Nicht nur erfolgte seither (also retrospektiv betrachtet) keine weitere eigentliche ärztliche Be-

handlung mehr (vgl. dazu oben Erw. 2.3.2), sondern es wurde auch einzig durch Dr.med. L. \_\_\_\_\_ eine vierte Arthroskopie empfohlen, was indes - wie eben aufgezeigt - durch die Vorinstanz zu Recht als nicht angezeigt abgelehnt (und letztlich auch durch Dr.med. L. \_\_\_\_\_ nicht weiterverfolgt) wurde. Mithin wurde auch in - letztlich entscheidender - prognostischer Beurteilung zu Recht ausgeschlossen, dass eine weitere Behandlung (vorbehältlich endoprothetischer Versorgung) noch eine namhafte Besserung bewirken würde.

**5.6** An dieser Würdigung vermögen auch die Ausführungen des Beschwerdeführers zu seiner Arbeitsfähigkeit nichts zu ändern. Der Fallabschluss setzt voraus, dass von weiteren Behandlungen keine namhafte Besserung erwartet werden kann, wobei sich diese namentlich auf die Steigerung der Arbeitsfähigkeit bezieht (vgl. oben Erw. 2.3.2).

Gemäss der Vorinstanz besteht zumindest seit dem 17. September 2021 für angepasste Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit. Eine solche besteht laut Dr.med. M. \_\_\_\_\_ darin, dass der Beschwerdeführer mehrheitlich sitzenden Aktivitäten nachgeht, die keine Notwendigkeit einer Zwangshaltung der Beine beinhalten, mit nur kürzeren zwischenzeitlichen Abschnitten im Stehen und/oder Gehen verbunden sind und wo zudem übermässige Kniebelastungen vermieden werden (Knien und Kauern, Begehen von Treppen und Leitern oder von unebenem Terrain; Vi-act. M47). Wenn Dr.med. L. \_\_\_\_\_ wegen Rückproblemen eine sitzende Tätigkeit nicht empfiehlt, sondern eine körperlich leichte bis allenfalls mittelschwere Tätigkeit, wechselweise sitzend, gehend und stehend als besser beurteilt (Vi-act. M46), so berücksichtigt er zum einen zu Unrecht unfallfremde Beschwerden (Rücken) und zum andern vermag dies den Beschrieb einer angepassten Tätigkeit durch Dr.med. M. \_\_\_\_\_ nicht als falsch erscheinen lassen.

Dass der Beschwerdeführer entgegen der Beurteilung der Vorinstanz bislang nicht voll arbeitsfähig war, vermag ihre Beurteilung nicht in Zweifel zu ziehen. Zu Recht hält die Vorinstanz fest, dass der Beschwerdeführer trotz anderslautender Empfehlung bislang weiterhin in einer angestammten Tätigkeit arbeitete, nämlich auf der Alp, als Hauswart oder Allrounder in einer Bootswerft. Für all diese angestammten Tätigkeiten besteht aber gemäss Dr.med. M. \_\_\_\_\_ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, auch in Zukunft. Aus den Erfahrungen dieser nicht angepassten Tätigkeiten kann der Beschwerdeführer daher nichts zu seinen Gunsten ableiten. Kommt hinzu, dass aus Sicht der Unfallversicherung ausschliesslich die unfallkausalen Beschwerden beachtlich sind. Soweit daher etwa Dr.med. L. \_\_\_\_\_ auf weitere Beschwerden hinweist, ist dies nicht relevant.

**5.7** Fehl geht auch die beschwerdeführerische Argumentation, wonach aus der Begründung des Integritätsschadens erhelle, dass der medizinische Endzustand noch nicht erreicht sei. Wie Dr.med. M.\_\_\_\_\_ korrekt ausführt, sind bei der Schätzung des Integritätsschadens voraussehbare Verschlimmerungen angemessen zu berücksichtigen (Art. 36 Abs. 4 UVV). Gemäss übereinstimmender Beurteilung von Dr.med. K.\_\_\_\_\_, Dr.med. M.\_\_\_\_\_ und Dr.med. N.\_\_\_\_\_ besteht eine mediale Gonarthrose im linken Knie, wobei noch mit einer Verschlechterung der Situation gerechnet werden muss. Mithin ist unbestritten, dass der Gesundheitszustand nicht stabil ist, sondern sich (wahrscheinlich) noch verschlechtern wird. Unbestritten ist ebenso, dass dies mittel- bis langfristig weitere medizinische Behandlungen nach sich ziehen kann, namentlich die erwähnte endoprothetische Versorgung. Diese Entwicklung hat Dr.med. M.\_\_\_\_\_ bei der Schätzung des Integritätsschadens berücksichtigt. Diese absehbare Verschlechterung des Gesundheitszustandes hindert indes nicht, von einem Endzustand im Sinne von Art. 19 UVG auszugehen, da aktuell mit weiteren Massnahmen keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden kann.

**5.8** Nachdem den Beurteilungen von Dr.med. M.\_\_\_\_\_ volle Beweiskraft beizumessen ist und keine Zweifel an seinen nachvollziehbaren und schlüssigen Feststellungen bestehen, besteht kein Grund für weitere Abklärungen. Zudem begründet der Beschwerdeführer auch gar nicht, inwiefern eine polydisziplinäre Begutachtung notwendig wäre, und welche Fachrichtungen dabei berücksichtigt werden sollten. Nachdem bezüglich Befunde und Diagnosen Klarheit besteht und die Beurteilung von Dr.med. M.\_\_\_\_\_ nicht in Widerspruch steht namentlich zur Beurteilung von Dr.med. N.\_\_\_\_\_, sind von weiteren Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Vielmehr ist mit der Vorinstanz davon auszugehen, dass der medizinische Endzustand per 17. September 2021 erreicht war, von weiteren medizinischen Behandlungen keine namhafte Besserung erwartet werden konnte (vgl. hierzu aber nachfolgend) und dass der Beschwerdeführer in seinen Kniebeschwerden angepasster Tätigkeit voll arbeitsfähig ist.

Bleibt anzufügen, dass sämtliche medizinischen Berichte mittel- bis langfristig eine endoprothetische Versorgung des linken Knies des Beschwerdeführers als notwendig oder zumindest als wahrscheinlich und insbesondere hilfreich erachten. Von dieser Prognose geht auch die Vorinstanz aus. Zum einen aber hindert dies die Vorinstanz nicht, den Fall per 17. September 2021 abzuschliessen, nachdem diese einzig in Betracht zu ziehende medizinische Massnahme noch nicht geplant war und ist. Zum andern bedeutet der nun verfügte Fallabschluss nicht, dass die Vorinstanz für diese Therapie dannzumal nicht Leistungen zu er-

bringen hat. Zu Recht macht sie selber solches denn auch gar nicht geltend (wobei dies aber auch gar nicht strittig und nicht Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheides war).

6. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Kosten werden keine erhoben (Art. 61 lit. <sup>f</sup>bis ATSG). Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht bei diesem Verfahrensausgang keiner (Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).  
  
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde\* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
4. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 15. Mai 2023

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 12. Juni 2023