

GR_GERICHTE S 2022 32 vom 12. September 2023

GR Gerichte, 2023-09-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2022_32

FR: GR_GERICHTE S 2022 32 du 12 septembre 2023

IT: GR_GERICHTE S 2022 32 del 12 settembre 2023

Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

A._____, geboren 1976 und wohnhaft in C._____, war angestellt bei der D._____ AG in E._____, als er am 8. Januar 2018 eine Treppe hinunterstürzte und sich dabei am linken Knie eine Verletzung zuzog. Die Erstbehandlung erfolgte im Kantonsspital F.____ (G.____), die anschliessende Behandlung im Spital H._____.

E. 2

Am 13. Februar 2018 wurde am Röntgeninstitut I._____ eine MRI- Untersuchung des linken Knies vorgenommen, am 27. April 2018 erfolgte im Spital H._____ eine Arthroskopie und Teilmenishektomie (TME) medial am linken Knie. A._____ wurde ab dem 27. April 2018 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert und Physiotherapie verordnet.

E. 2.1

Die aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) bzw. Art. 42 ATSG fliessende Begründungspflicht verlangt zwar nicht, dass sich die entscheidende Behörde mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Sie darf sich auf das für den Entscheid Wesentliche beschränken. Den Betroffenen muss es aber immerhin möglich sein, sich über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft zu geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die nächsthöhere Instanz weiterzuziehen. Der Entscheid hat also zumindest kurz die Überlegungen zu nennen, von denen sich die entscheidende Behörde leiten liess und worauf sie ihren Entscheid stützt (vgl. BGE 143 III 65 E.5.2, 142 III 433 E.4.3.2, 142 I 135 E.2.1, 136 I 229 E.5.2; vgl. auch Urteile des Bundesgericht 8C_34/2021 vom 8. Juli 2021 E.4.2.1 und 8C_56/2021 vom 17. März 2021 E.5.1).

E. 2.2

Die Verletzung des rechtlichen Gehörs führt grundsätzlich ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Nach der Rechtsprechung kann eine nicht

- 18 - besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter dieser Voraussetzung ist darüber hinaus – im Sinne einer Heilung des Mangels – selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs von

einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (vgl. BGE 137 I 195 E.2.3.2, 136 V 117 E.4.2.2.2 und 132 V 387 E.5.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_736/2021 vom 22. März 2022 E.4.2 und 8C_25/2020 vom 22. April 2020 E.3.3.1).

E. 2.3

Tatsächlich hat sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid in Ziffer 4 einlässlich mit den diversen ärztlichen Einschätzungen im Laufe der Untersuchungen und Behandlungen bzw. Behandlungsvorschlägen auseinandergesetzt. Sie verweist darauf, dass die Beurteilungen, auf die sich der Beschwerdeführer beruft, teilweise zu einem früheren Zeitpunkt erfolgt seien als das MRI vom 4. Juni 2020 und weitere Erkenntnisse noch gar nicht vorgelegen hätten. So habe der Kreisarzt am 24. Mai 2019 auch nur eine vorläufige Beurteilung abgegeben. Auch die kreisärztliche Beurteilung vom 14. November 2019 sei – im Gegensatz zu den Beurteilungen vom 7. Oktober 2020 und vom 10. Dezember 2020 – vor dem MRI vom 4. Juni 2020 und damit nicht unter vollständiger Berücksichtigung sämtlicher heute vorliegenden Angaben erfolgt. Die Beschwerdegegnerin hob weiter hervor, dass es sich bei den Ausführungen im Bericht des Spitals H._____ vom 2. Mai 2019 um Mutmassungen nach dem Ausschlussprinzip ("wahrscheinlichste Ursache", "möglicherweise") gehandelt habe und zudem die Meniskus-

- 19 - zeichen in der kreisärztlichen Untersuchung vom 7. Oktober 2020 negativ gewesen seien. Gestützt darauf kam die Beschwerdegegnerin zum Schluss, dass die allesamt vor Vorliegen des MRI's vom 4. Juni 2020 verfassten Berichte damit keine Zweifel an den kreisärztlichen Beurteilungen vom 9. Oktober 2020 und 10. Dezember 2020 zu begründen vermögen. Schliesslich habe sich der Kreisarzt Dr. med. R._____ in seiner Beurteilung vom 10. Dezember 2020 eingehend mit dem Bericht von Dr. med. S._____ vom 17. November 2020 befasst, welcher ebenso daran zweifle, dass wirklich eine Meniskuspathologie für die Beschwerden verantwortlich gemacht werden könne. Der Beschwerdeführer war demnach in der Lage, sich ein Bild zu machen und den Einspracheentscheid sachgerecht anzufechten, etwas anderes wird denn auch nicht dargetan und ist nicht ersichtlich. Selbst wenn vorliegend mit Blick auf die gerügte Begründungspflicht eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs bejaht würde, dürfte der Mangel als nachträglich geheilt qualifiziert werden, weil es sich um keine schwerwiegende Verletzung der Parteirechte handelt, dem Verwaltungsgericht volle Kognition zukommt (vgl. Art. 51 Abs. 1 VRG) und sich der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren im Rahmen eines doppelten Schriftenwechsels ausführlich äussern konnte. Im Übrigen würde eine Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids zu einem in prozess- ökonomischer Hinsicht nicht vertretbaren Leerlauf führen. 3. Streitig und zu prüfen ist vorliegend die Rechtmässigkeit des Fallabschlusses per 1. November 2020 (Art. 19 UVG) mit Verneinung des Anspruchs auf eine Invalidenrente gemäss UVG und einer Integritäts- entschädigung sowie die Höhe des leidensbedingten Abzugs vom anhand der LSE bestimmten Tabellenlohn. Bei der Beurteilung der streitigen Frage ist der Sachverhalt zu berücksichtigen, der sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids am 15. Februar 2022 verwirklicht hat (vgl. BGE 143 V 295 E.4.1.4 und 142 V 337 E.3.2.2; Urteil des

- 20 - Bundesgerichts 8C_714/2018 vom 5. März 2019 E.4.3 mit Hinweisen auf BGE 134 V 392 E.6 und 130 V 445 E.1.2).

E. 3

Am 3. Mai 2018 erging die Bagatellunfall-Meldung UVG. Die B._____ bei der A._____ obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert war, anerkannte den Unfall und richtete die gesetzlichen Leistungen (Taggeld und Heilbehandlung) aus. Per 31. Mai 2018 verlor A._____ seine Anstellung bei der D._____ AG.

E. 3.1

Nach Art. 6 Abs. 1 UVG ist der Unfallversicherer, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufs- krankheiten leistungspflichtig. Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld.

E. 3.2

Die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Tod, Integritätseinbusse, Hilflosigkeit) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (vgl. BGE 148 V 356 E.3, 142 V 435 E.1, 129 V 177 E.3.1 f. mit weiteren Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_68/2021 vom 6. Mai 2021 E.4.1, 8C_499/2020 vom 19. November 2020 E.2.2.1 und 8C_620/2019 vom 5. Februar 2020 E.3.3; vgl. HÜRZELER/USINGER-EGGER, Einführung in das schweizerische Unfall- versicherungsrecht, Bern 2021, Rz. 221 f. und Rz. 249 ff.; RUMO- JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, Art. 6 S. 53 ff.). Ob ein natürlicher Kausal- zusammenhang gegeben ist, stellt eine Tatfrage dar, die mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von der leistungsansprechenden Person nachzuweisen ist, wobei die blossе Möglichkeit, dass ein solcher besteht, den Beweisanforderungen nicht genügt (BGE 146 V 51 E.5.1, 129 V 177 E.3.1; vgl. HÜRZELER/USINGER-EGGER, a.a.O., Rz. 253; NABOLD, in: HÜRZELER/KIESER [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG – Bundesgesetz über die Unfall- versicherung, Bern 2018, Art. 6 Rz. 53). Dabei spielt die Adäquanz als

- 21 - rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (vgl. BGE 138 V 248 E.4, 134 V 109 E.2 und 127 V 102 E.5b/bb; Urteile des Bundesgerichts 8C_270/2022 vom 12. Oktober 2022 E.4.2.2, 8C_698/2021 vom 3. August 2022 E.3.4, 8C_499/2020 vom 19. November 2020 E.2.2.1). Objektivierbar sind Untersuchungs- ergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (vgl. BGE 138 V 248 E.5.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_391/2022 vom 10. Januar 2023 E.3.2.2, 8C_698/2021 vom 3. August 2022 E.4.2, 8C_493/2021 vom 4. März 2022 E.3.3.2). Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, nicht aber in diesem Sinne objektiv ausgewiesen, so ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf

auszugehen, und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 140 V 356 E.3.2 und 134 V 109 E.2.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_270/2022 vom 12. Oktober 2022 E.4.2.2, 8C_698/2021 vom 3. August 2022 E.3.4 und 8C_620/2019 vom 5. Februar 2020 E.3.3). 3.3.1. Nach Art. 19 Abs. 1 UVG entsteht ein Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlungen und die Taggeldleistungen dahin. Art. 21 UVG regelt diejenigen Fälle, in

- 22 - denen die Unfallversicherung auch nach der Rentenfestsetzung noch Pflegeleistungen und Kostenübernahmen (Art. 10 bis 13 UVG) gewährt. Ob im Hinblick auf die Prüfung des Fallabschlusses eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes anzunehmen ist, bestimmt sich namentlich – aber nicht ausschliesslich – nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Der Begriff "namhaft" verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen ebenso wenig wie die blosser Möglichkeit einer Besserung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden. 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 (BGE 143 V 148 E.3.1, 134 V 109 E.4.1 ff. und 128 V 169 E.1b; Urteile des Bundesgerichts 8C_359/2023 vom 12. Juli 2023 E.4.1 mit weiteren Hinweisen, 8C_511/2022 vom 8. Februar 2023 E.6.1.1 und 8C_528/2022 vom 17. November 2022 E.7.1). 3.3.2. Nach Art. 18 Abs. 1 UVG hat eine versicherte Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist (Art. 7 und 8 ATSG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit wiederum ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind

- 23 - ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; BGE 140 V 197 E.6.2.1). 3.3.3. Die Möglichkeit einer versicherten Person, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem allgemeinen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt von den konkreten Umständen des Einzelfalles ab. Massgebend sind rechtsprechungsgemäss Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch die Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder die Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich. Beim ausgeglichenen Arbeitsmarkt handelt es sich um eine theoretische Grösse, so dass nicht leichthin angenommen werden kann, die verbliebene Leistungsfähigkeit sei unverwertbar.

Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit in nur so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. BGE 148 V 174 E.9.1, 138 V 457 E.3.1, je mit weiteren Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_323/2021 vom 14. April 2022 E.6.1 und 9C_15/2020 vom 10. Dezember 2020 E.6.1 mit weiteren Hinweisen).

E. 4

Am 22. Februar 2018, 15. Mai 2018, 6. Juni 2018, 29. Juni 2018 und 21. August 2018 erfolgten im Spital H._____ Verlaufskontrollen in der Orthopädischen Sprechstunde. Anlässlich letzterer Kontrolle mit Verdacht einer erneuten medialen Meniskusläsion berichtete A._____ wieder über stichartige intensive Kniebeschwerden nach einem Vertrettrauma auf dem Stepper.

E. 4.1

Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Untersuchungs- grundsatz, wobei die Auskunfts- und Mitwirkungspflicht der Leistungen beanspruchenden Person zu berücksichtigen ist. Die Behörde hat, wo notwendig, den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein

- 24 - (vgl. Art. 43 Abs. 1 und 3 ATSG; KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 43 Rz. 13 ff. und 96 ff.). 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 hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 427 E.3.2 und 138 V 218 E.6; Urteile des Bundesgerichts 8C_688/2021 vom 8. Juni 2022 E.3.3 und 8C_722/2021 vom 20. Januar 2022 E.4). Die Untersuchungspflicht gilt sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch grundsätzlich im kantonalen Gerichtsverfahren (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Wenn der Versicherungsträger oder das kantonale Sozialversicherungsgericht im Rahmen einer umfassenden, sorgfältigen, objektiven und inhaltsbezogenen Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt überwiegend wahrscheinlich ist, steht dies einer antizipierten Beweiswürdigung nicht entgegen. Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_316/2022, 8C_330/2022 vom 31. Januar 2023 E.4, 9C_58/2022 vom 7. Juni 2022 E.4.1.1 f. und 9C_377/2021 vom 22. Oktober 2021 E.5.3.1; KIESER, a.a.O., Art. 43 Rz. 18 f. und 29 f.).

- 25 -

E. 4.2

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichts- beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. BGE 143 V 124 E.2.2.2, 125 V 351 E.3a; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_528/2021 vom 11. Februar 2022 E.4.1, 8C_879/2014 vom 26. März 2015 E.5.2, 8C_419/2014 vom 23. September 2014 E.6.2). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a; Urteile des Bundesgerichts 8C_98/2023 vom 10. August 2023 E.2.4, 8C_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E.3.2 und 8C_173/2021 vom 25. Oktober 2021 E.4.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E.3a und 122 V 157 E.1c). Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweis-

- 26 - würdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E.3b mit zahlreichen Hinweisen).

E. 4.3

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen (BGE 125 V 351 E.3b/ee; Urteile des Bundesgerichts 8C_596/2022 vom 11. Januar 2023 E.2.3, 8C_382/2021 vom 19. Oktober 2021 E.3.2, 8C_131/2021 vom 2. August 2021 E.3.2). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (vgl. BGE 135 V 465 E.4.4, 125 V 351 E.3b/ee, 122 V 157 E.1c). Beratende Ärztinnen und Ärzte eines Versicherungsträgers sind hinsichtlich der Beweiseignung ihrer ärztlichen Beurteilungen mit derjenigen von versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (Urteile des Bundesgerichts 8C_322/2021 vom 19. Oktober 2022 E.4.3, 8C_446/2021 vom 25. Januar 2022 E.2.3 und 8C_143/2021 vom 7. Juni 2021 E.2.4). Soll ein Versicherungsfall 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 (vgl. BGE 145 V 97 E.8.5, 142 V 58 E.5.1 mit weiteren Hinweisen, 139 V 225 E.5.2, 135 V 465 E.4.4 und E.4.6 f., 125 V

- 27 - 351 E.3b/ee; Urteile des Bundesgerichts 8C_727/2022 vom 16. März 2023 E.3.2.1, 8C_511/2022 vom 8. Februar 2023 E.5.1.2; 8C_316/2022 und 8C_330/2022 vom 31. Januar 2023 E.6.1.3.2).

E. 4.4

In Bezug auf behandelnde Ärztinnen und Ärzte, insbesondere Hausärzte, ist zu beachten, dass sie in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Da sie sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E.3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (Urteile des Bundesgerichts 8C_401/2022 vom 31. Januar 2023 E.4, 8C_414/2022 vom 24. Januar 2023 E.6.2, 8C_549/2021 vom 1. Juli 2022 E.7.2), wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage kommen (Urteil des Bundesgerichts 8C_549/2021 vom 1. Juli 2022 E.7.2). Diese Erfahrungstatsache befreit das Gericht indessen nicht von seiner Pflicht zu einer korrekten Beweiswürdigung, bei der auch die von der versicherten Person aufgelegten Berichte mitzuberücksichtigen sind. Diese sind daraufhin zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte zu wecken vermögen (vgl. BGE 135 V 465 E.4.5 f.; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_658/2020 vom 14. Januar 2021 E.7, 8C_499/2020 vom 19. November 2020 E.4.2, 8C_397/2019 vom 6. August 2019 E.4.2 und 8C_160/2012 vom 13. Juni 2012 E.3.1.2).

- 28 -

E. 4.5

Gemäss Rechtsprechung ist schliesslich auch eine reine medizinische Aktenbeurteilung beweiskräftig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind, sodass ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_476/2021 vom 2. März 2022 E.5.1 mit weiteren Hinweisen), mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_281/2021 vom 19. Januar 2022 E.3.2, 8C_787/2020 vom 26. Mai 2021 E.4.2 und 8C_527/2020 vom 2. November 2020 E.3.2).

E. 5

Gestützt auf die MRI-Untersuchung vom 27. August 2018 beurteilte Dr. med. J._____, Radiologie Südost, eine nicht mehr ganz frisch imponierende komplexe Rissbildung des Innenmeniskushinterhorns am Übergang zur Pars intermedia, eine Verkürzung des

Innenmeniskus- hinterhorns und der Pars intermedia mit abgestumpftem freiem Meniskus-
- 3 - rand, sowie eine geringe Ausdünnung des Knorpels femorotibial, kein tiefgreifender Defekt. Diesbezüglich empfahl Dr. med. K._____, Leitender Orthopäde am Spital H._____, eine Re-Arthroskopie mit wahrscheinlich Ausräumung des medialen Meniskushinterhorns.

E. 5.1

Betreffend den Behandlungs- und Beschwerdeverlauf nach dem Unfallereignis vom 8. Januar 2018 bis zum Fallabschluss per 1. November 2020 (Art. 19 UVG) ist auf den vorstehend ausführlich im Sachverhalt wiedergegebenen medizinischen Verlauf zu verweisen. Tatsache ist, dass die Bagatellunfall-Meldung UVG über den Treppensturz resp. Misstritt vom 8. Januar 2018 am 3. Mai 2018 abgegeben wurde, d.h. ungefähr vier Monate nach dem Unfallereignis (Bg-act. 1) und damit nach der ersten Arthroskopie und der TME am 27. April 2018 (Bg-act. 3). Im Austrittsbericht des Spitals H._____ über die Arthroskopie und die TME am Knie links vom 27. April 2018 wird kein Unfallereignis genannt (Bg-act. 3); ebenso wenig in der Verlaufskontrolle vom 15. Mai 2018 (vgl. Bericht vom 16. Mai 2018 über die orthopädische Sprechstunde [Bg-act. 5]). Zwar ist die Beschwerdegegnerin darin als Garantin aufgeführt, noch in der ärztlichen Bescheinigung vom 9. März 2018 aber wurde die Krankenkasse U._____ als Garantin genannt (Bg-act. 2).

E. 5.2

Der Beschwerdeführer hatte bereits am 13. Februar 2018 von Dr. med. X._____, Radiologe am Röntgeninstitut I._____, ein MRI Knie links (Nativ) erstellen lassen. Gemäss den klinischen Angaben ergab sich neu eine Schwellung am linken Knie bei vorbekannter Baker-Zyste und

- 29 - degenerativen Veränderungen (Bg-act. 37). Die Beurteilung lautete auf einen horizontalen Riss im Hinterhorn des Innenmeniskus bis in die Pars intermedia reichend, Subluxation der Pars intermedia nach medial; beginnende Chondropathie im medialen Kompartiment (Grad I). Kreuzbänder, Kollateralländer intakt; Gelenkerguss, Baker-Zyste loco typico (Bg-act. 37). Ein Unfallereignis (Sturz, Misstritt) wurde nicht erwähnt. Bereits aus dem im Jahr 2016 erstellten MRI des linken Knies hatten sich eine Bakerzyste sowie gewisse degenerative Veränderungen, d.h. eine mukoide Degeneration ohne eindeutig abgrenzbaren Riss und damals keine signifikanten Knorpeldefekte abgrenzbar, ergeben (vgl. Bg- act. 63; Beilage 2 zur Duplik).

E. 5.3

Der Beschwerdeführer wurde im Laufe der gesundheitlichen Beschwerden nach dem Unfall vom 8. Januar 2018 von drei Kreisärzten, Dr. med. M._____, Dr. med. L._____ und Dr. med. R._____, beurteilt. Kreisärzte der B._____ sind gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, Körperschädigungen im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie – unabhängig von ihrem ursprünglich erworbenen Facharzttitel – über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen. Im Verhältnis zu den Allgemeinpraktikern kommt ihnen eine spezialärztliche Stellung zu (Urteile des Bundesgerichts 8C_51/2023 vom 15. Juni 2023 E.5.2 mit Hinweis, 8C_480/2021 vom 6. Dezember 2021 E.4.2.1 und 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E.5.2). Die kreisärztlichen Beurteilungen von Kreisarzt Dr. med. R._____, Facharzt für Chirurgie, speziell

Allgemeinchirurgie und Traumatologie, nach Untersuchung am 7. Oktober 2020 und via Aktenbeurteilungen am 21. Oktober 2020, 10. Dezember 2020, 19. Januar 2021 und 31. Mai 2022 besitzen vollen Beweiswert, erscheinen schlüssig und nachvollziehbar begründet. Sie basieren auf einer

- 30 - persönlichen Untersuchung am 7. Oktober 2020 und nach Einsicht in die umfassenden Akten, inkl. Bildgebung (siehe vorstehend den Behandlungs- und Beschwerdeverlauf aufgrund der Berichte des Spitals H._____, der Kliniken Q._____, O._____ und T._____ sowie den Kreisärzten), die ein vollständiges Bild geben über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status. Sie berücksichtigen die geklagten Schmerzen. Im Weiteren sind sie in sich widerspruchsfrei und es bestehen keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit.

E. 5.4

So sind auch nach dem Verfügungszeitpunkt vom 2. November 2020 ergangene Stellungnahmen (siehe die Berichte von Dr. med. S._____, T._____ Klinik, vom 17. November 2020 [Bg-act. 256] und 14. Januar 2021 [Bg-act. 264] sowie weitere nach Ergehen des angefochtenen Einspracheentscheids im Februar 2022 eingeholte Berichte der T._____ Klinik im April 2022 [Bf-act. 12-14]) nicht geeignet, an den Feststellungen von Kreisarzt Dr. med. R._____ auch nur geringe Zweifel zu wecken. Es sind darin keine Diagnosen und/oder Befunde gestellt worden, die von den kreisärztlichen Beurteilungen nicht erfasst und somit unbeurteilt geblieben wären. Gewisse Erkenntnisse, auf die der Beschwerdeführer sich beruft (z.B. des Spitals H._____ oder der Klinik Q._____), liegen zeitlich weiter zurück und damit in einem frühen Stadium der Abklärung und Behandlung und damit zwangsläufig nicht nach Vorliegen aller Akten resp. Bildgebungen. Der Bericht des Spitals H._____ vom 2. Mai 2019 beinhaltet offensichtlich Mutmassungen, wenn er als "wahrscheinlichste Ursache" für die geklagten Beschwerden die Instabilität des Hinterhornrestes am medialen Meniskus nennt, oder wenn es "möglicherweise" bei bestimmten Bewegungen zu einer Verschiebung des lockeren Hinterhorns in das Gelenk komme (Bg-act. 116). Die Feststellung von Kreisarzt Dr. med. M._____ vom 24. Mai 2019, dass die 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu akzeptieren sei, "bis die Behandlung erfolgreich etabliert sei" (Bg-act. 127), verdeutlicht den vorläufigen Charakter seiner

- 31 - Einschätzung. Zudem ist festzuhalten, dass noch deutlich positive Meniskuszeichen im Laufe des Jahres 2019 sodann im Oktober 2020 bei der kreisärztlichen Untersuchung negativ waren (Bg-act. 239 S. 3). Die Bildgebungen der MRI, insbesondere dasjenige vom 4. Juni 2020, wurden kreisärztlich analysiert und führten Kreisarzt Dr. med. R._____ zum nachvollziehbaren und schlüssig begründeten Schluss, dass die Beschwerden am linken Kniegelenk mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht meniskopriv seien und von weiteren Behandlungen keine wesentliche Besserung mehr erwartet werden könne, so dass von weiteren operativen Eingriffen Abstand zu nehmen sei.

E. 5.5

Die Beurteilungen des Spitals H._____ und der Kliniken O._____, Q._____ und T._____ vermögen keine Zweifel an den kreisärztlichen Beurteilungen vom 9. Oktober 2020 (Bg-act. 239), vom 10. Dezember 2020 (Bg-act. 260) und vom 31. Mai 2022 (Beilage 2 zur Duplik) zu wecken, zumal sie auch keine abweichenden Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit beinhalten oder ein abweichendes Zumutbarkeitsprofil definieren. So hielt Kreisarzt Dr. med. L._____ bereits am 28. Juni 2019 fest, dass unfallbedingt eine 100%ige

Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der Zumutbarkeit für das Knie möglich sein sollte. Er erachtete eine erneute kreisärztliche Untersuchung der Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als sinnvoll (Bg-act. 138 S. 2). Kreisarzt Dr. med. M._____ beurteilte am 24. Juli 2019, dass eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit ab 17. Juli 2019 vorliege; dabei handle es sich um eine leichte Tätigkeit, die überwiegend im Sitzen erbracht werden könne (Bg-act. 147 S. 3). Dr. med. N._____, Klinik O._____, hielt am 28. August 2019 eine sitzende Tätigkeit uneingeschränkt oder sicher adaptiert als sicherlich zumutbar; mit möglichen Einschränkungen sei allenfalls bei der An- und Abreise zur Arbeit bzw. bei der Mobilität am Arbeitsplatz zu rechnen (Bg-act. 158 S. 2). Auch Kreisarzt Dr. med. R._____ erachtete mit Beurteilung vom

- 32 - 9. Oktober 2020 eine vollschichtige wechselbelastende Tätigkeit als uneingeschränkt möglich, wie auch das Heben von Lasten; hingegen sei auf Leitern steigen oder Gehen auf Gerüsten zu vermeiden, ebenso Arbeiten in Hocke- oder Kauerstellung. Als nicht zumutbar erachtete er hingegen das Tragen von schweren Lasten (Bg-act. 239 S. 4).

E. 5.6

Auch bestehen keine geringen Zweifel an der Einschätzung des Kreisarztes Dr. med. R._____, wonach von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers mehr erwartet werden kann. Bereits im Sprechstundenbericht des Spitals H._____ vom 5. Dezember 2019 hielt Dr. med. P._____ fest, er habe dem Beschwerdeführer erklärt, dass das Kniegelenk wahrscheinlich nicht wieder zu 100 % die volle Funktion zurückerhalten werde und eine komplett schmerzfreie Situation nicht zu erwarten sei; dies wäre unrealistisch. Hingegen sei sehr gut möglich, dass die aktuelle Beschwerdeproblematik deutlich reduziert werden könne (Bg-act. 192).

Kreisarzt Dr. med. R._____ dokumentierte aufgrund seiner Untersuchung des Beschwerdeführers am 7. Oktober 2020, das Knie präsentiere sich anlässlich der heutigen Untersuchung völlig reizlos und entsprechend ergusslos. Ein Druckschmerz, insbesondere in der medialen Gelenkspalte könne nicht ausgelöst werden, die Meniskuszeichen seien negativ. Der Schmerz könne auf Druck nicht ausgelöst werden. Er werde von brennendem Charakter angegeben, was eher für einen nervalen Schmerz spreche. Eine Verletzung des Ramus infrapatellaris Nervus sapheni im Bereich des medialen Arthroskopieportals könne aber ausgeschlossen werden. Die immer wieder auftretenden Blockaden sprächen anamnestisch zwar für eine Meniskusklaision. Ein charakteristisches Knacken zu Beginn oder beim Lösen der Blockaden fehle aber. Der vertikale Längsriss im medialen Meniskushinterhorn, der sich im MRI vom 4. Juni 2020 abbilde, sei nicht durchgängig, sodass ein Einschlagen desselben unwahrscheinlich erscheine. Das Beschwerdebild

- 33 - sei nicht meniskopriv, von einer Meniskustransplantation sei Abstand zu nehmen. Somatisch lasse sich das Beschwerdebild nicht erklären. Die symmetrische Beschwiellung und Muskulatur spreche nicht für eine mit den Beschwerden korrelierende Schmerzmittelinnahme im angegebenen Ausmass. Von weiteren Behandlungen könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine weitere wesentliche Besserung erwartet werden (Bg-act. 239 S. 4).

E. 5.7

Diese Einschätzung wurde nicht in Zweifel gezogen von Dr. med. S._____, T._____ Klinik, welcher im November 2020 ein flüssiges und hinkfreies Gangbild festhielt und in der klinischen Untersuchung des linken Knies reizlose Hautverhältnisse, keinen Erguss, keine

Rötung, keine Überwärmung; Flexion/Extension 135/0/0°; keine Druckschmerzen, keinen Patellaverschiebeschmerz. Bei Mobilisation des Kniegelenkes würden einschliessende Schmerzen medialseitig angegeben, auch stechende Schmerzangaben bei Rotation. MRI Knie links vom 4. Juni 2020 bei St. n. medialer Teilmenisektomie, wonach sich eine vertikale Läsion an der Basis des medialen Meniskushinterhorns zeige sowie geringgradige degenerative Veränderungen des medialen Knorpels; die anderen Kompartimente zeigten sich unauffällig; kein Erguss. In klinischer Untersuchung zeige sich ein stark überempfindliches Knie im Sinne eines chronifizierten Schmerzes. Die Schmerzangabe des Patienten und in der Anamnese aufgetretene Blockadeerscheinungen seien nicht unbedingt mit den morphologischen Befunden des MRIs klar vereinbar. Falls die Beschwerden vom Meniskus herrührten, sei mit einer Verbesserung der Situation zu rechnen. Es sei Vorsicht geboten bezüglich weiterem Vorgehen, da nicht klar gesagt werden könne, wieviel der Patient von der Implantation eines Allograft profitieren würde, so dass er ein schrittweises Vorgehen befürworte, d.h. primär eine Arthroskopie mit erneuter Beurteilung des Meniskus und Resektion von instabilen Anteilen; eine Implantation würde er nur bei entsprechender Symptomatik, d.h.

- 34 - Überlastungsschmerz und/oder Instabilität in Erwägung ziehen. Falls die Beschwerden vom Meniskus herrührten, sei mit einer Verbesserung der Situation zu rechnen, dies bei vorbestehendem Valgus (Bg-act. 256).

E. 5.8

Es ist nachvollziehbar, dass aufgrund dieser Einschätzung von Dr. med. S._____ Kreisarzt Dr. med. R._____ am 10. Dezember 2020 bei seiner Beurteilung blieb, dass der basisnahe Riss am Hinterhorn des medialen Meniskus, wenn überhaupt, im MRI vom 4. Juni 2020 nur im Bild 8 der Serie 10 abgebildet und nicht durchgängig sei. Unter Verweis auf seine Beurteilung vom 9. Oktober 2020 blieb er auch dabei, dass die minimale, nicht durchgängige Meniskusläsion medial – falls überhaupt vorhanden – mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu den anamnestisch berichteten Blockadefühlen führe und die Beschwerden entsprechend nicht meniskopriv seien. Gemäss Bildgebung und den bereits durchgeführten Arthroskopien lägen kein Überlastungsschmerz und auch keine Instabilität vor. Aufgrund von Zweifeln, ob eine Meniskuspathologie vorliege, sei von einer weiteren operativen Intervention Abstand zu nehmen.

E. 5.9

So vermag auch der Sprechstundenbericht der T._____ Klinik vom 14. Januar 2021 über die Persistenz von unklaren medialen Knieschmerzen mit intermittierend auftretenden Blockaden und der Planung einer "diagnostischen" Kniearthroskopie mit wahrscheinlich TME (Bg-act. 264), keine Zweifel an den kreisärztlichen Beurteilungen zu wecken, da sie von den kreisärztlichen Beurteilungen medizinisch nicht abweichen. Nach Ergehen des angefochtenen Einspracheentscheids am 15. Februar 2022 suchte der Beschwerdeführer erneut im April 2022 die T._____ Klinik auf (Bf-act. 12-14). Das MRI vom 21. April 2022 beurteilte einen Verdacht auf partielle Ablösung des medialen Meniskus im Hinterhornbereich/Wurzelbereich von der poplitealen Gelenkkapsel (Bf- act. 13). Mit bestätigtem Verdacht auf eine Basis Hinterhornläsion des Innenmeniskus und aufgrund der anhaltenden Beschwerden empfahl PD

- 35 - Dr. med. Worlicek die Arthroskopie mit TME (Bf-act. 14). Der Beschwerdeführer wurde über die Risiken des Eingriffs aufgeklärt, "insbesondere über das Risiko anhaltender

Beschwerden" (Bf-act. 14). Hieraus erhellt, dass auch der (zukünftige) Operateur an der T._____ Klinik nicht mit einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerde- führers rechnete. 5.10.1. So hielt auch Kreisarzt Dr. med. R._____ in seiner ausführlichen Aktenbeurteilung vom 31. Mai 2022 den relevanten Sachverhalt nach Aktenlage – zurückgehend bis ins Jahr 2016 – fest (Beilage 2 zur Duplik). Versicherungsmedizinisch sei am 16. Juli 2019 und 9. Oktober 2020 gestützt auf kreisärztliche Untersuchungen Stellung genommen worden; zusätzlich habe er am 10. Dezember 2020 eine ärztliche Beurteilung abgegeben. Betreffend das linke Kniegelenk des Versicherten seien bisher sieben MRI-Untersuchungen erfolgt. Das erste MRI datiere vom 10. November 2016. Am 13. Februar 2018 sei das zweite MRI erfolgt; es sei darin ein ausgedehnter horizontaler Riss am medialen Meniskushinterhorn diagnostiziert worden, der als eine fortschreitende Degeneration des Vorbefundes vom 10. November 2016 aufgefasst werden müsse. Dennoch sei die Unfallkausalität am 15. Oktober 2018 anerkannt worden. Eine erste arthroskopische TME sei am 27. April 2018 vorgenommen worden. Nach persistierenden Beschwerden sei am 27. August 2018 das MRI wiederholt worden. Am 10. Oktober 2018 sei erneut eine Kniegelenksarthroskopie mit nochmaliger TME medial vorgenommen worden. Bei der MRI-Untersuchung vom 30. April 2019 komme erstmals eine fragliche Kapselläsion in die Diskussion. Weiter seien am 4. Juni 2020 und dann wieder am 21. April 2022 ein MRI erstellt worden. Gemäss Bericht über die Sprechstunde in der T._____ Klinik vom 28. April 2022 habe sich der Verdacht auf eine Basis-Hinterhornläsion des Innenmeniskus bestätigt, es sei eine Arthroskopie mit TME empfohlen worden. Kreisarzt Dr. med. R._____ kam in überzeugender Weise zum

- 36 - Schluss, dass erst nach zwei Arthroskopien mit TME am 27. April 2018 und 10. Oktober 2018 resp. beim vierten MRI am 30. April 2019 erstmals eine fragliche Kapselläsion zur Diskussion stünde (Beilage 2 zur Duplik S. 1 f.). Gemäss Kreisarzt Dr. med. R._____ ist "festzuhalten, dass die gesamte Pathologie des medialen Meniskus im linken Kniegelenk einer Degeneration entspricht, da im primären MRI vom 10.11.2016 eine ausgeprägte mukoide Degeneration diagnostiziert wurde, die sich in der Folge zu einer Horizontalläsion des medialen Meniskus ausgeweitet hat, welche zweimal operativ angegangen wurde. Die Bakerzyste, die bereits 2016 bildgebend sichtbar war, ist als eine weitere degenerative Erscheinung, sekundär auf die mucoide Degeneration des medialen Meniscus aufzufassen, ebenso die oberflächlichen Knorpelschädigungen im medialen Gelenkkompartiment. Die Indikation zum MRI vom 13.02.2018 wird mit einer neuen Schwellung des linken Kniegelenkes bei vorbekannter Bakerzyste und degenerativen Veränderungen angegeben. Ein Unfallgeschehen wird nicht erwähnt. Dieses wird dann in der Schadenmeldung vom 03.05.2028 (recte: 2018) mit Schadendatum 08.01.2018 geltend gemacht. Ohne Läsion der medialen Bandstrukturen ist eine unfallkausale Destruktion des medialen Meniskushinterhorns in der Konfiguration eines Horizontalrisses aber überwiegend unwahrscheinlich. Traumatische Läsionen liegen meist in der Peripherie nahe dem meniskosynovialen Übergang und stellen sich als Längsrisse oder Radiärrisse dar. Degenerationen hingegen sind überwiegend Horizontallappen- und Komplexrisse [1; Rupp et al, Meniscusläsion, Orthopäde 2002, 31:812-831]. In diesem Fall lag zum Operationszeitpunkt eine ausgedehnte Horizontalläsion vor. Dennoch wurde die Unfallkausalität versicherungsmedizinisch anerkannt." (Beilage 2 zur Duplik S. 3).

- 37 - 5.10.2. Kreisarzt Dr. med. R._____ beurteilte weiter, dass eine partielle Ablösung der medialen Meniskuswurzel von der Gelenkkapsel dorsal überwiegend wahrscheinlich die

vom Versicherten angegebenen rezidivierenden Blockadeereignisse nicht erklärten, denn dieser Meniscus könne sich überwiegend wahrscheinlich nicht ins Gelenk einschlagen, da er noch zu stark an die dorsale Kapsel fixiert sei (nur partiell abgelöst). Eine dafür notwendige vollständige Ablösung sei nicht der Fall und sei auch anlässlich der zweiten TME vom 10. Oktober 2018 bestätigt worden, indem der Restmeniscus als völlig stabil beurteilt worden sei. Die Beschwerden seien somit weiterhin nicht meniskopriv. Entscheidend sei, dass die für die aktuellen Beschwerden verantwortlich gemachte kapselnahe Partiaalläsion des medialen Meniscus erstmals am 30. April 2019 im MRI als diskrete Unterflächenläsion diagnostiziert worden sei. In den drei vorangegangenen MRIs sowie während der beiden operativen Eingriffe sei keine solche Läsion erkannt worden. Somit sei unwahrscheinlich anzunehmen, dass ohne weitere Traumatisierung des linken Kniegelenkes eine derartige Läsion "plötzlich" entstanden sei. Diese Läsion, sollte sie denn wirklich vorhanden sein, entspreche somit keiner Schädigung, die auf das Unfallereignis vom 8. Januar 2018 zurückgeführt werden müsste. Somit seien die Beschwerden weiterhin nicht meniskopriv, eine arthroskopische Abklärung sei nicht indiziert und werde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Besserung der Unfallfolgen bringen (Beilage 2 zur Duplik S. 3). Diese Beurteilung – zusammen mit den früheren kreisärztlichen Beurteilungen in den Jahren 2019 bis 2021 – überzeugt, ist schlüssig, nachvollziehbar begründet, in sich widerspruchsfrei und es bestehen keine Indizien, die gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen. Zumal ihnen auch keine fachmedizinischen gegenteiligen Einschätzungen entgegenstehen. Die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. med. R. _____ sind voll beweiswertig.

- 38 -

E. 5.11

Aufgrund des Gesagten bestehen keine auch nur geringen Zweifel, dass sich aus den kreisärztlichen Beurteilungen vom 9. Oktober 2020, 21. Oktober 2020, 10. Dezember 2020 und 31. Mai 2022 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ergibt, dass das Beschwerdebild nicht meniskopriv ist, sich somatisch nicht erklären lässt und von weiteren Behandlungen keine wesentliche Besserung mehr erwartet werden kann. Die IV-Arbeitsvermittlung war nach Aktenlage im April 2020 abgeschlossen (Bg-act. 194 S. 693). Ein Anhaltspunkt dafür, dass mit einer weiteren Diagnostik und operativen Eingriffen zumindest eine Verbesserung des Zumutbarkeitsprofils hätte erzielt werden können, ist nicht ersichtlich. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung sieht nicht vor, dass der Fallabschluss solange hinausgezögert werden muss, bis überhaupt keine ärztliche Behandlung mehr geboten ist. Dieser bedingt gerade keinen "Endzustand der medizinischen Behandlung und Therapie" (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_359/2023 vom 12. Juli 2023 E.4.1 mit weiteren Hinweisen). Es erübrigen sich somit weitere Abklärungen (Art. 43 ATSG). Der Fallabschluss (Art. 19 UVG) und die Leistungseinstellung per 1. November 2020 sind somit nicht zu beanstanden. Auf die Beweismassnahme, wie es dem Beschwerdeführer (in der Replik [Gerichtsakte A3 S. 4]) mittels Einholens eines Gutachtens betreffend die Art der Verletzung, die Kausalität und die korrekte Behandlungsmethode sowie die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorschwebt, kann aufgrund ausreichender Abklärung und Feststellung des Sachverhalts in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden, da keine entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (BGE 144 V 361 E.6.5; Urteil des Bundesgerichts 8C_52/2023 vom 6. Juli 2023 E.4.2.2 mit weiteren Hinweisen).

E. 6

Am 17. resp. 18. September 2018 erfolgte eine Neuanmeldung bei der IV. Bereits im Mai 2016 hatte A._____ aufgrund persistierender Rücken- schmerzen um Leistungen der IV ersucht und im Juni 2018 eine befristete IV-Rente zugesprochen erhalten. Damals im Mai 2016 gab der Beschwerdeführer bei der IV-Anmeldung an, seit 20. Februar 2016 unter einschiessenden, brennenden, stechenden Schmerzen ins linke Bein bis zur Wade, teilweise auch Kribbeln, zu leiden. Am 18. August 2016 erging die Diagnose des G._____ eines neuropathischen Schmerzsyndroms des linken Beines unklarer Ätiologie.

E. 6.1

Zu prüfen gilt es weiter den Rentenanspruch (Art. 18 UVG; Art. 16 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach

- 39 - Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen [IVEK]), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen [VEK]; Art. 16 ATSG [allgemeine Methode des Einkommensvergleichs]; vgl. BGE 148 V 195 E.2.2, 145 V 141 E.3, 143 V 295 E.2). Für die Festsetzung des IVEK ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzielt Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (vgl. BGE 148 V 174 E.6.2, 143 V 295 E.2.2 und 139 V 592 E.2.3; Urteile des Bundesgerichts 8C_767/2021 vom 9. August 2022 E.5.1, 8C_636/2021 vom 10. November 2021 E.3.2, 8C_315/2020 vom 24. September 2020 E.3.2 und 8C_631/2019 vom 18. Dezember 2019 E.3; FORSTER, in: STAUFFER/CARDINAUX [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum ATSG, Zürich/Basel/Genf 2021, Art. 16 Rz. 29).

E. 6.2

Aufgrund vorstehender Ausführungen ist die Beschwerdegegnerin rechtmässigerweise von folgendem Zumutbarkeitsprofil bei der Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente ausgegangen: Vollschriftliche,

- 40 - uneingeschränkte wechselbelastende Tätigkeit. Zu vermeiden ist das Besteigen von Leitern oder Gehen auf Gerüsten sowie Arbeiten in Hocke- oder Kauerstellung. Das Heben von Lasten ist möglich, das Tragen von schweren Lasten aber nicht zumutbar (vgl. kreisärztliche Beurteilung vom 9. Oktober 2020 [Bg-act. 239 S. 4]). Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Berechnung des IVEK von CHF 65'542.00 (CHF 5'417.00 x 12 : 40 x 41.7 x 1.009 x 1.009, unter Berücksichtigung eines Abzuges von 5 % für die leidensbedingten Einschränkungen), auf die statistischen Löhne der schweizerischen

Lohnstrukturerhebung (LSE) für das Jahr 2018, Tabelle TA1, privater Sektor, Total Kompetenzniveau 1, Männer, der Wochen- arbeitszeit von 41.7 Stunden und der Nominallohnentwicklung angepasst.

E. 6.3

Der Beschwerdeführer ging zum Zeitpunkt der Verfügung vom 2. November 2020 keiner Arbeit mehr nach, so dass die Beschwerde- gegnerin zur Ermittlung des IVEK zu Recht auf die Tabellenlöhne der LSE abgestellt hat. Als ebenso korrekt erweist sich, und wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht beanstandet, die Anwendung der LSE 2018, Tabelle TA1, privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Total, Männer, und damit das sich daraus auf die Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden und der Nominallohnentwicklung angepasste Einkommen von CHF 68'992.00. Unter Berücksichtigung eines Abzuges von 5 % für die leidensbedingten Einschränkungen ergab sich demnach ein noch zumutbares erzielbares Einkommen von CHF 65'542.00. Diese Berechnung beanstandet der Beschwerdeführer einzig punkto dem Leidensabzug von 5 %, da dieser Leidensabzug seinen Einschränkungen nicht gerecht werde.

E. 6.4

Wird das IVEK auf der Grundlage von statistischen Lohndaten wie namentlich der LSE ermittelt, ist der so erhobene Ausgangswert gemäss ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter,

- 41 - Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungs- grad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und die versicherte Person je nach Ausprägung deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurch- schnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen. Die bisherige Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug vom Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeiter- tätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltenen gesundheitlichen Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (zum Ganzen: BGE 148 V 174 E.6.3, 146 V 16 E.4.1, 135 V 297 E.5.2; Urteile des Bundesgerichts 8C_156/2022 vom 29. Juni 2022 E.6.2, 8C_55/2022 vom 19. Mai 2022 E.6.1.2 und 8C_433/2020 vom 15. Oktober 2020 E.8.1). Praxisgemäss können persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad einen auf höchstens 25 % begrenzten Leidensabzug von dem nach den LSE- Tabellenlöhnen zu ermittelnden Invalideneinkommen rechtfertigen, soweit anzunehmen ist, dass die trotz des Gesundheitsschadens verbleibende Leistungsfähigkeit infolge eines oder mehrerer dieser Merkmale auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwertet werden kann (vgl. BGE 148 V 174 E.6.3, 146 V 16 E.4.1, 135 V 297 E.5.2; Urteile des Bundesgerichts 8C_383/2022 vom 10. November 2022 E.4.2.4, 8C_617/2021 vom 28. Juni 2022 E.4.3.2 und 8C_682/2021 vom

13. April 2022 E.11.1). Nach Auffassung des Gerichts ist der Leidensabzug von 5 % nicht zu beanstanden, ist doch keines der

- 42 - Leidensabzug-Kriterien ersichtlich resp. erfüllt, welches einen höheren Leidensabzug begründen würde, und wird dies vom Beschwerdeführer auch nicht näher substantiiert.

E. 6.5

Bei der Ermittlung des Valideneinkommens (VEK) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und ihrer persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdient hätte (Urteil des Bundesgerichts 8C_489/2022 vom 9. März 2023 E.6.5.3 mit Hinweisen auf BGE 135 V 58 E.3.1). Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen (Urteile des Bundesgerichts 8C_134/2021 vom 8. September 2021 E.3.2 und 8C_662/2019 vom 26. Februar 2020 E.3.1). Nicht massgebend ist, was sie bestenfalls verdienen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungsgrundsatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (vgl. etwa BGE 144 I 103 E.5.3, 139 V 28 E.3.3.2, 135 V 58 E.3.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_98/2023 vom 10. August 2023 E.5.2.3, 8C_489/2022 vom 9. März 2023 E.6.5.3, 8C_339/2022 vom 9. November 2022 E.6.2). Das VEK wurde von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die LSE 2018, Tabelle TA1, privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Total, Männer, umgerechnet auf die Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden und der Nominallohnentwicklung angepasst (CHF 5'417.00 x 12 : 40 x 41.7 x 1.009 x 1.009) auf CHF 68'992.00 festgelegt und blieb unangefochten, so dass darauf abzustellen ist.

E. 6.6

Wird das derart errechnete VEK in Beziehung gesetzt zum IVEK, ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 5 % (VEK CHF 68'992.00 / IVEK CHF 65'542.00), der folglich nicht rentenbegründend ist (vgl. Art. 18

- 43 - Abs. 1 UVG). Demzufolge ist die Verneinung eines Rentenanspruchs durch die Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden. 7. Der Beschwerdeführer beanstandet schliesslich die Verneinung des Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung. Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn er durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Nach Art. 36 Abs. 1 UVV gilt ein Integritätsschaden als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht (Satz 1); er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird (Satz 2). Laut Art. 25 Abs. 1 UVG wird die Integritätsentschädigung in Form einer Kapitalleistung gewährt (Satz 1). Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Satz 2). Nach Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Gemäss Abs. 2 dieser Vorschrift gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der

Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (vgl. BGE 124 V 29 E.1b mit weiteren Hinweisen) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die im Anhang 3 zur UVV genannten Integritäts- schäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritäts- schäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 Satz 1). In diesem Zusammenhang hat die B._____ in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala zusätzliche Bemessungs- grundlagen in tabellarischer Form erarbeitet. Diese in den Mitteilungen der

- 44 - Medizinischen Abteilung der B._____ herausgegebenen Tabellen zur Integritätsentschädigung gemäss UVG stellen Feinraster für die Bemessung dar. Sie sind, soweit sie lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (vgl. BGE 124 V 29 E.1c, 116 V 156 E.3a mit weiteren Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_478/2022 vom 30. Mai 2023 E.6.1). Für Integritätsschäden von weniger als 5 % besteht kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (vgl. dazu Ziff. 1 Abs. 3 im Anhang 3 zur UVV). Die Feststellung des Integritätsschadens ist eine Tatfrage, die ein Mediziner zu beurteilen hat (vgl. BGE 140 V 193 E.3.2; Urteile des Bundesgerichts 8C_1/2023 vom 6. Juli 2023 E.9.1, 8C_653/2020 vom 15. Februar 2021 E.5.1 und 8C_762/2019 vom 12. März 2020 E.6.3; vgl. auch BERGER, in: FRÉSARD-FELLY/LEUZINGER/ PÄRLI [Hrsg.], Basler Kommentar zum Unfallversicherungsgesetz, Basel 2019, Art. 25 Rz. 13, wonach die Bestimmung des Grades des Integritätsschadens eine primär medizinische Aufgabe ist, die entsprechend den Ärzten zufällt). Dabei beurteilt sich die Schwere des Integritätsschadens einzig nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischem Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Allfällige individuelle Besonderheiten der versicherten Person bleiben, im Gegensatz zur privatrechtlichen Genugtuung, unberücksichtigt (vgl. BGE 115 V 147 E.1, 113 V 218 E.4b; Urteile des Bundesgerichts 8C_756/2019 vom 11. Februar 2020 E.4.2, 8C_812/2010 vom 2. Mai 2011 E.6.2). Gegen die Verneinung einer Integritätsentschädigung mangels Erreichens der Erheblichkeitsschwelle aufgrund der fachärztlichen Einschätzung von Kreisarzt Dr. med. R._____ (vgl. die kreisärztliche Beurteilung vom 9. Oktober 2020 [Bg-act. 239]) und der durch ihn erhobenen Befunde (Extension/Flexion Extension/Flexion Knie links 130-0-5 Grad, rechts 140- 0-5 Grad), verglichen mit den massgebenden Tabellenwerten der B._____ (vgl. UVG-Tabelle 2 [Revision 2000], Integritätsschaden bei

- 45 - Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten; abrufbar unter: https://www.B._____.ch/de-ch/download/factsheets/tabelle-02---integritaetsschaden-bei-funktionsstoerungen-an-den-unteren-extremi-taeten/standard-variante; letztmals besucht am 12. September 2023), bringt der Beschwerdeführer nichts Substanziertes vor und ist auch den Akten nichts zu entnehmen, so dass es hierbei sein Bewenden hat.

E. 7

Am 10. Oktober 2018 erfolgte infolge erneuter Rissbildung am Hinterhorn des medialen Meniskus erneut eine Arthroskopie mit TME medial mit Diagnose eines Längsrisses am Hinterhorn medialer Meniskus Knie links.

E. 8

Am 15. Oktober 2018 beurteilte der Versicherungsmediziner Dr. med. L._____, Facharzt für Orthopädie, dass die Beschwerden überwiegend wahrscheinlich unfallkausal seien, da intraoperativ keine begleitenden degenerativen Veränderungen im Bereich des medialen Kompartiments beschrieben seien. Es könne allenfalls zu einer geringen Bewegungseinschränkung kommen und langfristig sei die Entwicklung eines Kniegelenkverschleisses möglich. Die Re-Arthroskopie vom 10. Oktober 2018 sei überwiegend wahrscheinlich die Folge des Eingriffs vom 27. April 2018 und damit unfallkausal.

E. 8.1

Zusammenfassend erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. Februar 2022 somit als rechters, womit die Beschwerde abzuweisen ist. Gemäss Art. 61 lit. fbis ATSG sind Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Die Sonderbestimmungen zur Rechtspflege gemäss Art. 105 ff. UVG sehen keine generelle Kostenpflicht vor. Damit sind unfallversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren über Leistungen in der Regel weiterhin kostenlos. Vorbehalten bleibt die Kostenaufgabe infolge – in casu nicht vorliegenden – mutwilligen oder leichtsinnigen Verhaltens (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis in fine ATSG). Für das vorliegende Verfahren sind daher keine Kosten zu erheben.

E. 8.2

Ein Parteikostenersatz steht der obsiegenden Beschwerdegegnerin gemäss Art. 61 lit. g ATSG nicht zu.

E. 9

Mit Schreiben vom 9. November 2018, 14. Dezember 2018 und

E. 9.1

Zu prüfen bleibt, ob dem Beschwerdeführer die beantragte unentgeltliche Rechtsverteidigung zu gewähren ist. Nach Art. 29 Abs. 3 BV hat jede Person, die nicht über die erforderlichen Mittel verfügt, Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege, wenn ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Als bedürftig gilt eine Person, wenn sie unter Berücksichtigung ihrer gesamten wirtschaftlichen Situation die Kosten eines Prozesses nicht aufzubringen vermag, ohne jene Mittel anzugreifen, die für die Deckung des eigenen notwendigen Lebensunterhalts und desjenigen ihrer Familie erforderlich sind (vgl. BGE 144 III 531 E.4.1 und 141 III 369 E.4.1). Als

- 46 - aussichtslos sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Prozessbegehren anzusehen, bei denen die Gewinnaussichten beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und die deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die nötigen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zu einem Prozess entschliessen würde; eine Partei soll einen Prozess, den sie auf eigene Rechnung und Gefahr nicht führen würde, nicht deshalb anstrengen können, weil er sie nichts kostet (BGE 140 V 521 E.9.1, 139 III 475 E.2.2, 138 III 217 E.2.2.4 mit Hinweisen). Die beschwerdeführende Person hat ausserdem, wo die Verhältnisse es rechtfertigen, Anspruch auf unentgeltlichen Rechtsbeistand (vgl. Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 76 Abs. 3 VRG), sofern die Verteidigung durch einen Anwalt oder eine Anwältin notwendig oder doch

geboten ist (vgl. BGE 135 I 1 E.7.1, 132 V 200 E.4.1, 131 V 155 E.3.1 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_374/2022 vom 5. Dezember 2022 E.6.1). Die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege befreit von allen behördlichen (inkl. gerichtlichen) Kosten und Gebühren. Die Vorschriften über die Erstattung (Art. 77 VRG) bleiben ausdrücklich vorbehalten. Die Entschädigung richtet sich nach der Anwalts- gesetzgebung (Art. 76 Abs. 3 VRG). Gemäss Art. 5 der Verordnung über die Bemessung des Honorars der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte (Honorarverordnung, HV; BR 310.250) wird für den berechtigten Aufwand der unentgeltlichen Vertretung ein Honorar von CHF 200.00 pro Stunde zuzüglich notwendige Barauslagen und Mehrwertsteuer ausgerichtet.

E. 9.2

Der Beschwerdeführer und seine Ehefrau sind Eltern von zwei Kleinkindern, geb. V._____ und W._____ (Bf-act. 4). Die Eheleute verfügten im Jahr 2021 weder über ein steuerbares Einkommen noch über Vermögen (Bf-act. 5); die Ehefrau erzielte im Jahr 2021 ein - 47 - Nettoerwerbseinkommen von CHF 43'055.00 (Bf-act. 6). Ab 1. September 2021 bezog die Familie wirtschaftliche Sozialhilfe in der Höhe von monatlich CHF 666.75 (Bf-act. 7). Mit Verfügung vom 22. November 2021 wurde der Familie zudem die Prämienverbilligung für das Jahr 2022 gewährt (Bf-act. 9). Die prozessuale Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ist damit ausgewiesen. Eine anwaltliche Vertretung im vorliegenden Verfahren war angesichts der Verhältnisse zumindest sachlich geboten, zudem kann die Beschwerde auch nicht als aussichtslos bezeichnet werden. Die unentgeltliche Verbeiständung durch Rechtsanwältin lic. iur. Karin Caviezel ist somit zu bewilligen. Mit der Honorarnote vom 18. Juli 2023 wird ein vertretbarer Aufwand von 9 Stunden und 50 Minuten (9.83 Std.) geltend gemacht. Die Entschädigung beläuft sich demnach auf CHF 2'180.90 (d.h. 9.83 Stunden à CHF 200.00 [CHF 1'966.00] zzgl. 3 % Spesenpauschale [CHF 59.00] und 7.7 % MWST [CHF 155.90]). Dieser Betrag für die unentgeltliche Verbeiständung geht (vorläufig) zu Lasten der Gerichtskasse. Gemäss Art. 77 VRG sind erlassene Gerichtskosten und die Kosten für die unentgeltliche Rechtsvertretung zu erstatten, wenn sich die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Beschwerdeführers dereinst verbessern sollten.

- 48 - III. Demnach erkennt das Gericht:

E. 11

April 2019 war gegenüber der Voruntersuchung eine beginnende Knorpeldegeneration im medialen Kompartiment femoral im gewichtstragenden Anteil vorhanden.

E. 12

Die Taggelder wurden per 30. April 2019 eingestellt. Nach weiteren Abklärungen und Behandlungen kam die B._____ auf diesen Entscheid zurück und richtete weiterhin Taggelder aus.

- 5 -

E. 13

Im MRI vom 30. April 2019 ergab sich bei St.n. erneuter TME folgendes: etwas verkürzteres Innenmeniskushinterhorn und Pars intermedia mit wiederum leichter Signalanhebung des meniskokapsulären Übergangs. Allenfalls ganz diskrete Unterflächenläsion des Hinterhorns am Übergang zur Pars intermedia, kein tiefgreifender

Riss; intakter Seitenbandapparat mit narbigen Veränderungen. Ganz diskrete Zeichen eines Tractus iliotibialis-Frictionssyndromes. Minimaler Gelenkerguss mit winziger Bakerzyste.

E. 14

Im Bericht des Spitals H._____ vom 2. Mai 2019 über die Orthopädische Sprechstunde vom 30. April 2019 wurde die Instabilität des Hinterhornrestes am medialen Meniskus als die wahrscheinlichste Ursache für die geklagten Beschwerden und aufgetretenen Blockierungen erachtet. Möglicherweise komme es bei bestimmten Bewegungen zu einer Verschiebung des lockeren Hinterhorns in das Gelenk, was die Beschwerden auslöse. Wahrscheinlich werde eine neue Arthroskopie mit Ausräumung des medialen Hinterhornrestes unumgänglich sein. Dr. med. K._____ attestierte weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit.

E. 15

Kreisarzt Dr. med. L._____ bejahte am 13. Mai 2019 die Kausalität zwischen dem Unfallereignis und dem Schaden, der nun erneut operiert werden sollte; hingegen verneinte er eine volle Arbeitsunfähigkeit.

E. 16

Mit ärztlichem Bericht vom 22. Mai 2019 nahm Dr. med. K._____ Stellung zur kreisärztlichen Beurteilung vom 13. Mai 2019. Er führte an, dass die Beschwerden des Patienten mit den Ergebnissen der klinischen Untersuchung und den MRI-Bildern zusammenpassten; sie sprächen für eine Instabilität des Hinterhornrestes des medialen Meniskus. Am 17. Mai 2019 sei eine Infiltration mit LA/Kortison erfolgt, bis Datum Bericht- erstattung habe damit kein positiver Effekt erzielt werden können. Somit müsse über eine Re-Arthroskopie mit Ausräumung des medialen Hinterhorns nachgedacht werden.

- 6 -

E. 17

Am 24. Mai 2019 plädierte der Versicherungsmediziner Dr. med. M._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, für das Akzeptieren einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit, bis die Behandlung erfolgreich etabliert sei. Er war der Ansicht, dass die Re-Arthroskopie eher zu befürworten sei.

E. 18

Gemäss Sprechstundenbericht des Spitals H._____ vom 20. Juni 2019 erachtete Dr. med. K._____ nach nochmaliger Infiltration und bei immer wieder auftretenden Blockierungen mit entsprechenden Beschwerden eine Re-Arthroskopie mit Ausräumung des medialen Hinterhorns als indiziert.

E. 19

Kreisarzt Dr. med. L._____ bejahte am 28. Juni 2019 zumindest eine teilweise Arbeitsfähigkeit wegen des Knies resp. eine 100%ige Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der Zumutbarkeit für das Knie – d.h. in adaptierter Tätigkeit ab 17. Juli 2019 – und eine Arthroskopie.

E. 20

Am 16. Juli 2019 erfolgte eine weitere kreisärztliche Untersuchung. Dr. med. M._____ führte in seiner Beurteilung vom 24. Juli 2019 aus, der Versicherte beklage ein heftiges

Leidensbild, angeblich mit rezidivierenden Blockierungen, was in grober Diskrepanz zum klinischen Eindruck eines reizlosen, nicht überwärmten Kniegelenkes ohne Erguss hinweise stehe. Es liege ein völlig indolenter medialer und lateraler femorotibialer Gelenkspalt vor. Beim geklagten Schmerzpunkt fehle eine Druckdolenz. Beim Ausziehen der Schuhe und Socken werde mühelos eine Flexion von 120 Grad erreicht. Dagegen gebe der Versicherte bei der aktiven Knieflexion an, nicht über 90 Grad flektieren zu können. Dr. med. M._____ hielt fest, dass der Eindruck einer erheblichen Symptomausweitung bestehe; aus klinischer Sicht sei keine Indikation für eine dringende Behandlungsmassnahme gegeben. Er erachtete eine ganztägige adaptierte Tätigkeit ab 17. Juli 2019 als machbar, wobei es sich um eine leichte Tätigkeit, die überwiegend im Sitzen erbracht werden

- 7 - könne, handle. Gestützt darauf stellte die B._____ die Taggeldleistungen rückwirkend per 16. Juli 2019 ein.

E. 21

Mit Bericht über die konsiliarische Untersuchung vom 28. August 2019 hielt Dr. med. N._____, Leitender Arzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie an der Klinik O._____, fest, bei der Untersuchung des linken Knies im Liegen zeigten sich reizlose Haut- und Narben- verhältnisse, kein Anhaltspunkt für intraartikulären Erguss, freie Flexion/Extension (maximale Flexion endphasig leicht schmerzhaft), rotatorisch und translatorisch stabil, harter Anschlag beim Lachman-Test, diffuse Druckdolenz anteromedial, deutlich pathologische mediale Meniskuszeichen mit schmerzhaftem Steinmann-1-Zeichen und Vierer- Zeichen, DMS intakt. Er erachtete grundsätzlich eine sitzende Tätigkeit uneingeschränkt oder allenfalls adaptiert als sicherlich zumutbar und bezeichnete eine Re-Arthroskopie als indiziert.

E. 22

Am 16. September 2019 machte Kreisarzt Dr. med. M._____ zum weiteren Behandlungsprozedere keine Bemerkungen.

E. 23

Auf Zuweisung des Spitals H._____ im September 2019 erstellte die Klinik Q._____ am 22. Oktober 2019 den Sprechstundenbericht und übernahm darin die zuvor vom Spital H._____ gestellte Diagnose einer multidirektionalen und aktuell basisnahen vertikalen Läsion im Hinterhorn medialer Meniskus Knie links und Verdacht auf Instabilität des Hinterhornrests medialer Meniskus. Bei hoher Beschwerdelast sei ein operatives Vorgehen indiziert. Primär würde der Restmeniskus entfernt. Es zeige sich bereits eine fokale Chondropathie medial im femorotibialen Gelenk, welche sich höchstwahrscheinlich bei entferntem Restmeniskus verschlechtern werde, entsprechend könne im Verlauf die Implantation eines Meniskus diskutiert werden. Die untersuchenden Ärzte empfahlen in jedem Fall den ersten Teil der operativen Behandlung.

- 8 -

E. 24

Kreisarzt Dr. med. M._____ erachtete am 14. November 2019 die genannte Behandlung als empfehlenswert und erwartete dadurch eine wesentliche Verbesserung des Zumutbarkeitsprofils bzw. des medizinischen Gesundheitszustands.

E. 25

Im Sprechstundenbericht des Spitals H._____ vom 5. Dezember 2019 hielt Dr. med. P._____, (neu) Leitender Arzt Orthopädie am Spital H._____, fest, er habe dem Versicherten erklärt, dass das Kniegelenk wahrscheinlich nicht wieder zu 100 % die volle Funktion zurückerhalten werde und nicht eine komplett schmerzfreie Situation zu erwarten sei. Dies wäre unrealistisch. Hingegen sei sehr gut möglich, dass die aktuelle Beschwerdeproblematik deutlich reduziert werden könne. Gemäss dem Versicherten seien in der Klinik Q._____ nun zwei Operationen geplant: zunächst werde der Meniskus entfernt und etwa einen Monat später erfolge die Implantation eines Ersatzmeniskus. Am 11. Dezember 2019 teilte die Klinik Q._____ der B._____ mit, dass sie nur noch auf das Einverständnis des Versicherten für die voraussichtlich im Januar/Februar 2020 geplante Operation warte. A._____ informierte folglich am 18. Dezember 2019 die B._____ über den am 16. Januar 2020 stattfindenden Besprechungstermin. In der Sprechstunde der Klinik Q._____ vom 16. Januar 2020 wurden nochmals die operativen Möglichkeiten bzw. eine Meniskus-Allograft-Transplantation besprochen. A._____ verschob die auf den 27. Februar 2020 geplante MRI- Untersuchung daraufhin ohne Begründung auf den Monat April 2020. Die Untersuchung fand in der Folge aufgrund der Covidpandemie nicht statt. Nach der Aktenlage erfolgte am 29. April 2020 der Abschluss der Arbeitsvermittlung. Anschliessend vereinbarte A._____ erst im Juli 2020 wieder einen Termin, der auf Intervention der B._____ auf den Monat Juni 2020 festgesetzt wurde.

E. 26

Der Bericht der Klinik Q._____ vom 8. Juni 2020 besagt, dass bildmorphologisch weiterhin eine mediale Meniskusläsion nach

- 9 - erfolgter TME mit tibialer sowie femoral ausgeprägter Chondropathie im medialen Gelenkkompartiment bestehe. Zunächst solle eine Kniearthros- kopie mit TME und Débridement und später, sollte es zur Persistenz der Beschwerden kommen, im einem weiteren Schritt eine Meniskus-Allograft- Transplantation vorgenommen werden. Die auf den 19. August 2020 angesetzte Operation in der Klinik Q._____ wurde zunächst auf Wunsch von A._____ auf den 30. September 2020 verschoben und später auf Intervention der B._____ hin wieder auf den ursprünglichen Termin festgesetzt. Einen Tag vor der Operation sagte A._____ die Operation aufgrund eines positiven Covid-19-Tests wieder ab, weshalb der Termin neu auf den Monat Oktober 2020 festgelegt wurde.

E. 27

Am 19. August 2020 hielt Kreisarzt Dr. med. L._____ fest, dass die geplante Behandlungsmassnahme keine wesentliche Verbesserung der funktionalen Leistungsfähigkeit resp. des medizinischen Gesundheits- zustandes bringe, zumal bereits vor 16 Monaten MR-morphologisch eine geringe Ausdünnung des Knorpels medialeseitig dokumentiert worden sei.

E. 28

Gestützt auf die kreisärztliche Untersuchung vom 7. Oktober 2020 durch Dr. med. R._____, Facharzt für Chirurgie, speziell Allgemein Chirurgie und Traumatologie, wurde A._____ mitgeteilt, dass eine vollschichtige wechselbelastende Tätigkeit uneingeschränkt möglich sei. Zu vermeiden sei das Besteigen von Leitern oder Gehen auf Gerüsten sowie Arbeiten in Hocke- oder Kauerstellung. Das Heben von Lasten sei möglich, das Tragen von schweren Lasten aber nicht zumutbar. Von weiteren Behandlungsmassnahmen (geplante Operation) erwartete der Kreisarzt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine erhebliche

Verbesserung des zumutbaren Belastungsprofils. Er erachtete die Erheblichkeitsgrenze für die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung als nicht erreicht.

E. 29

Nach vorgängiger Ankündigung des Fallabschlusses stellte die B._____ mit Verfügung vom 2. November 2020 die Taggeldleistungen per

- 10 -

E. 31

Am 1. Dezember 2020 erhob A._____ Einsprache gegen die Verfügung der B._____ vom 2. November 2020.

E. 32

Unter Verweis auf seine Beurteilung vom 9. Oktober 2020 blieb Kreisarzt Dr. med. R._____ mit Bericht vom 10. Dezember 2020 dabei, dass die minimale, nicht durchgängige Meniskusläsion medial – falls überhaupt vorhanden – mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu den anamnestisch berichteten Blockadegefühlen führe und dementsprechend die Beschwerden nicht meniskopriv seien. Deshalb sei von einer weiteren operativen Intervention Abstand zu nehmen.

E. 33

Mit Sprechstundenbericht der T._____ Klinik vom 14. Januar 2021 wurde eine Persistenz von unklaren medialen Knieschmerzen mit intermittierend auftretenden Blockaden beurteilt und eine "diagnostische" Kniearthroskopie mit wahrscheinlich TME geplant.

- 11 -

E. 34

Dazu liess Kreisarzt Dr. med. R._____ am 19. Januar 2021 verlauten, es seien mit diesem Bericht keine neuen Erkenntnisse hinzugekommen, somit ergäbe sich keine Änderung hinsichtlich den früheren kreisärztlichen Beurteilungen vom 8. Oktober 2020, vom 21. Oktober 2020 und vom 10. Dezember 2020; eine Kostengutsprache für die vorgesehene Kniearthroskopie könne nicht gegeben werden.

E. 35

Mit Einsprachebegründung vom 2. März 2021 liess A._____ die Aufhebung der Verfügung vom 2. November 2020 sowie die rückwirkende Ausrichtung von Taggeldleistungen ab dem 1. November 2020 und die Kostenübernahme für die anstehende Behandlung in der T._____ Klinik sowie den Entscheid über die Ansprüche auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung beantragen, eventualiter ein Gutachten über die Notwendigkeit der von der T._____ Klinik empfohlenen Behandlung.

E. 36

Mit Einspracheentscheid vom 15. Februar 2022 wies die B._____ die Einsprache ab, eine Parteientschädigung wurde nicht ausgerichtet.

E. 37

Dagegen erhob A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 18. März 2022 Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden und beantragte, der Einspracheentscheid vom 15. Februar 2022, mitgeteilt am 17. Februar 2022, sei aufzuheben

und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, dem Einsprecher rückwirkend ab 1. November 2020 Taggeldleistungen auszurichten und die Kosten für die anstehende Behandlung in der T._____ Klinik zu übernehmen sowie nach Abschluss der Behandlung über die Ansprüche auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung zu entscheiden. Weiter ersuchte der Beschwerdeführer um unentgeltliche Rechtspflege sowie unentgeltliche Rechtsverteidigung. Begründend führte er im Wesentlichen an, die Beschwerdegegnerin setze sich in Ziffer 4 des angefochtenen Einspracheentscheids nur rudimentär mit den Argumenten des Beschwerdeführers in seiner Einsprache punkto Verweigerung der ihm - 12 - zustehenden Behandlung auseinander. Aus den medizinischen Berichten gehe klar hervor, dass der Meniskus des linken Knies durch den Unfall verletzt und eine weitere Verletzung durch die unfallbedingte Erstbehandlung verursacht worden sei. Ebenso erstellt sei, dass der Beschwerdeführer unter behindernden Blockaden leide. Am klinischen Bild habe sich während der ganzen Behandlung nichts geändert. Lediglich die Beurteilung der behandelnden Ärzte und des Kreisarztes betreffend die adäquate Behandlungsmethode habe Änderungen erfahren. Sowohl die Klinik Q._____ als auch die T._____ Klinik und die Klinik O._____ seien, bis am 19. August 2020 mit Unterstützung des Kreisarztes, nämlich der Auffassung gewesen, dass bei der bestehenden Beschwerdesituation eine weitere Behandlung indiziert und die bestmögliche Behandlung zu eruieren sei. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin handle es sich nicht um vorläufige Meinungsäusserungen und Beurteilungen. Die behandelnden Ärzte hätten gestützt auf die vorgelegenen Ergebnisse der bildgebenden Untersuchungen komplexe Verletzungen des Meniskus gefunden. Fraglich sei gewesen und nur noch, ob der Restmeniskus zu entfernen und allenfalls eine Implantation eines Spendermeniskus vorzunehmen sei, um eine weitere Besserung zu erreichen. Dass definitiv keine Besserung mehr erreicht werden könne, habe ausser dem Kreisarzt keiner der behandelnden Ärzte geäussert. Selbst die Beschwerdegegnerin habe die von der Klinik O._____, der Klinik Q._____ und der T._____ Klinik empfohlene Arthroskopie als indiziert erachtet. Heute verwehre sie ohne veränderte Sachlage eine erfolversprechende Abklärung und die Prüfung der Frage, ob eine folgende Behandlung noch zu einer Besserung führen könne. Damit liege eine ungenügende Abklärung des massgeblichen Sachverhalts vor. Erst mit der Beurteilung der T._____ Klinik, welche die Knieverletzung nicht als Ursache ausgeschlossen und gerade deshalb eine erneute Beurteilung des Meniskus und Resektion instabiler Anteile empfohlen habe, lasse sich zweifelsfrei mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit die Kausalität bejahen

- 13 - oder verneinen. Der Fallabschluss sei verfrüht erfolgt, der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und dem Beschwerdeführer die Abklärung und medizinische Behandlung auf Kosten der Beschwerdegegnerin zu ermöglichen. Ebenso habe die Beschwerdegegnerin über den Anspruch auf Taggeld neu zu befinden. Erst nach Abschluss der Behandlung lasse sich beurteilen, ob eine rentenbegründende Erwerbsunfähigkeit bestehe. Solange die definitive Arbeitsunfähigkeit und das definitive Zumutbarkeitsprofil nicht feststünden, werde die Erwerbseinbusse von 5 % bestritten, ebenso die vollzeitige Erwerbsfähigkeit ohne Erwerbseinbusse und der leidensbedingte Abzug von 5 %. Definitiv könne sich der Beschwerdeführer erst nach Abschluss der Heilbehandlung äussern, ebenso zur Höhe des Integritätsschadens. Im Weiteren begründete der Beschwerdeführer sein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter anderem mit der Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Sozialhilfe.

E. 38

Mit Beschwerdeantwort vom 12. April 2022 beantragte die B._____ (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie insbesondere auf Ziffer 4 (S. 8 f.) des angefochtenen Einspracheentscheids resp. den unzutreffenden Einwand, dass die Beurteilung von Kreisarzt Dr. med. R._____ vom 9. Oktober 2020, wonach das Beschwerdebild nicht meniskopriv sei und deshalb von einer Meniskustransplantation Abstand zu nehmen sei, ohne fundierte Abklärung und im Widerspruch zu allen anderen, sich mit dem Fall befassenden Ärzten, geäussert worden sei. Sehr wohl hätten fundierte Abklärungen stattgefunden. Unter anderem auch eine MRI-Bildgebung, deren Ergebnis Kreisarzt Dr. med. R._____ in seiner Beurteilung berücksichtigt habe. Diese Bildgebung sei überdies auch von Dr. med. S._____, T._____ Klinik, in seinem Bericht vom 17. November 2020 gewürdigt worden. Seinen Ausführungen seien Zweifel zu entnehmen, dass die Beschwerden meniskopriv seien. Damit sei auch die

- 14 - beschwerdeführerische Behauptung widerlegt, dass die Beurteilung von Kreisarzt Dr. med. R._____ im Widerspruch stehe zu allen anderen Beurteilungen der sich mit dem Fall befassenden Ärzten. Es habe keine Kehrtwende nach dem 19. August 2020 stattgefunden. Dieser Vorwurf sei haltlos und werde klarerweise zurückgewiesen. Früheren Beurteilungen habe aber das MRI vom 4. Juni 2020 noch nicht vorgelegen bzw. habe es sich dabei um vorläufige Beurteilungen gehandelt (Hinweis auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. med. M._____ vom 24. Mai 2019, wonach eine Re-Arthroskopie eher zu befürworten sei). Mutmassungen nach dem Ausschlussprinzip ("wahrscheinlichste Ursache", "möglicherweise") würden nicht zu kurz greifen, sondern seien im Bericht des Spitals H._____ vom 2. Mai 2019 so erfolgt. Unkommentiert geblieben sei der Umstand, dass Meniskuszeichen in der kreisärztlichen Untersuchung vom 7. Oktober 2020 negativ gewesen seien und die dabei auch festgestellte symmetrische Beschwiellung und Muskulatur. Dies spreche nicht für eine mit den Beschwerden korrelierende Schmerzmitteleinnahme im angegebenen Ausmass. Es bestünden keine Zweifel an den kreisärztlichen Beurteilungen vom 8. Oktober 2020 und 10. Dezember 2020. Es liege auch keine Gehörsverletzung vor, da die entscheidewesentlichen Faktoren im angefochtenen Einspracheentscheid hinlänglich festgestellt und gewürdigt worden seien, so dass sich der Beschwerdeführer über dessen Tragweite ein Bild habe machen und diesen sachgerecht anfechten können. Zum Rentenanspruch führte die Beschwerdegegnerin an, ein leidensbedingter Abzug von 5 % sei angemessen, ein höherer nicht gerechtfertigt. Es seien keine anderweitigen Einwände gegen die Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades substantiiert vorgebracht worden, so dass auf die Ausführungen in der Verfügung vom 2. November 2020 bzw. im angefochtenen Einspracheentscheid (Erw. 5) verwiesen werde.

- 15 -

E. 39

Der Beschwerdeführer replizierte am 4. Mai 2022 unter Beilage der neuen, zusätzlichen Beilagen (Sprechstundenberichte der T._____ Klinik vom 21. und 28. April 2022 sowie MRI vom 21. April 2022) mit unveränderten Rechtsbegehren und vertiefte im Wesentlichen den bisherigen Standpunkt. Er führte weiter aus, es bestünden weiterhin Blockadefühle und einschliessende Schmerzen, teils auch brennende Schmerzen, die ihn im Alltag einschränkten. Gemäss positivem Steinmann I-Test tauchten Schmerzen bei der Aussenrotation auf, was auf einen Innenmeniskus- schaden hinweise. Im MRI vom 21.

April 2022 habe sich ein Verdacht auf partielle Ablösung des medialen Meniskus im Hinterhorn- bereich/Wurzelbereich von der poplitealen Gelenkkapsel ergeben. Im medialen Gelenkskompartiment gebe es eine partielle Ablösung der Meniskuswurzel von der Gelenkkapsel dorsal. Der Verdacht auf eine Basis Hinterhornläsion des Innenmeniskus habe sich bestätigt. Aufgrund der anhaltenden Beschwerden sei eine Arthroskopie des Kniegelenks mit Teilmeniskektomie empfohlen und vereinbart worden. Damit sei die Beurteilung des Kreisarztes vom 8. Oktober 2020 überholt und widerlegt, zumal dieser offensichtlich untaugliche Untersuchungsmethoden ("Lachmann"-Test) verwende, um einen Meniskusriss zu verneinen und die deshalb erforderliche weitere Behandlung abzulehnen.

E. 40

Am 31. Mai 2022 duplizierte die Beschwerdegegnerin ebenfalls bei unverändertem Rechtsbegehren und unter Beilage der ärztlichen Beurteilung von Kreisarzt Dr. med. R._____ vom 31. Mai 2022. Gemäss Kreisarzt Dr. med. R._____ habe sich auch mit den vom Beschwerde- führer ins Recht gelegten Beilagen 12-14 die Ausgangslage nicht geändert. Wie Kreisarzt Dr. med. R._____ am 31. Mai 2022 dargelegt habe, seien die geklagten Beschwerden weiterhin nicht meniskopriv. Entscheidend sei, dass die für die Beschwerden verantwortlich gemachte kapselnahe Partialläsion des medialen Meniskus erstmals am 30. April 2019 im MRI als diskrete Unterflächenläsion diagnostiziert worden sei. In

- 16 - den drei vorangegangenen MRIs sowie während der beiden operativen Eingriffe sei keine solche Läsion erkannt worden. Es sei somit unwahrscheinlich anzunehmen, dass ohne weitere Traumatisierung des linken Kniegelenks eine derartige Läsion "plötzlich" entstanden sei. Die Läsion entspreche, sollte sie denn wirklich vorhanden sein, somit keiner Schädigung, die auf das Unfallereignis vom 8. Januar 2018 zurückgeführt werden müsste. Demgemäss seien die geklagten Beschwerden weiterhin nicht meniskopriv, eine arthroskopische Abklärung sei nicht indiziert und werde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Besserung der Unfallfolgen bringen. Auf die weiteren Vorbringen der Parteien in den Rechtsschriften, den angefochtenen Einspracheentscheid vom 15. Februar 2022 sowie die weiteren Akten wird, sofern erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. II. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 15. Februar 2022 (vgl. Akten der Beschwerdeführerin [Bf-act.] 1; Akten der Beschwerdegegnerin [Bg-act.] 284). Gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfall- versicherung (UVG; SR 832.20) i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungs- rechts (ATSG; SR 830.1) kann gegen einen Einspracheentscheid Beschwerde an das Versicherungsgericht desjenigen Kantons erhoben werden, in welchem die versicherte Person im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Der Beschwerdeführer wohnt im Kanton Graubünden, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungs- gerichts des Kantons Graubünden gegeben ist. Dessen sachliche Zuständigkeit ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR

- 17 - 370.100). Als im Einspracheverfahren unterlegener, formeller und materieller Adressat des angefochtenen Einspracheentscheids ist der Beschwerdeführer davon überdies berührt und weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen Überprüfung auf (Art. 59 ATSG).

Auf die zudem frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) ist somit einzutreten. 2. In formeller Hinsicht rügt der Beschwerdeführer vorab eine Verletzung seines Anspruchs auf rechtliches Gehör, indem sich die Beschwerdegegnerin mit dem Vorbringen, dass dem Beschwerdeführer eine ihm zustehende Behandlung verweigert werde, in Ziffer 4 des Einspracheentscheidens nur rudimentär auseinandergesetzt habe (vgl. Beschwerde Rz. 36 S. 9 f. [Gerichtsakte A1]).

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