

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2020 81

## Entscheid vom 12. Februar 2021

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

---

Parteien

**A.**\_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,

**gegen**

**B.**\_\_\_\_\_ **AG,**  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfallkausalität)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (Jg. 1957) war bei der C.\_\_\_\_\_ AG als Rechtskonsulent zu 50% angestellt und dadurch bei der B.\_\_\_\_\_ AG (nachfolgend B.\_\_\_\_\_) obligatorisch unfallversichert, als er am 3. Oktober 2019 einen Fahrradunfall erlitt. Gemäss Bagatellunfall-Meldung vom 4. Oktober 2019 musste A.\_\_\_\_\_ auf einer E-Bike-Tour rund um den D.\_\_\_\_\_ auf einer Nebenstrasse wegen einem über die Strasse gespannten Weidezaunband brüsk abbremsen, was zum Wegrutschen des Vorderrades und Sturz auf die linke Schulter mit anschliessendem Weiterrutschen auf dem nassen, mit Kuhdreck bedeckten Asphalt unter dem Weidezaunband hindurch geführt hat (Vi-act. 4). Noch am Unfalltag wurde er im E.\_\_\_\_\_ in F.\_\_\_\_\_ medizinisch versorgt, wo die Diagnose einer Kontusion der linken Schulter und einer Verstauchung des rechten Daumens als Folge eines Fahrradsturzes gestellt wurde (Vi-act. 1). Mit Schreiben vom 8. Oktober 2019 anerkannte die B.\_\_\_\_\_ das Unfallereignis vom 3. Oktober 2019 und sie bestätigte, die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen (Vi-act. 5).

**B.** Mit Email vom 29. November 2019 teilte A.\_\_\_\_\_ der B.\_\_\_\_\_ mit, bei der Meldung des Unfalles vom 3. Oktober 2019 die Verletzung des linken Knies vergessen zu haben. Er werde sich wegen den anhaltenden Schmerzen untersuchen lassen (Vi-act. 8). Am 6. Dezember 2019 erfolgte ein MRI Knie nativ links (Vi-act. 14) und nach einem Untersuch durch Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH) vom 13. Dezember 2019 stellte dieser "aufgrund der doch ausgeprägten Beschwerden" die Indikation für eine Kniearthroskopie bei Diagnose Velosturz mit Kniedistorsionstrauma links, mediale Meniskusläsion, Schulterdistorsionstrauma rechts [sic], Daumenkontusionstrauma rechts (Vi-act. 17). Die Kniearthroskopie erfolgte am 19. Dezember 2019 (Vi-act. 19 und 21; der Operationsbericht nennt irrtümlich den 9.12.2019).

**C.** Mit Schreiben vom 6. Februar 2020 informierte die B.\_\_\_\_\_ A.\_\_\_\_\_, aufgrund einer Beurteilung des sie beratenden PD Dr.med. Dr.iur. H.\_\_\_\_\_ (Facharzt Chirurgie und Intensivmedizin, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM) seien die operativ behandelten Beschwerden überwiegend wahrscheinlich unfallfremd. In den Verlaufseinträgen des Hausarztes med.pract. I.\_\_\_\_\_ (Assistenzarzt für Allgemeine Innere Medizin) fänden sich ab dem 4. November 2019 keine Behandlungshinweise mehr bezogen auf die linke Schulter und den rechten Daumen; der status quo sine sei per 4. November 2019 eingetreten und die Leistungspflicht ende (Vi-act. 26).

Mit Email vom 13. Februar 2020 zeigte sich A.\_\_\_\_\_ mit der Ankündigung nicht einverstanden und er verlangte eine anfechtbare Verfügung (Vi-act. 107).

Am 20. Februar 2020 erhob Dr.med. G.\_\_\_\_\_ bei der B.\_\_\_\_\_ Einspruch gegen die Leistungseinstellung (Vi-act. 31).

Am 1. Mai 2020 verfügte die B.\_\_\_\_\_ (Vi-act. 32):

1. Die Versicherungsleistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung bzgl. der linken Schulter und des rechten Fingers im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 03.10.2019 werden per 04.11.2019 eingestellt.
2. Die Versicherungsleistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem linken Knie mit dem Ereignis vom 03.10.2019 werden abgelehnt.
3. Einer allfälligen Einsprache wird die aufschiebende Wirkung entzogen (Art. 54 ATSG i.V.m. Art. 11 ATSV).

**D.** Am 15. Mai 2020 erhob A.\_\_\_\_\_ gegen die Verfügung vom 1. Mai 2020 Einsprache (Vi-act. 39). Im Verlauf des Einspracheverfahrens holte die B.\_\_\_\_\_ Berichte (inkl. der diagnostischen und intraoperativen Bilder) der behandelnden Ärzte ein und sie unterbreitete ihrem beratenden Arzt Dr.med. J.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM) Fragen zum natürlichen Kausalzusammenhang bei Unfall oder UKS (Vi-act. 56). Gestützt auf seinen Bericht wurde die Einsprache mit Einspracheentscheid vom 2. September 2020 teilweise gutgeheissen. In Aufhebung der Verfügung vom 1. Mai 2020 wurden die Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit den linksseitigen Schulter- und rechtsseitigen Daumenbeschwerden per 13. Dezember 2019 eingestellt; die Leistungen im Zusammenhang mit den linksseitigen Kniebeschwerden wurden per 6. Dezember 2019 eingestellt (Vi-act. 77).

**E.** Am 28. September 2020 erhebt A.\_\_\_\_\_ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde mit dem Rechtsbegehren:

Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 2. September 2020 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Versicherungsleistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Unfall vom 3. Oktober 2019 auch für die Behandlung des linken Knies zu erbringen.

Mit Beschwerdeantwort vom 25. November 2020 beantragt die Vorinstanz, die Beschwerde vom 28. September 2020 sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge abzuweisen. Mit Stellungnahme vom 15. Dezember 2020 hält der Beschwerdeführer an seinem Rechtsbegehren vom 28. September 2020 fest.

**Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

1. Nach Eingang der Bagatellunfall-Meldung vom 4. Oktober 2019 hatte die Vorinstanz das gemeldete Ereignis vom 3. Oktober 2019 als Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 anerkannt (Nichtberufsunfall; Vi-act. 5). Auch wurden die gesetzlichen Versicherungsleistungen in Aussicht gestellt, ohne dass konkrete Unfallfolgen als solche anerkannt worden wären. Es ist unbestritten, dass die Vorinstanz in der Folge Leistungen erbrachte.

Mit Verfügung vom 1. Mai 2020 setzte sich die Vorinstanz mit Schulterbeschwerden links, Daumenbeschwerden rechts sowie Kniebeschwerden links als geltend gemachte Unfallfolgen auseinander. Die Kniebeschwerden links wurden als nicht unfallkausal nicht anerkannt, die beiden andern wurden als Unfallfolgen anerkannt, wobei der status quo sine per 4. November 2019 erreicht sei und die Versicherungsleistungen per dieses Datum eingestellt würden (Vi-act. 32). In teilweiser Gutheissung der Einsprache hat die Vorinstanz mit dem angefochtenen Einspracheentscheid ihre Leistungspflicht für die Schulter- und Daumenbeschwerden neu bis zum 13. Dezember 2019 anerkannt. Auch wurde anerkannt, dass das Knie links durch das anerkannte Unfallereignis Schürfungen erlitt, wobei nach Abheilen dieser Wunden der status quo sine per 6. Dezember 2019 erreicht worden sei und die Leistungen per dieses Datum eingestellt würden.

Die vorliegende Beschwerde richtet sich ausschliesslich gegen die Leistungseinstellung bezüglich der Kniebeschwerden links (vgl. Beschwerde Ziff. C.24). Damit erwuchs der Einspracheentscheid hinsichtlich der Schulterbeschwerden links und der Daumenbeschwerden rechts unangefochten in Rechtskraft. Bezüglich der Kniebeschwerden links macht der Beschwerdeführer geltend, die am 19. Dezember 2019 operativ versorgten Gesundheitsschäden seien unfallkausal.

Strittig und nachfolgend zu prüfen ist damit einzig, ob die Vorinstanz eine Leistungspflicht für die vom Beschwerdeführer geklagten Kniebeschwerden links über den 6. Dezember 2019 hinaus zu Recht abgelehnt hat.

**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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 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.

Zudem erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei Knochenbrüchen, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrissen, Muskelrissen, Muskelzerrungen, Sehnenrissen, Bandläsionen sowie Trommelfellverletzungen, sofern diese nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Art. 6 Abs. 2 UVG).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG).

**2.2** Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst 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.).

**2.2.1** 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 entfiel; 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).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung (im Beschwerdefall der Richter) im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 360 Erw. 5b mit Hinweisen). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1; BGE 118 V 289 Erw. 1b).

**2.2.2** Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann

als adäquate Ursache eines Erfolges 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).

**2.3.1** Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (vgl. Urteil BGer 8C\_331/2015 vom 21.8.2015 Erw. 2.1.1; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12 Erw. 3.2 mit Hinweisen [8C\_901/2009]; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b).

Diesbezüglich ist festzuhalten, dass mit dem status quo sine der Gesundheitszustand bezeichnet wird, der sich bei einem schicksalsmässig verlaufenden, krankhaften Vorzustand ergibt, wenn nach einer vorübergehenden, unfallbedingten Verschlimmerung die auf einen Unfall zurückzuführende Gesundheitsschädigung vollständig abheilt und der Unfall keine natürliche Ursache des beim Versicherten vorhandenen Gesundheitsschadens mehr darstellt. Demgegenüber wird unter dem status quo ante ein unmittelbar vor dem Unfall bestehender und stabiler Vorzustand verstanden, der wieder erreicht wird, wenn die unfallbedingte Gesundheitsschädigung vollständig abgeheilt ist. Liegt ein schicksalsmässig verlaufender krankhafter Vorzustand im Sinne des status quo sine vor, schliesst dieser das Erreichen des status quo ante aus; umgekehrt kann ein status quo sine gar nie eintreten, wenn ein stabiler krankhafter Vorzustand durch einen unfallbedingten Gesundheitsschaden nur temporär verschlimmert und der status quo ante wieder erreicht wird (Urteil EVGer U 135/05 vom 7.7.2005 Erw. 3.2).

**2.3.2** Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54; Urteil BGer

8C\_212/2015 vom 10.7.2015 Erw. 2.2.1 m.H.). Bei einer bloss vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei Eintritt des Status quo sine vel ante (vgl. Urteile BGer 8C\_331/2015 Erw. 2.1.1; 8C\_557/2015 vom 7.10.2015 Erw. 5.2 ff.; 8C\_320/2013 vom 5.9.2013 Erw. 3.1).

**2.3.3** Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile BGer 8C\_608/2020 vom 15.12.2020 Erw. 5.2; 8C\_855/2018 vom 14.3.2019 Erw. 3.1).

**2.4** Bei Taggeldern und Heilbehandlung handelt es sich nicht um Dauerleistungen. Der Versicherungsträger kann diese ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund "ex nunc und pro futuro" einstellen, wenn sich herausstellt, dass die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen gar nicht erfüllt sind, etwa weil bei richtiger Betrachtung gar kein versichertes Ereignis vorliegt (BGE 130 V 380 Erw. 2.3.1; Urteile BGer 8C\_187/2017 vom 11.8.2017 Erw. 2.3; 8C 176/2016 vom 17.5.2016 Erw. 3.2; 8C 249/2016 vom 1.3.2017 Erw. 3.2).

**2.5** 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 (Kieser, ATSG-Kommentar, 3.Aufl., Art. 43 Rz. 28). 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 hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 146 V 51 Erw. 5.1). Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (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 des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) 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 wollte. 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 117 V 261 Erw. 3b; Urteil BGer 8C\_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 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 122 V 157 Erw. 1.d mit Hinweis auf BGE 104 V 209 Erw. a und BGE 119 V 335 Erw. 3c je mit Hinweisen).

**2.6** 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.

**2.6.1** Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin 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 Gutachtens 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).

**2.6.2** 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 (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). 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 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

**2.6.3** 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 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 re-

gelmässig 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).

**2.6.4** Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). 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 diesen 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.** Zum Unfallereignis vom 3. Oktober 2019 und den daran anschliessenden Gesundheitsverlauf ergibt sich aus den Akten:

**3.1.1** Der Unfallhergang vom 3. Oktober 2019 wurde in der Bagatell-Unfallmeldung vom 4. Oktober 2019 wie folgt beschrieben:

Tour mit E-Bike rund um D.\_\_\_\_\_. Auf einer Nebenstrasse brüskes Bremsen wegen über Strasse gespanntem Weidezaunband führt zum Wegrutschen des Vorderrades und Sturz auf die linke Schulter mit anschliessendem Weiterrutschen auf dem nassen mit Kuhdreck bedeckten Asphalt unter dem Weidezaunband hindurch.

Als Verletzungen genannt wurden eine Prellung der Schulter links sowie eine Prellung Finger rechts.

In der Beschwerde vor Verwaltungsgericht hält der Beschwerdeführer zum Unfallhergang fest, er habe das Weideband zu spät gesehen, habe brüsk gebremst, das Vorderrad sei auf Kuhdreck weggerutscht und er sei über den Lenker katapultiert worden und sei auf dem Asphalt vor dem Weideband hart aufgeschlagen und auf dem Bauch unter dem Weideband noch mehrere Meter auf dem Asphalt weiter geglitten. Der Sturz sei in einer Abfahrt bei relativ grosser Geschwindigkeit passiert. Es sei alles sehr schnell gegangen; er wisse nicht, ob er beim Sturz sein linkes Knie verdreht oder nur heftig auf dem Asphalt aufgeschlagen habe. Er habe sich aus eigener Kraft erheben können, sei benommen gewesen und habe

starke Schmerzen an der linken Schulter und am rechten Daumen verspürt und habe sich hinsetzen müssen (Beschwerde Ziff. C.3, D). Er sei dann von Tourbegleitern in den Spital-Notfall gebracht worden.

**3.1.2** Im Bericht des Spitals an den Hausarzt vom 3. Oktober 2019 wurde als Diagnose eine Schulterkontusion links und eine Verstauchung des rechten Daumens nach Fahrradsturz genannt (Vi-act. 1). Der Beschwerdeführer präsentiere Schmerzen an der linken Schulter mit Einschränkung der Beweglichkeit aber ohne Sensibilitätseinschränkung. Der rechte Daumen weise eine Wunde auf und schmerze. Der Daumenschmerz behindere am meisten. Die linke Schulter und der rechte Daumen wurden geröntgt, Frakturen konnten ausgeschlossen werden. Im Bericht erwähnt wurden sodann die Versorgung der verletzten Schulter links und des Daumen rechts sowie die Verordnung von Schmerzmedikamenten. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert.

**3.2** Am 29. November 2019 berichtete der Beschwerdeführer der Vorinstanz, er habe in der Unfallmeldung die Verletzung des linken Knies vergessen (Vi-act. 8). Am Unfalltag habe man im Spital den Daumen und die Schulter versorgt und geröntgt und ihm erst dann die Hose ausgezogen und die Prellung/Schürfung am linken Knie verarztet mittels Desinfektion und Pflaster. Im Behandlungsbericht sei dies ebenso wenig erwähnt wie die Desinfektion einer kleinen Schürfung auf der rechten Wange. In der Unfallmeldung habe er beides nicht erwähnt, weil er - wohl aufgrund der starken Schmerzmittel - keine Beschwerden verspürt habe. Eine Woche nach dem Unfall sei er für zwei Wochen nach K. \_\_\_\_\_ geflogen. Nach einer Woche habe er versuchsweise die Medikamente abgesetzt, dann aber starke Schmerzen im Knie und der Schulter verspürt, so dass er in K. \_\_\_\_\_ Schmerzmittel gekauft und bis zur nächsten Arztkonsultation dauernd eingenommen habe. Nach Rückkehr habe er med.pract. I. \_\_\_\_\_ aufgesucht und ihn über die Beschwerden unterrichtet. Die verheilte Wunde am Knie sei noch gut sichtbar gewesen (auch noch am 29.11.2019). Der Arzt habe dann einen Meniskustest gemacht, der negativ ausgefallen sei, und für Schulter, Knie und Daumen Physiotherapie verordnet. Beim Knie setze der Schmerz immer beim Anlaufen ein, auch komplettes Beugen gehe schmerzbedingt nicht. Die seitliche Stabilität sei gut, Gehen und Treppensteigen gehe, abwärts mit zu Beginn leichten, dann zunehmenden Schmerzen. Da die Physiotherapie keine wirklichen Fortschritte bringe, die Schmerzen nicht abnähmen, wolle er das Knie und die linke Schulter in der L. \_\_\_\_\_ (Klinik) für orthopädische Chirurgie in M. \_\_\_\_\_ untersuchen lassen.

Am 4. Dezember 2019 erklärt der Beschwerdeführer der Vorinstanz telefonisch, er habe noch keine richtige Diagnose erhalten und möchte deswegen zum Or-

thopäden. Er habe Physiotherapie gemacht und der Meniskustest sei nun scheinbar positiv, was er anfangs nicht gewesen sei. Er sei hinsichtlich der Belastbarkeit unsicher. Am Unfalltag habe er "draufstehen" können, heute habe er auch keine Mühe "mit bergauf", sondern nur beim Sitzen resp. Biegen und Aufstehen (Vi-act. 11).

**3.3** Auf diese Meldung hin holte die Vorinstanz Berichte des Hausarztes ein, der am 6. Dezember 2019 einen Auszug der Krankengeschichte einreicht (Vi-act. 12). Aus den Verlaufseinträgen ergibt sich, dass ihn der Beschwerdeführer nach Velosturz vom 3. Oktober 2019 am 7. Oktober 2019 aufgesucht hatte zwecks Boostrix und Verbandswechsel. Dokumentiert wird ein Befund und Prozedere betreffend Daumen rechts, ebenso nach der Konsultation vom 11. Oktober 2019. Das linke Knie ist nicht vermerkt.

Am 4. November 2019 dokumentiert med.pract. I. \_\_\_\_\_:

**Subjektiv:** Immer noch Knie-SZ seit obigem Velosturz (damals stand es nicht im Vordergrund, nicht erwähnt)

**Beurteilung:** Velosturz am 3.10.2019

- Kontusion Knie links
- Kontusion Schulter links
- Kontusion Daumen rechts

**Prozedere:** Physio

Und nach der Konsultation vom 5. Dezember 2019 notiert er:

**Subjektiv:** Immer noch Schmerzen am linken Knie seit dem Unfall. Medialseitig. Die Physiotherapie hätte bisher keine Besserung erzielen können. Die Schmerzen würden bei gleichzeitiger Flexion und Innenrotation auftreten.

**Objektiv:** Rx Knie links ap/lat/Patellaaufnahme: Zeichen einer leichten medialen Gonarthrose mit subchondraler Mehrsklerosierung und geringer Gelenkspaltverschmälerung. Patella zentriert. Keine Fraktur.

**Beurteilung:** Velosturz am 3.10.2019

- Kontusion Knie links DD Binnenläsion/Meniskusschaden
- Kontusion Schulter links
- Kontusion Daumen rechts

**Prozedere:** Ad MRT Knie links. Frage insbesondere ob Meniskusläsion oder frischer Knorpelschaden. Besprechung der Bilder bei mir nächste Woche.

**3.4** Das vom Hausarzt erwähnte MRI Knie links nativ erfolgte am 6. Dezember 2019 bei Klinik "Kontusion Knie links. Seither stechende Schmerzen medialseitig proximal vom Gelenk. Frage: Knorpelschaden? Meniskusschaden? Binnenläsion? Ödem?". PD Dr.med. N. \_\_\_\_\_ (Facharzt Radiologie) notierte als Befund und Beurteilung:

**Befund**

Wenig Gelenkserguss. Mittelgrosse polylobulierte Bakerzyste.

Mediales Gelenkshinterhorn: Komplexer Einriss des Innenmeniskushinterhornes und Pars. intermedia mit primär radiärer Risskomponente. Leichte Extrusion der Pars intermedia. Knochenmarksödem medialseitig am Femurkondylus.

Leichte Ausdünnung des Knorpelüberzuges in der Hauptbelastungszone. Durchgängiges mediales Kollateralband mit vermehrter periligamentärer Flüssigkeit. Etwas Flüssigkeit in der Bursa anserina.

Laterales Gelenkshinterhorn: Intakter Knorpelüberzug, Aussenmeniskus, laterales Kollateralband und Bizepssehne. Signalalteration der proximalen Popliteusehne. Ruptur des inferioren meniskopoplitealen Faszikels des Hiatus popliteus.

Interkondylärraum: Intaktes vorderes und hinteres Kreuzband. Das VKB zeigt sich leicht signalalteriert mit kleiner zystischer Veränderung im proximalen Anteil.

Femoropatelläres Kompartiment: Strecksehnenapparat und Retinacula intakt. Patella zentriert. Intakte Knorpelüberzüge.

Ansatzentzündung der Quadrizepssehne. Regelrechter Hoffa'scher Fettkörper.

### **Beurteilung**

- Komplexer Einriss des Innenmeniskushinterhornes mit leichter Extrusion der Pars Intermedia.
- Geringgradige Partialruptur des medialen Kollateralbandes mit vermehrter periligamentärer Flüssigkeit.
- Zerrung des vorderen Kreuzbandes. Regelrechtes hinteres Kreuzband und Aussenmeniskus.
- Zerrung der Popliteusehne sowie Ruptur des inferioren menisko-poplitealen Faszikel des Hiatus popliteus.
- Mässiger Gelenkserguss. Polylobulierte Bakerzyste. Leichte Bursitis Pes anserina.

**3.5** Im Bericht vom 20. Dezember 2019 an den Hausarzt berichtete Dr.med. G.\_\_\_\_\_ zur Konsultation vom 13. Dezember 2019 zu den

### **Diagnosen**

- Velosturz mit Knie-Distorsions-Trauma links, mediale Meniskusläsion
- Schulterdistorsions-Trauma rechts [recte links]
- Daumenkontusionstrauma rechts

Der Beschwerdeführer sei am 3. Oktober 2019 mit dem Velo gestürzt und habe sich hierbei ein komplexes Knie-Distorsions-Trauma links, eine Daumenkontusion rechts und eine Schulterdistorsions-Trauma rechts [recte links] zugezogen. Von Seiten des Kniegelenks weise er massive Bewegungs-, Belastungs- und Ruhebeschwerden auf. Das MRI Knie links zeige eine komplexe mediale Meniskusläsion sowie eine Innenband-Partialruptur. Als klinischen Befund erhob Dr.med. G.\_\_\_\_\_:

Leichtgradige Schwellung des linken Kniegelenkes, die F/E beträgt 120-0-0°, ausgeprägte mediale Meniskuszeichen auslösbar. Die Kreuz- und Seitenbänder sind stabil, die Patellar- und Quadrizepssehne intakt. Ein Niederknien ist linksseitig nicht möglich.

Aufgrund der ausgeprägten Beschwerden erachtete Dr.med. G.\_\_\_\_\_ die Indikation für eine Kniearthroskopie als gegeben (Vi-act. 17).

**3.6** Am 19. Dezember 2019 erfolgte durch Dr.med. G.\_\_\_\_\_ bei Diagnose Velosturz mit komplexer medialer Meniskusläsion Knie links und intraartikulärer Synovialitis eine Kniearthroskopie links mit medialer Meniskusnaht nach Teilmeniskektomie und intraartikulärer Synovektomie (Vi-act. 19; 21). Gemäss Operationsbericht zeigte sich ein intraartikulärer Erguss, der ausgespült wurde, und liess sich eine intraartikuläre Synovialitis darstellen, worauf eine sukzessive Synovektomie erfolgte. Patella und Trochlea zeigten sich unauffällig. Weiter dokumentierte Dr.med. G.\_\_\_\_\_:

Mediales Kompartiment: Allenfalls Chondropathie Grad I bis II medialer Femurkondylus. Der mediale Meniskus ist jedoch komplex eingerissen. Hierbei zeigt sich vor allem ein Lappenriss, welcher in sich torquiert und im Gelenk feststeckt. Es erfolgt hier die Teilresektion des medialen Meniskus und anschliessend die Anfrischung des medialen Meniskus an der Basis mit Meniskusnaht. Es zeigt sich nun eine sehr stabile Meniskusrekonstruktion.

Zentralpfeiler: Intaktes vorderes und hinteres Kreuzband.

Laterales Kompartiment: Unauffällige Gelenkverhältnisse.

In der Verlaufskontrolle vom 7. Januar 2020 zeigte sich der Beschwerdeführer weitgehend beschwerdefrei, er belastete teil bis voll. Es zeigten sich reizlose Narbenverhältnisse, eine Beweglichkeit F/E von 120-0-0°, Schmerzen waren keine auslösbar. Ab dem 1. Januar 2020 wurde dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert (Vi-act. 23).

**3.7** In seiner Beurteilung vom 23. Januar 2020 stellte PD Dr.med. Dr.iur. H.\_\_\_\_\_ fest, Dr.med. G.\_\_\_\_\_ berichte von einem massiven Knie distorsionstrauma, was sich so weder aus dem Bericht des Spitals in F.\_\_\_\_\_ noch den Folgeuntersuchungen nach dem Unfall beim Hausarzt (3. und 7.10.2019) ergebe. Es fänden sich keine Informationen zu einer Problematik des linken Knies. Das MRI vom 6. Dezember 2019 (persönlich eingesehen) lasse eine komplexe Signalveränderung im Bereiche des Hinterhorns des Innenmeniskus erkennen, was überwiegend wahrscheinlich Ausdruck einer degenerativen Veränderung des Innenmeniskus sei und nicht auf den Fahrradunfall zurückzuführen sei. Die im MRI erkennbare Signalveränderung im Bereiche des vorderen Kreuzbandes könne für eine Zerrung sprechen, allerdings habe Dr.med. G.\_\_\_\_\_ intraoperativ ein intaktes vorderes Kreuzband gefunden. Die durchgeführte Knieoperation sei damit überwiegend wahrscheinlich nicht im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Ereignis vom 3. Oktober 2019 einzuordnen, sondern habe der ausschliesslichen Behandlung eines Vorzustandes gedient (Vi-act. 24).

**3.8.1** Auf die Mitteilung der Leistungseinstellung hin opponierte der Beschwerdeführer mit Email vom 13. Februar 2020 (Vi-act. 107). Entgegen den vorinstanzli-

chen Ausführungen sei sein linkes Knie bereits am Unfalltag im Spital und später bei med.pract. I. \_\_\_\_\_ behandelt worden. Seine Praxishilfe habe die Wunde desinfiziert und den Verband gewechselt. Das MRI zeige sehr klar Verletzungen, die auf eine traumatische Ursache zurückgehen würden. Auch Dr.med. G. \_\_\_\_\_, der die Meniskektomie durchgeführt habe, sei klar der Ansicht, dass die Meniskusverletzung auf den Unfall zurückzuführen sei.

**3.8.2** Auf Ersuchen des Beschwerdeführers bestätigte med.pract. I. \_\_\_\_\_ am 20. Februar 2020 ihm gegenüber das Unfallereignis vom 3. Oktober 2019 sowie die Konsultationen vom 7. und 11. Oktober sowie 4. November und 5. Dezember 2019 (Vi-act. 30). Beim Unfall sei es zur Kontusion von Knie links, Daumen rechts und Schulter links gekommen. Initial sei die Wundversorgung im Vordergrund gestanden, bereits damals am Daumen rechts und am Knie links. Weil die Schürfwunde am Daumen schlimmer gewesen sei, sei auf das linke Knie erst im Verlaufe umfassender eingegangen worden. Seines Erachtens sei die Knie-Läsion sehr gut vereinbar mit dem Unfall-Ereignis.

**3.8.3** Am 20. Februar 2020 erhob Dr.med. G. \_\_\_\_\_ gegenüber der Vorinstanz Einspruch gegen die Leistungseinstellung (Vi-act. 31). Der Beschwerdeführer habe sich beim Fahrradsturz vom 3. Oktober 2019 (u.a.) ein massives Kniedistorsionstrauma links zugezogen; entsprechende Befunde seien auch von Seiten des erstbehandelnden Spitals festgehalten worden. Der Beschwerdeführer habe bei der Untersuchung vom 13. Dezember 2019 noch immer ausgeprägte Bewegungs- und Belastungsbeschwerden bei anhaltender Schwellung des linken Kniegelenkes aufgewiesen. Die klinische und radiologische Untersuchung vom 6. Dezember 2019 habe eine mediale Seitenbandruptur, eine Zerrung des vorderen Kreuzbandes und eine komplexe Läsion des Innenmeniskus gezeigt. Bei dieser Diagnosestellung sei von einem eindeutigen Unfallereignis auszugehen, weshalb die Vorinstanz zahlungspflichtig sei.

**3.9** Dem ärztlichen Bericht von Dr.med. G. \_\_\_\_\_ an die Vorinstanz vom 25. Juni 2020 ist zu entnehmen, dass die Behandlung am 31. Januar 2020 abgeschlossen wurde. Der Beschwerdeführer habe sich weitgehend beschwerdefrei gezeigt und voll belastet. Klinisch habe sich eine Beweglichkeit F/E von 120-0-0° bei reizlosen Narbenverhältnissen gezeigt (Vi-act. 49).

Med.pract. I. \_\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 2. Juli 2020 als Diagnose einen Fahrradsturz vom 3. Oktober 2019 mit Kontusion Knie links, Schulter links und Daumen rechts. Am 19. Dezember 2019 sei eine Operation der komplexen medialen Meniskusläsion Knie links erfolgt; ob unfallfremde Faktoren im Heilungsverlauf mitspielen würden, sei ihm nicht bekannt (Vi-act. 51).

Die Vorinstanz holte zudem (zu dem ihr bereits vorliegenden MRI vom 6.12.2019) die intraoperativen Bilder vom 19. Dezember 2019 ein (Vi-act. 55).

**3.10** Im Rahmen des Einspracheverfahrens holte die Vorinstanz zur Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs bei Unfall oder unfallähnlicher Körperschädigung eine ärztliche Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr.med. J. \_\_\_\_\_ ein. In seinem Bericht vom 9. August 2020 fasst er zum einen den aktenmässigen Verlauf zusammen.

Die Bilder des MRI vom 6. Dezember 2019, die ihm persönlich vorliegen, interpretiert Dr.med. J. \_\_\_\_\_ wie folgt:

[Das MRT] zeigt als Hauptbefund Veränderungen im medialen Meniskus, dessen Binnensubstanz vom hinteren Korpus bis zum Hinterhorn ein vorwiegend horizontalverlaufendes hyperintenses Signal aufweist, das fokal in die Unterfläche ausläuft und auch eine einzelne radiäre Komponente enthält, sodass insgesamt von einer Komplexläsion zu sprechen ist. Der Bandapparat ist zentral und kollateral durchgängig abgrenzbar und zeigt am vorderen Kreuzband (VKB) und am medialen Kollateralband (MCL) geringe ödematöse Veränderungen, wobei ich die Bezeichnung des Radiologen, der von einer "geringgradigen Partialruptur" beziehungsweise "Zerrung" der genannten Bänder spricht, für eine Überinterpretation halte. Vielmehr widerspiegeln diese Befunde - natürlich auch abhängig von der klinischen Untersuchung - einen Zustand, wie er bei einer sportlich zumindest intermittierend aktiven Person in der Alterskategorie des Versicherten als nicht unüblich anzusehen ist. Der Knorpelbelag ist medial etwas ausgedünnt, zeigt aber keine höhergradigen Alterationen, ist lateral und femoropatellar unauffällig und begleitet wird das Ganze von einem geringen intraartikulären Erguss, jedoch einer polylobulierten Baker-Zyste.

In seiner Beurteilung der medizinischen Akten fasste Dr.med. J. \_\_\_\_\_ zusammen:

- der Beschwerdeführer habe am 3. Oktober 2019 einen Fahrradunfall erlitten und sei gleichentags im Spital detailliert anamnestisch befragt und untersucht worden;
- es zeigten sich im Wesentlichen Verletzungen an der Schulter links und Daumen rechts;
- an den vom Beschwerdeführer geltend gemachten zusätzlichen Hautverletzungen sei nicht zu zweifeln. Sie seien aber von banalem Charakter, andernfalls sie in den ärztlichen Berichten erwähnt worden wären;
- gerade die Wundversorgung am Knie lege nahe, dass dort eine klinische Untersuchung stattgefunden habe, sie aber offenbar keine relevanten Auffälligkeiten zeigte;

- gemäss Einsprache sei beim Hausarzt auch die Wundversorgung am linken Knie erfolgt. Dies sei aber nicht dokumentiert. Der Hausarzt hätte sicherlich umgehend reagiert, wenn sich der Verdacht auf über die Hautverletzungen hinausgehende frische Verletzungen ergeben hätte. Auch hätte der Hausarzt bei akutem Knie trauma ein Schonhinken feststellen müssen. Im Gegenteil habe der Hausarzt am 11. Oktober 2019 dokumentiert, es gehe dem Beschwerdeführer gut, was darauf schliessen lasse, er habe unter keinen wesentlichen Beschwerden gelitten;
- ein komplexes Knie distorsionstrauma, wie von Dr.med. G. \_\_\_\_\_ zwei Monate später am 13. Dezember 2019 beschrieben, könne daher fast sicher ausgeschlossen werden;
- solche Verletzungen seien fast immer unmittelbar mit erheblichen Schmerzen und einer eingeschränkten Gehfähigkeit verbunden, was zeitnah nicht dokumentiert sei, obwohl die primäre Anamneseerhebung vor der Analgetikaeinnahme erfolgt sei;
- das MRI des linken Knies vom 6. Dezember 2019 zeige als wesentlichen Befund eine mediale Meniskopathie, die von ihrer Morphologie her mit einer von der degenerierten Binnensubstanz ausgehenden Komplexläsion einen typisch degenerativen Aspekt aufweise. Dazu passe die polylobulierte Baker-Zyste, wie sie für ein chronisches intraartikuläres Geschehen fast beweisend sei. Ausser der Meniskusläsion lasse sich dafür keine anderweitige Pathologie als potentielle Ursache finden;
- die intraoperativen Bilder der Kniearthroskopie vom 19. Dezember 2019 würden mit ihren ausgedehnten randständigen Ausfransungen den degenerativen Charakter der Meniskusläsion ohne namhafte Zweifel bestätigen;
- die ödematösen Veränderungen des Innenbandes und vorderen Kreuzbandes sowie der Popliteussehne solle rein anhand der Bildgebung nicht als 'Zerrung' bezeichnet werden; es handle sich MR-tomografisch um erkennbare Alterationen. Dr.med. G. \_\_\_\_\_ habe nach Anamnese und klinischem Untersuchung eine Affektion der genannten Strukturen ausgeschlossen und anlässlich der Arthroskopie hätten sich keine Hinweise auf deren Verletzung ergeben. Zudem seien schon leichte Innenbandverletzungen typischerweise sehr schmerzhaft, was der Beschwerdeführer selbst bemerkt und gegenüber den Ärzten erwähnt hätte. Diese ödematösen Veränderungen hätten daher keine erkennbare klinische Bedeutung und liessen keine Rückschlüsse auf eine allenfalls traumatische Ätiologie zu, zumal sie in der Alterskategorie des Beschwerdeführers sehr oft im Kontakt mit dem natürlichen Alterungsprozess zu sehen seien.

Dr.med. J. \_\_\_\_\_ schliesst seine Beurteilung mit der Feststellung:

Insgesamt ergeben sich somit weder durch zeitnahe anamnestische und klinische Untersuchungen, noch durch die späteren klinischen und bildgebenden Untersuchungen oder die Arthroskopie vom 19.12.2019 Hinweise dafür, dass es beim Ereignis vom 03.10.2019 zu einer Verletzung am linken Knie gekommen wäre, die über das Ausmass von oberflächlichen Hautverletzungen hinausging. Nach Abheilen dieser Wunden war bezüglich des Kniegelenks somit ein status quo sine erreicht und konnte letztlich durch die MRT vom 06.12.2019 auch noch bildgebend belegt werden. [...]

Diese Einschätzung lässt sich auch durch die in der Einsprache des Versicherten nachträglich erwähnten anamnestischen Details nicht in Zweifel stellen, sondern wird dadurch vielmehr sogar bestätigt. Allein der Umstand, dass dem linken Knie des Versicherten sowohl im E. \_\_\_\_\_ am Unfalltag, als auch bei den hausärztlichen Kontrollen vom 07.10. und vom 11.10.2019 aufgrund der daselbst vorliegenden Hautverletzungen offenbar konkrete Beachtung geschenkt wurde, lässt - in der Annahme einer seriösen Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit durch alle Beteiligten - ausschliessen, dass dort eine relevante frische Verletzung der Binnenstrukturen vorhanden war. Eine solche wäre durch das vom Versicherten geschilderte Ereignis zudem auch kaum erklärbar gewesen, da Kontusionen des Kniegelenks traumabiologisch nicht geeignet sind, Läsionen des medialen Meniskus herbeizuführen. Wenn Dr. G. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 13.12.2019 dann sogar postuliert, es habe "ein komplexes Kniedistorsionstrauma links" stattgefunden, spricht dies aus meiner Sicht nicht unbedingt für einen genügenden Respekt vor der Arbeit von Berufskolleg\*innen, da es von diesen ja dann wiederholt einfach übersehen worden wäre. Hingegen darf durchaus die schon nach einer einzigen Konsultation vorgeschlagene und dann auch fast umgehend von Dr. G. \_\_\_\_\_ durchgeführte arthroskopische Intervention mit partieller medialer Meniskektomie kritisch beleuchtet werden. Dazu sei auf die entsprechenden Leitlinien von Swiss Orthopaedics verwiesen, die ein solches Prozedere nur in begründeten Ausnahmefällen vorsehen, wie ich sie unter den vorliegenden Bedingungen nicht erkennen kann. Das Risiko der beschleunigten Entwicklung einer medialen Gonarthrose muss - abhängig vom Umfang der erfolgten Teilmeniskektomie - jedenfalls als erhöht beurteilt werden.

**4.** Vor Verwaltungsgericht schildert der Beschwerdeführer den Sachverhalt fast identisch wie in der Einsprache (mit wenigen Weglassungen resp. Ergänzungen). Neue, seine Darstellung untermauernde medizinische Berichte hat er nicht ins Recht gelegt.

Die vorinstanzliche Mutmassung, die Knieverletzung sei nur oberflächlich, weil sie sonst im Spitalbericht erwähnt worden wäre, sei falsch. Seinerseits begründet er die Unterlassung damit, dass zuerst alle erkennbaren Verletzungen untersucht und im PC erfasst worden seien; die Knieverletzung sei erst nach Ausziehen der Jeans entdeckt worden. Sie sei dann versorgt worden, aber da die PC-Erfassung bereits abgeschlossen gewesen sei, sei keine Nacherfassung erfolgt.

Die Ruhigstellung von Schulter und Daumen sowie der Knieverband hätten seinen Gang beeinträchtigt und dadurch ein Schonhinken genügend begründet, weshalb sich weitere Abklärungen nicht aufgedrängt hätten. Er habe sich zu diesem Zeitpunkt keine Sorgen um das Knie gemacht und sei von einer Schürfung und Prellung ausgegangen. Die Schulterschmerzen seien derart stark gewesen, dass sie alles überschattet hätten. Die Tatsache, dass die Gehbeschwerden erst zwei Wochen nach dem Unfall aufgetreten seien, sei in der hohen Schmerzmitteldosierung begründet.

Bis zum 13. Oktober 2019 habe er täglich Schmerzmittel genommen und diese ab dem 14. Oktober 2019 reduziert, worauf zunehmend starke Schmerzen aufgetreten seien in der linken Schulter und leichte im linken Knie, letzte stark beim Aussteigen aus dem Bus oder Treppenabsteigen. Er sei aber auch dann noch von einer Prellung ausgegangen und sei zur bisherigen Medikation zurückgekehrt. Das linke Knie sei nur noch mit starken Schmerzmitteln und nur bei normaler Belastung schmerzfrei gewesen; beim Treppenabstieg, bei abfallender Strasse sowie je nach Intensität der Physiotherapie seien trotz Medikamenten Schmerzen aufgetreten.

Die widersprüchliche Feststellung der angeblich nur oberflächlichen Hautverletzung am linken Knie durch die beratenden Ärzte zeige, dass diese sich als Anwälte der Vorinstanz verstünden und nicht gutachterlich tätig seien. Ob überhaupt eine Knieverletzung vorgelegen habe, sei zudem eine reine Frage der Sachverhaltsfeststellung und Beweiswürdigung und habe in einem medizinischen Gutachten nichts zu suchen. Auch würden sich die beiden ärztlichen Beurteilungen widersprechen, indem das erste eine Verletzung des Knies ganz ausschliesse. Zudem setze sich keine Beurteilung mit dem Umstand auseinander, dass die hohe Schmerzmitteldosierung eine frühere Erkennung der Kniebeschwerden verhindert habe.

Ob er beim Sturz das Knie nur heftig aufgeschlagen oder doch verdreht habe, könne er selber nicht sagen; er verstehe indes nicht, gestützt auf welche Fakten die beratenden Ärzte eine Verdrehung oder gar jede Verletzung des Meniskus durch den Sturz ausschliessen könnten.

Die Meniskusverletzung könne nur durch den Fahrradsturz vom 3. Oktober 2019 ausgelöst worden sein. Er habe zuvor nie unter Kniebeschwerden gelitten. Nach dem Unfall habe er sein Knie schmerzbedingt so stark geschont, dass kaum eine Belastung aufgetreten sei, welche eine Meniskusläsion hätte auslösen können. Das Auftreten der Schmerzen nach dem Unfall und deren Persistieren bis zur Operation sei klares Indiz, dass der Unfall als *conditio sine qua non* kausal für die Knieschmerzen und damit für die Meniskusverletzung gewesen sei.

Das MRI vom 6. Dezember 2019 zeige im linken Knie ausser einer leichten Ausdünnung des Knorpelüberzuges keine degenerativen Schäden, dagegen eine Meniskusverletzung, eine Zerrung der Popliteussehne und eine geringgradige Partialruptur des medialen Kollateralbandes, die nur mit traumatischer Einwirkung erklärbar seien.

Die behandelnden Ärzte Dr.med. N.\_\_\_\_\_, Dr.med. G.\_\_\_\_\_ und med.pract. I.\_\_\_\_\_ kämen übereinstimmend zum Schluss, die erkannten Knieverletzungen seien auf eine traumatische Einwirkung zurückzuführen. Der Unfall vom 3. Oktober 2019 sei der einzige der letzten Jahre und es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die erlittenen Knieverletzungen auf diesen Unfall zurückzuführen seien. Zudem sei die Beurteilung von Dr.med. N.\_\_\_\_\_ die objektivste; weil sich sein Auftrag nicht auf den Nachweis von Unfallfolgen bezogen habe, sondern einzig auf die Ursache der Kniebeschwerden. Er habe sich ausdrücklich nicht zur Unterscheidung Unfall/Krankheit geäussert, weshalb seiner Diagnose ein erhöhter Beweiswert zukomme.

**5.1** Die Vorinstanz hat in ihrer Verfügung vom 1. Mai 2020 resp. im Einspracheentscheid vom 2. September 2020 im Wesentlichen auf die Beurteilungen ihrer beratenden Ärzte abgestellt. Der Beschwerdeführer stellt dabei korrekt fest, dass diese nicht vollends deckungsgleich sind. Dies hat aber auch die Vorinstanz festgestellt und sie hat ausführlich begründet, weshalb sie ihren Einspracheentscheid auf die Beurteilung von Dr.med. J.\_\_\_\_\_ abstützt, da eine Hautverletzung am linken Knie nicht in Zweifel gezogen werden könne. Was jedoch die Unfallkausalität der weiteren geltend gemachten Knieverletzungen anbelangt, besteht im Ergebnis kein Widerspruch, verneinen diese doch beide beratenden Ärzte.

**5.2** Wenn sich aber die Vorinstanz im angefochtenen Entscheid auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr.med. J.\_\_\_\_\_ vom 8. August 2020 abstützt, ist die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Beurteilungen von versicherungsinternen Ärzten zu beachten, wonach nur auf deren Feststellungen abgestellt werden kann, wenn keine auch nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 142 V 58 Erw. 5.1 m.w.H.; VGE I 2019 27 vom 27.9.2019 Erw. 6.1; vorstehend Erw. 2.6.2).

**5.3** Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers besteht vorliegend jedoch keine Veranlassung, an der Beurteilung von Dr.med. J.\_\_\_\_\_ zu zweifeln.

**5.3.1** Zum einen basiert seine Beurteilung vom 8. August 2020 auf sämtlichen greifbaren medizinischen Akten von der Notfallversorgung im Spital in F.\_\_\_\_\_ bis zum Bericht über den Behandlungsabschluss von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ sowie den Beurteilungen der behandelnden Ärzte zur Ankündigung der Leistungseinstellung durch die Vorinstanz. Auch zog er in seine Beurteilung nicht nur die Berichte zu den vorhandenen diagnostischen und intraoperativen Bildern bei, sondern beurteilte diese selbst. Auch setzte er sich mit dem vom Beschwerdeführer umschriebenen Unfallhergang und dem Gesundheitsverlauf und seiner Begründung auseinander. Seine Ausführungen hierzu erscheinen sodann nachvollziehbar und schlüssig, weshalb - wie nachfolgend noch aufzuzeigen ist - darauf abgestellt werden kann.

**5.3.2** Der Beschwerdeführer macht zu Unrecht geltend, der Bericht des Radiologen Dr.med. N.\_\_\_\_\_ sei der objektivste, da er sich einzig auf die Ursache der Kniebeschwerden, die Pathologie, konzentriert habe ohne Unterscheidung von Unfall oder Krankheit. Gerade deshalb vermag sein Bericht zum MRI vom 6. Dezember 2019 an der Beurteilung von Dr.med. J.\_\_\_\_\_ aber keine Zweifel zu erwecken. Denn die vorliegende Kernfrage besteht in der Klärung der Kausalität. Als Radiologe bestand die Aufgabe von Dr.med. N.\_\_\_\_\_ aber einzig in der Ermittlung eines Befundes anhand der Bildgebung. Zur Frage der Ursache der erhobenen Gesundheitsschädigungen musste er sich nicht äussern und äusserte er sich auch nicht. Er bezeichnete ausdrücklich keinen der beschriebenen Schäden als traumatisch oder degenerativ. Dr.med. N.\_\_\_\_\_ äussert sich nicht zur Ätiologie und nimmt auch keine Interpretation vor. Was die erhobenen Befunde anbelangt, so wird die von ihm dokumentierte komplexe Meniskusläsion durch die beratenden Ärzte nicht bestritten; insofern besteht auch kein Widerspruch. Bezüglich die Bänder resp. deren Verletzung hat Dr.med. J.\_\_\_\_\_ nachvollziehbar erläutert, dass zum einen die MRI-Bilder keine eindeutige Aussage zulassen und zum andern diesbezüglich auch Dr.med. G.\_\_\_\_\_ aufgrund seiner intraoperativen Beurteilung stabile Verhältnisse dokumentiert habe.

Gerade weil dem Radiologen einzig Fragen zur Pathologie gestellt wurden, nicht aber zur möglichen Ursache und Dr.med. N.\_\_\_\_\_ sich einzig zum festgestellten Befund äussert, vermag er keine auch nur geringen Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung der Unfallkausalität zu erwecken.

**5.3.3** Vom Hausarzt med.pract. I.\_\_\_\_\_ liegen die Einträge in die Krankengeschichte vor sowie sein Bestätigungsschreiben an den Beschwerdeführer vom 20. Februar 2020.

In den ereignisnahen Aufzeichnungen wird eine Knieverletzung nicht erwähnt (wie auch im Spitalbericht vom 3.10.2019 nicht).

Knieschmerzen sind erstmals am 4. November 2019 dokumentiert und auch hier ohne objektiven Befund, sondern einzig anamnestisch, indem gemäss Beschwerdeführer seit dem Fahrradsturz Knieschmerzen bestünden, er sie aber nie erwähnt habe, da nicht im Vordergrund stehend (vgl. oben Erw. 3.3). Der Email des Beschwerdeführers vom 29. November 2019 kann zwar entnommen werden, dass der Hausarzt das Knie im November auch klinisch untersucht hat, der Meniskustest damals aber negativ ausfiel (vgl. oben Erw. 3.2). Erst am 5. Dezember 2019 wird auch ein objektiver Befund dokumentiert und ein Röntgenbefund wiedergegeben, der mit Zeichen einer leichten medialen Gonarthrose mit subchondraler Mehrsklerosierung und geringer Gelenkspaltverschmälerung degenerative Veränderungen aufwies. Zudem gelangte der Hausarzt zur Beurteilung einer Kontusion (nicht Distorsion) des Knies, im Dezember mit Differenzialdiagnose Binnenläsion/Meniskusschaden, worauf er das bekannte MRI veranlasst hat. Aufgrund dieser echtzeitlichen Dokumentation kann - wie Dr.med. J. \_\_\_\_\_ (und auch PD Dr.med. Dr.iur. H. \_\_\_\_\_) zu Recht feststellte - nicht mit dem geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Fahrradsturz vom 3. Oktober 2019 als Ursache für den am 19. Dezember 2019 operativ sanierten Kniegelenksschaden geschlossen werden.

Am 20. Februar 2020 - nach Ankündigung der Leistungseinstellung gestützt auf die Beurteilung von PD Dr.med. Dr.iur. H. \_\_\_\_\_ - äusserte sich der Hausarzt auf Wunsch des Beschwerdeführers zur Unfallkausalität. Allerdings beschränkt sich das Schreiben auf die Bestätigung der Behandlung im Nachgang zum - unbestrittenen - Fahrradsturz und die Erklärung, da die Schürfwunde am Daumen schlimmer gewesen sei, sei auf das linke Knie erst im Verlaufe umfassender eingegangen worden. Er erwähnt wohl, dass initial die Wundversorgung des Daumens und auch am linken Knie im Vordergrund gestanden habe (was seitens Vorinstanz nicht bestritten wird), erklärt dabei aber nicht, warum die Wundversorgung am Knie im Gegensatz zum Daumen nicht dokumentiert ist. Auch ergänzt er in seiner Bestätigung nicht etwa, die Knieschmerzen seien zwar nicht dokumentiert, aber sehr wohl besprochen worden. Mithin muss angenommen werden, dass Kniebeschwerden - trotz Wundversorgung - gar nie zur Sprache kamen. Anders als der Beschwerdeführer, der in seinen Eingaben die Schulterbeschwerden als überwiegend hervorhebt, betont der Hausarzt die Daumenverletzung als die schlimmste Verletzung, welche verhindert habe, dass das Knie genauer betrachtet wurde. Und schliesslich steht die abschliessende Bemerkung von med.pract. I. \_\_\_\_\_, die Knieläsion sei gut vereinbar mit dem Unfallereignis, ohne jegliche Begründung da. Namentlich setzt er sich auch nicht mit der - da-

mals bereits vorliegenden - Beurteilung von PD Dr.med. Dr.iur. H.\_\_\_\_\_ auseinander, wonach die sich im MRI vom 6. Dezember 2019 zeigende komplexe Signalveränderung im Bereiche des Hinterhorns des Innenmeniskus überwiegend wahrscheinlich Ausdruck einer degenerativen Veränderung und mit dem Fahrradsturz eben nicht gut vereinbar sei. Med.pract. I.\_\_\_\_\_ begründet nicht, inwiefern die von ihm dokumentierte Kniekontusion zur Meniskusläsion führen konnte (was gemäss Dr.med. J.\_\_\_\_\_ auszuschliessen ist).

Damit aber vermögen die Berichte von med.pract. I.\_\_\_\_\_ an den Beurteilungen der versicherungsinternen Ärzte keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken.

**5.3.4** Soweit Dr.med. G.\_\_\_\_\_ nach seinem Untersuchen vom 13. Dezember 2019 von einem komplexen (Bericht vom 13.12.2019) resp. massiven (Bericht vom 30.12.2019 und 20.2.2020) Knie-Distorsions-Trauma berichtet, findet dies weder in einem medizinischen Bericht noch im Beschrieb des Unfallhergangs eine Grundlage. Die Betroffenheit des Knies wird erstmalig durch den Hausarzt am 4. November 2019 dokumentiert und als Kontusion beurteilt. Der Beschwerdeführer selber hält fest, aufgrund der Sturzgeschwindigkeit könne er sich nicht erinnern, ob er das Knie nur geprellt oder auch verdreht habe. Wenn Dr.med. G.\_\_\_\_\_ in seinem "Einspruch" vom 20. Februar 2020 also ausführt, entsprechende Befunde seien auch von Seiten des erstbehandelnden Spitals in F.\_\_\_\_\_ am 3. Oktober 2019 festgehalten, so ist dies falsch. Das Spital erwähnt das Knie überhaupt nicht und der weiterbehandelnde Hausarzt, der das Knie mindestens für die Wundversorgung sah, spricht von einer Kontusion.

Die Unfallkausalität begründet Dr.med. G.\_\_\_\_\_ sodann einzig derart, dass die klinische wie auch radiologisch Abklärung eine mediale Seitenbandruptur, eine Zerrung des vorderen Kreuzbandes sowie eine komplexe Läsion des Innenmeniskus ergeben habe (vgl. oben Erw. 3.8.3). Dies stellt er so in den Raum, ohne darauf einzugehen, dass dies nicht seinem intraoperativ erhobenen Befund entspricht (vgl. oben Erw. 3.6). Auch setzt er sich nicht mit der Beurteilung von PD Dr.med. Dr.iur. H.\_\_\_\_\_ auseinander, wonach das MRI eine komplexe Signalveränderung im Bereiche des Hinterhorns des Innenmeniskus erkennen lasse, was überwiegend wahrscheinlich Ausdruck einer degenerativen Veränderung des Innenmeniskus und nicht Trauma-Folge sei. Auch Dr.med. J.\_\_\_\_\_ begründet den degenerativen Charakter mit der Morphologie der medialen Meniskopathie, dem Vorliegen der polylobulierten Baker-Zyste und den intraoperativen Bildern, die ausgedehnte randständige Ausfransungen zeigen würden. Auch der Röntgenbefund vom 5. Dezember 2019 mit Zeichen einer leichten medialen Gonarthrose mit subchondraler Mehrsklerosierung und geringer Gelenkspaltver-

schmälerung weist degenerative Veränderungen auf. Damit begründen die beratenden Ärzte ihre Beurteilungen ausführlich, wogegen Dr.med. G. \_\_\_\_\_ allein aufgrund des Befundes einer komplexen Meniskusläsion auf eine traumatische Ursache schliesst. Damit aber vermag er an den ausführlichen Begründungen der Versicherungsärzte keine Zweifel zu erwecken.

**5.3.5** Der Beschwerdeführer begründet die Unfallkausalität des weitem mit der Feststellung, vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen zu sein. Erst seither müsse er etwa regelmässig den Lift im Bürohaus benutzen und habe er Schmerzen beim Treppenabsteigen oder nach der Physiotherapie. Damit aber ist er nicht zu hören, vermag doch die zeitliche Komponente allein die Unfallkausalität nicht zu beweisen (vgl. zur Unzulässigkeit der Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc" BGE 119 V 335 Erw. 2b/bb S. 341 f.; SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55, Urteil BGer 8C\_331/2015 vom 21.8.2015 Erw. 2.2.3.1).

**5.3.6** Die Nichterwähnung der Knieverletzung im erstbehandelnden Spital erklärt der Beschwerdeführer mit dem zeitlichen Ablauf des Untersuchs und der Behandlung; die PC-Erfassung sei bereits abgeschlossen gewesen, als er die Hose ausgezogen habe und die Knieverletzung gesehen worden sei. Dies mag zutreffen. Damit aber vermag der Beschwerdeführer die Erklärung von Dr.med. J. \_\_\_\_\_ nicht zu entkräften, der nachvollziehbar feststellt, zu jenem Zeitpunkt habe der Beschwerdeführer noch keine Schmerzmedikamente erhalten, allfällige Knieschmerzen seien damit - was der Beschwerdeführer später geltend mache - noch nicht unterdrückt gewesen. Eine akute traumatische Kniebinnenverletzung hätte jedoch Schmerzen derart verursachen müssen, dass diese vom Beschwerdeführer auch benannt und dann entsprechend auch dokumentiert worden wären. Da dies nicht der Fall war, sind derartige Schmerzen auszuschliessen.

Auch im weiteren Verlauf vermag der Beschwerdeführer nicht zu erklären, weshalb der Hausarzt, der die Kniewunde versorgt hat, keine ernsthaftere Verletzung erkennen konnte bzw. musste. Weder die Schmerzmedikamente noch die überwiegenden Schmerzen an der Schulter resp. dem Daumen vermögen zu begründen, dass eine schmerzhafte Kniebinnenverletzung trotz Behandlung der äusseren Knieverletzung überhaupt nicht zur Sprache gekommen ist. Indem Dr.med. J. \_\_\_\_\_ darauf hinwies, hat er - entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers - nicht etwa die Fähigkeit des Hausarztes in Frage gestellt, sondern in Anerkennung dessen Fähigkeit zu Recht am Vorliegen einer schmerzhaften Kniebinnenverletzung gezweifelt.

Zu Unrecht kritisiert der Beschwerdeführer schliesslich die Arbeit der beratenden Ärzte. Zum einen verkennt er, dass diese nicht die geltend gemachten Kniever-

letzungen bestreiten. Sie erklären diese aber nicht als traumatisch, sondern begründen die degenerative Genese. Zum andern lässt er ausser Betracht, dass der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs beziehungsweise dessen Wegfallens in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen ist und auch die Abgrenzungsfrage Trauma oder Vorzustand in erster Linie von diesen zu beurteilen ist (Urteile BGer 8C\_241/2020 vom 29.5.2020 Erw. 3; 8C\_267/2019 vom 30.10.2019 Erw. 6). Mithin haben die beratenden Ärzte ihr Aufgabengebiet nicht zu Unrecht verlassen.

**5.4** Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde damit als unbegründet. Weder ist zu beanstanden, dass die Vorinstanz auf die Beurteilung von Dr.med. J.\_\_\_\_\_ abgestellt hat, noch, dass die Leistungen für das Knie links per 6. Dezember 2019 eingestellt wurden.

**6.** Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. a ATSG). Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht nicht (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 Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde\* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

4. Zustellung an:
  - den Beschwerdeführer (R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. Februar 2021

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: 19. Februar 2021