

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2021 10

Entscheid vom 22. Juli 2021

Besetzung

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

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Dr.med. B._____,

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfallkausalität; Meniskusschaden)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1968) war seit dem 1. August 2019 bei der C._____ AG als Aussendienstverkäufer angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er am 2. August 2019 gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 26. September 2019 beim Fussballspielen gefoult wurde und aufs Knie fiel. Geschädigt sei das rechte Knie, Innenseite Knie überdehnt (Suva-act. 1). Die Suva anerkannte das Unfallereignis und erbrachte Leistungen. Am 18. Oktober 2019 ersuchte das Spital D._____ die Suva um Kostengutsprache für einen stationären Aufenthalt ab 21. Oktober 2019 (Suva-act. 2). Am 21. Oktober 2019 erfolgte die Kniearthroskopie rechts mit (u.a.) medialer Meniskushinterhornnaht; der Beschwerdeführer konnte am 23. Oktober 2019 aus dem Spital entlassen werden (Suva-act. 18), bis 30. November 2019 war er vollständig arbeitsunfähig (Suva-act. 30). Am 17. Oktober 2019 wurde A._____ per 24. Oktober 2019 gekündigt (Suva-act. 3). Die Suva informierte noch im Oktober, zu den Versicherungsleistungen noch nicht abschliessend Stellung nehmen zu können; es würden weitere Abklärungen durchgeführt und anschliessend über die Leistungspflicht orientiert (Suva-act. 12 und 13).

B. Mit Schreiben vom 16. Januar 2020 teilte die Suva A._____ mit, aufgrund der Beurteilung des Kreisarztes seien die noch bestehenden Kniebeschwerden rechts nicht mehr unfallkausal; der Fall werde per 20. Oktober 2019 abgeschlossen und ein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen abgelehnt. Namentlich für die Operation vom 21. Oktober 2019 komme die Suva nicht auf (Suva-act. 42). Am 30. Januar 2020 gelangt der behandelnde Arzt Dr.med. B._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH und Sportmedizin) an die Suva. Er zeigte sich überzeugt, es sei von einer unfallbedingten Schädigung des rechten Kniegelenks auszugehen und die Suva sei daher zahlungspflichtig.

C. Nachdem A._____ gegen die Leistungseinstellung opponierte, verfügte die Suva nach Einholung einer kreisärztlichen Beurteilung (Suva-act. 61) am 13. Mai 2020 den Fallabschluss per 20. Oktober 2019. Die medizinischen Unterlagen würden keinen sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 2. August 2019 und den Kniebeschwerden rechts zeigen (Suva-act. 70).

D. Am 29. Mai 2020 teilte Dr.med. B._____ der Suva sein Unverständnis betreffend Verfügung mit und verlangte eine neuerliche Prüfung (Suva-act. 76). Am 25. September 2020 erkundigte sich A._____ nach dem Verfahrensstand, worauf die Suva mitteilte, er habe keine Einsprache erhoben; Dr.med. B._____ sei nicht einspracheberechtigt (Suva-act. 82). Am 28. September

2020 reichte A. _____ eine Vollmacht für Dr.med. B. _____ ein sowie neuerlich dessen Eingabe vom 29. Mai 2020 (Suva-act. 83), was von der Suva als Einsprache entgegengenommen wurde (Suva-act. 85). Mit Entscheid vom 1. Februar 2021 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. 89).

E. Mit "Beschwerde gegen den Einsprache-Bescheid" vom 11. Februar 2021 gelangt A. _____ ans Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz, da klar belegt werden könne, dass dem Meniskusriss und (!) der Innenbandruptur ein Sportunfall zugrunde liege. Er erwarte, dass die Suva die angefallenen Kosten vollumfänglich übernehme. Dr.med. B. _____ werde ihn vollumfänglich vertreten (VG-act. 01).

Mit Verfügung vom 15. Februar 2021 forderte das Gericht den Beschwerdeführer auf, seine Eingabe vom 11. Februar 2021 zu verbessern, da mit der "Beschwerde" keinerlei Auseinandersetzung mit dem angefochtenen Einspracheentscheid erfolge. Zudem müsse Dr.med. B. _____ die geltend gemachte Vertretung verbindlich bestätigen.

Am 18. Februar 2021 orientiert die Suva das Gericht über ein bei ihr eingegangenes Schreiben vom 11. Februar 2021 von Dr.med. B. _____, der sich mit dem Einspracheentscheid nicht einverstanden erkläre (VG-act. 04).

F. Am 24. Februar 2021 gelangt der Beschwerdeführer mit einer ergänzten Eingabe ans Gericht.

Mit Schreiben vom 25. Februar 2021 teilt Dr.med. B. _____ dem Gericht mit, er vertrete im vorliegenden Streitfall den Beschwerdeführer (VG-act. 09). Und mit Eingabe vom selben Tag erhebt Dr.med. B. _____ "Einsprache" gegen den Suva-Entscheid mit dem sinngemässen Antrag, die Suva sei leistungspflichtig.

G. Mit Vernehmlassung vom 22. April 2021 beantragt die Suva, die Beschwerde sei abzuweisen und der Einsprache-Entscheid vom 1. Februar 2021 sei zu bestätigen. Am 12. Mai 2021 nimmt Dr.med. B. _____ Stellung zur Vernehmlassung, wobei an den Begehren der Beschwerde festgehalten wird.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Die Suva anerkannte das Unfallereignis vom 2. August 2019 und erbrachte Versicherungsleistungen. Mit Verfügung vom 13. Mai 2020 stellte sie fest, die medizinischen Unterlagen würden keinen sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 2. August 2019 und den Kniebeschwerden rechts zeigen. Sie sei verpflichtet, den Fall per 20. Oktober 2019 ab-

zuschliessen und den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen abzulehnen. Namentlich für die Operation vom 21. Oktober 2019 könne sie nicht aufkommen (Suva-act. 70). Mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 1. Februar 2021 bestätigte die Suva, das Vorliegen von unfallkausalen Beschwerden und entsprechend eine Leistungspflicht für die Folgen des Unfalles vom 2. August 2019 zu Recht spätestens ab dem 21. Oktober 2019 verneint zu haben (Suva-act. 89).

Demgegenüber führt der Beschwerdeführer vor Verwaltungsgericht aus, die MRI-Abklärung des rechten Kniegelenks vom 27. September 2019 habe eine mediale Seitenbandpartialruptur und eine komplexe mediale Meniskusläsion ergeben, worauf er am 21. Oktober 2019 operiert worden sei. Es sei eine Kniearthroskopie rechts mit medialer Meniskushinterhornnaht erfolgt. Dabei handle es sich um eine unfallähnliche Körperschädigung, die nicht auf eine Erkrankung oder Abnutzung zurückzuführen sei. Gemäss Art. 6 Abs. 2 Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 würden auch Meniskusrisse beschrieben. Der Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Suva gestützt auf Art. 6 Abs. 2 UVG zur Versicherungsleistung zu verpflichten.

Strittig und zu prüfen ist damit, ob die am 21. Oktober 2019 operativ sanierte Kniegelenksverletzung rechts eine Folge des Unfalles vom 2. August 2019 darstellt, allenfalls eine Leistungspflicht der Suva aus unfallähnlicher Körperschädigung gestützt auf Art. 6 Abs. 2 UVG besteht, oder die Suva den Fall zu Recht per 20. Oktober 2019 abgeschlossen und einen darüber hinausgehenden Leistungsanspruch verneint hat.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG 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 unfallähnlichen Körperschädigungen gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG (vgl. unten Erw. 2.4) und ausserdem für Schädigungen, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Art. 6 Abs. 3 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invali-

dität, 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 entfiere; 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).

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). Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 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. BGE 146 V 51 Erw. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

2.3.2 Treten im Anschluss an einen Unfall Beschwerden auf, die zuvor nicht bestanden haben, und ist davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein

(zuvor stummer) Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist (es wurde der degenerative Vorzustand vorübergehend verschlimmert), so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55, 8C_331/2015 Erw. 2.1.1; SVR 2010 UV Nr. 4 S. 17, 8C_181/2009 Erw. 5.4 f. mit Hinweisen; SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C_816/2009 Erw. 4.3; Urteile BGer 8C_331/2015 vom 21.8.2015 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).

Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen. Steht indes 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.)

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 (BGE 146 V 51 Erw. 5.1). 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).

2.4.1 Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei Knochenbrüchen, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrissen, Muskelrissen, Muskelzerrungen,

Sehnenrissen, Bandläsionen sowie Trommelfellverletzungen, sofern diese nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Art. 6 Abs. 2 UVG).

2.4.2 Liegt eine Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vor, so besteht die Rechtsvermutung, dass eine leistungspflichtige unfallähnliche Körperschädigung gegeben ist, auch wenn die Definitionsmerkmale eines Unfalls nicht erfüllt sind. Es müssen weder die Ungewöhnlichkeit, noch das äussere Ereignis (vgl. nachfolgend Erw. 2.3.4), noch die Plötzlichkeit gegeben sein, sondern lediglich das Vorliegen einer Listendiagnose (vgl. Motta et al., Das revidierte Unfallversicherungsgesetz ist in Kraft, in: Soziale Sicherheit 1/2017, S. 39; vgl. aber auch Hüsler, Erste UVG-Revision: wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, in: SZS 2017 S. 33 f.). Der Unfallversicherer kann sich von seiner Leistungspflicht befreien, wenn er nachweist, dass die eingetretene Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (Heinrich, 1. UVG-Revision - Entwicklung der Gesetzgebung, JaSo 2017, S. 21 f.). Der Gegenbeweis des Unfallversicherers gilt dabei als erbracht, wenn die Listenverletzung zu mehr als 50% auf "Abnützung oder Erkrankung" beruht (BGE 146 V 51 Erw. 8.2.2.1 mit weiteren Hinweisen, u.a. auf Gehring, in: Kieser/Gehring/Bollinger [Hrsg.], KVG UVG Kommentar, Zürich 2018, UVG Art. 6 N 11). Die blossе Möglichkeit einer degenerativen oder krankhaften Schädigung genügt somit den Beweisanforderungen nicht.

2.4.3 Aus der Logik der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Entlastungsbeweises für den Unfallversicherer folgt, dass es sich bei dem Begriffspaar Abnützung und Erkrankung um das ergänzende Gegenstück ("Pendant") zu einem spezifischen Ereignis handeln muss (BGE 146 V 51 Erw. 8.2.3). Für die Anwendung von Art. 6 Abs. 2 UVG ist zwar kein äusserer Faktor und damit kein unfallähnliches sinnfälliges Ereignis oder eine allgemein gesteigerte Gefahrenlage im Sinne der Rechtsprechung zu aArt. 9 Abs. 2 UVV (vgl. BGE 146 V 51 Erw. 7.5) mehr vorausgesetzt. Insoweit führt grundsätzlich bereits die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 lit. a-h UVG genannte Körperschädigung vorliegt, zur Vermutung, es handle sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Indessen ergibt sich aus der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Gegenbeweises weiterhin die Notwendigkeit der Abgrenzung der vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung von der abnützungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung und damit letztlich zur Leistungspflicht des Krankenversicherers. Insoweit ist die Frage nach einem initialen erinnerlichen und benennbaren Ereignis - nicht zuletzt auch aufgrund der Bedeutung eines zeitli-

chen Anknüpfungspunktes (Versicherungsdeckung; Zuständigkeit des Unfallversicherers; Berechnung des versicherten Verdienstes; intertemporalrechtliche Fragestellungen) auch nach der UVG-Revision relevant (Urteil BGer 8C_819/2019 vom 26.2.2020 Erw. 5.1). Der Versicherer hat im Rahmen seiner Abklärungspflicht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG) nach Eingang der Meldung einer Listenverletzung die Begleitumstände der Verletzung genau abzuklären. Lässt sich dabei kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter resp. harmloser Art, so vereinfacht dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers (Urteil BGer 8C_671/2019 vom 11.3.2020 Erw. 2.4). Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Abgrenzungsfrage ist das gesamte Ursachenspektrum (vgl. vorstehend Erw. 2.3.3) der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen. Nebst dem Vorzustand sind somit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden näher zu beleuchten. Die verschiedenen Indizien, die für oder gegen Abnützung oder Erkrankung sprechen, müssen aus medizinischer Sicht gewichtet werden. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf beweiskräftige ärztliche Einschätzungen - mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit - nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50%, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnützung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärungen erübrigen (vgl. BGE 146 V 51 Erw. 8.6).

2.4.4 Liegt eine Meldung einer Listenverletzung vor, so hat der Unfallversicherer die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer (aus Art. 6 Abs. 2 UVG) solange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 Erw. 9.1).

2.4.5 Liegt ein anerkanntes Unfallereignis vor, ergeben die medizinischen Beurteilungen aber, dass die gemeldete und diagnostizierte Listenverletzung nicht auf dieses anerkannte Ereignis zurück zu führen ist, so ist der Nachweis erbracht, dass das anerkannte Unfallereignis keine auch nur geringe Teilursache der Lis-

tenverletzung bildet. Damit ist aber gleichzeitig auch erstellt, dass diese Listenverletzung vorwiegend, d.h. zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist, soweit kein Hinweis auf ein nach dem anerkannten Unfall eingetretenes initiales Ereignis besteht, das Anlass zu Weiterungen geben könnte. Die Vermutung der Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG ist diesfalls umgestossen und der Unfallversicherer von seiner Pflicht befreit. Mithin erübrigt sich bei fehlendem natürlichem Kausalzusammenhang zwischen einem anerkannten Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG und einer Listenverletzung eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG, wenn kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt (BGE 146 V 51 Erw. 9.2; vgl. auch Urteil BGer 8C_59/2020 vom 14.4.2020 Erw. 6).

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 (Art. 61 lit. c ATSG; 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 blosser 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 144 V 427 Erw. 3.2; BGE 138 V 218 Erw. 6). 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 Beweismündigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V

427 Erw. 3.2; Urteil BGer 8C_765/2020 vom 4.3.2021 Erw. 3.2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweismwürdigung 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 Beweismwürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 144 V 361 Erw. 6.5).

2.6.1 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweismwürdigung (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.

2.6.2 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).

2.6.3 Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C_587/2020 vom 5.2.2021 Erw. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Ver-

sicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 Erw. 8.5; BGE 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

2.6.4 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 regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

2.6.5 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. Vorliegend wurde der Suva mit Bagatellunfall-Meldung vom 26. September 2019 ein Unfallereignis gemeldet: Der Beschwerdeführer wurde am 2. August 2019 beim Fussballspielen gefoult und er stürzte auf das rechte Knie (vgl. Ingress Bst. A; Suva-act. 1 und 20). Die Suva hat das Ereignis als Unfall im Sinne

von Art. 4 ATSG anerkannt und sie erbrachte in der Folge Versicherungsleistungen. Es liegt damit ein anerkanntes Unfallereignis vor. Daher stellt sich die Frage, ob die gemeldeten und diagnostizierten (Listen-)Verletzungen zumindest teilweise auf dieses Unfallereignis zurück zu führen sind oder nicht. Ist dies nicht der Fall, ist gleichzeitig auch erstellt, dass diese (Listen-)Verletzungen auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (vgl. oben Erw. 2.4.5). Ein anderes, initiales Ereignis als jenes vom 2. August 2019 benennt der Beschwerdeführer nicht.

Wenn nun also das Unfallereignis vom 2. August 2019 im Mindesten eine Teilsache für die über den 20. Oktober 2019 anhaltenden Beschwerden darstellt, dann wird die Suva leistungspflichtig aus Art. 6 Abs. 1 UVG. Muss aber die überwiegende Wahrscheinlichkeit des Kausalzusammenhangs verneint werden, dann besteht (selbst bei Vorliegen von Listendiagnosen nach Art. 6 Abs. 2 UVG) weder eine Leistungspflicht aus Art. 6 Abs. 1 UVG noch aus Art. 6 Abs. 2 UVG, weil damit gleichzeitig auch die Vermutung der Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG umgestossen, resp. der Nachweis erbracht ist, dass die Körperschädigung (vorwiegend) auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Insofern geht die Anrufung von Art. 6 Abs. 2 UVG durch den Beschwerdeführer fehl.

4. Was das Unfallereignis und die geklagten Folgen anbelangt, so ergibt sich aus den Akten:

4.1 Am 26. September 2019 meldete die Arbeitgeberin der Suva, der Beschwerdeführer sei beim Fussballspielen bei einem Foul aufs Knie gefallen (Suva-act. 1). Im Fragebogen zu Sportunfällen führte der Beschwerdeführer am 30. Oktober 2019 aus, er habe sich am 2. August 2019 ca. um 21 Uhr das "Knie bei einem Zweikampf verdreht" (Suva-act. 20).

Weitere Angaben zum Unfallereignis finden sich in den Akten nicht. Vor Verwaltungsgericht trägt der Beschwerdeführer vor, es seien mehrere Zeugen anwesend gewesen. Ihnen habe er die Art der Verletzung derart beschrieben, dass selbst einer seiner Sportkameraden eine Meniskusblussur vermutet habe. Es sei ihm nach dem Unfall nicht mehr möglich gewesen, weiterhin eine sportliche Betätigung auszuführen (VG-act. 01 und 07). Dr.med. B. _____ gibt vor Verwaltungsgericht zudem an, der Beschwerdeführer habe das Spiel nach dem Vorfall abbrechen müssen (VG-act. 15).

4.2 Am 24. September 2019 suchte der Beschwerdeführer erstmalig einen Arzt (Dr.med. B. _____) auf (Suva-act. 20, 22). Dieser hielt im Arzzeugnis UVG vom 7. November 2019 fest, der Beschwerdeführer sei am 2. August 2019 beim Fussballspielen gestürzt mit massivem Kniedistorsionstrauma rechts und er klage

über seither anhaltende Bewegungs- und Belastungsbeschwerden (Suva-act. 22).

In der Bagatellunfall-Meldung vom 26. September 2019 wird das rechte Knie als verletzter Körperteil angegeben und als Verletzung eine Überdehnung der Knie-Innenseite (Suva-act. 1).

Im Fragebogen zum Sportunfall bezeichnete der Beschwerdeführer die Art der Verletzung/Beschwerden am 30. Oktober 2019 als "Stechen und Instabilität im Knie". Die Frage nach dem Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens der Beschwerden liess der Beschwerdeführer unbeantwortet (Suva-act. 20).

4.3 Aufgrund der Erstkonsultation veranlasste Dr.med. B._____ eine MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks bei Indikation "Sturz, medialer Meniskus, LCM?", welche am 27. September 2019 erfolgt ist (Suva-act. 27). Dr.med. E._____ (FMH Radiologie) berichtete hierauf:

Befund:

Im proximalen Anteil oedematöse Verdickung des medialen Kollateralligamentes bei erhaltener Kontinuität. Vorderes und hinteres Kreuzband, lateraler Kapselbandapparat intakt. Horizontale, in die Unterfläche einstrahlende Rissbildung im Corpus und im Hinterhorn des Innenmeniskus. Im Bereich des Corpus kleines Lappenfragment, welches über die mediale Tibiakante luxiert. Angrenzend in der medialen Tibiakante kleine intraossäre Geröllzyste. Beginnende Fibrillation der Knorpeloberfläche im medialen femorotibialen Kompartiment.

Aussenmeniskus und lateraler Knorpel normal. Patella zentriert. Retropatellare Knorpeldicke normal. Oberflächliche Knorpeldefekte an der medialen Retropatellarfalte angrenzend zur aufgefaserten und verkürzten Plica mediopatellaris. Leichte Signalstörung der Quadrizepssehne im Ansatz zum Patellaoberpol bei lokaler Fibroostose. Hoffa-Fettkörper mit normaler Form, reizlos.

Kleine Bakerzyste.

Beurteilung:

1. Zerrung des medialen Kollateralligamentes im proximalen Anteil.
2. Ausgedehnte, horizontale, in die Unterfläche ziehende Rissbildung im Corpus und im Hinterhorn des Innenmeniskus mit kleinem Lappenfragment, welches über die mediale Tibiakante luxiert und angrenzend zu einer intraossären Geröllzyste führt.
3. Oberflächliche Knorpeldefekte an der medialen Retropatellarfalte, wahrscheinlich einem Status nach rezidivierender Plica-Einklemmung entsprechend.

4.4 Am 18. Oktober 2019 ersuchte das Spital D._____ um Kostengutsprache für einen stationären Spitalaufenthalt bei Diagnose S83 (Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes; Suva-act. 2).

Zur Operationsindikation ist dem Operationsbericht von Dr.med. B._____ zu entnehmen, der Beschwerdeführer habe sich beim Sturz ein komplexes Kniedis-

torsionstrauma rechts zugezogen (Suva-act. 19). Die weitere klinische wie auch radiologische Abklärung habe eine komplexe mediale Meniskusläsion bei einer gleichzeitigen Innenband-Teilläsion ergeben. Er stellte die Diagnose:

- Knielaxationstrauma rechts mit komplexer medialer Meniskushinterhornläsion
- Chondropathie Grad III 2 x 2 cm Trochlea
- Intraartikuläre Synovialitis mit Erguss

Am 21. Oktober 2019 erfolgte die Kniearthroskopie rechts mit medialer Meniskushinterhornnaht (Sequent Suture 7-fach), einer Synovektomie sowie Abrasio und Knorpelglättung Trochlea. Im Operationsbericht führte Dr.med. B. _____ hierzu aus:

[...] Eingehen über ein antero-laterales Portal. Ausspülen eines intraartikulären Ergusses. Eingehen mit der Optik und Darstellen einer deutlichen Synovialitis im Bereich des oberen Rezessus. Über ein anteromediales Portal wird ein Shaver eingeführt und es erfolgt eine vorsichtige Synovektomie mit Blutstillung.

Femoropatellär: Die Patella ist soweit unauffällig. Die Trochlea zeigt jedoch eine Chondropathie Grad II bis III auf einem Areal von 2 x 2 cm. Es erfolgten eine vorsichtige Abrasion und Knorpelglättung.

Mediales Kompartiment: Unauffällige Knorpelverhältnisse. Der mediale Meniskus ist von der Pars intermedia bis zum Hinterhorn komplex eingerissen. Es erfolgt eine Anfrischung des medialen Meniskus und anschliessend die Naht mittels Sequent Suture 7-fach.

Zentralpfeiler: Intaktes vorderes und hinteres Kreuzband.

Laterales Kompartiment: Unauffällige Gelenkverhältnisse.

Daraufhin Vervollständigung der antero-medialen und antero-lateralen Synovektomie. Einlage einer intraartikulären Drainage und Hautnaht.

Im Austrittsbericht vom 30. Oktober 2019 wurden Anamnese, Diagnose und Operation vom Operationsbericht übernommen (Suva-act. 18 und 19). Dokumentiert ist ein unauffälliger Allgemeinbefund sowie als MRI-Befund Knie rechts eine komplexe mediale Meniskusläsion und LCM-Partialruptur. Der Lokalstatus Knie rechts wird wie folgt beschrieben:

Leichtgradige Schwellung. FL/EX 120-0-0°. Ausgeprägt positive mediale Meniskuszeichen. Femoropatelläres Reiben. LCM +. Die Kreuzbänder sind intakt.

Am 23. Oktober 2019 konnte der Beschwerdeführer unter Teilbelastung nach Hause entlassen werden.

4.5 Im Arztzeugnis UVG vom 7. November 2019 bestätigt Dr.med. B. _____ die Erstkonsultation vom 24. September 2019, nachdem der Beschwerdeführer am 2. August 2019 beim Fussballspiel gestürzt sei mit massivem Knielaxationstrauma rechts; seither habe er anhaltende Bewegungs- und Belastungsbe-

schwerden. Der Allgemeinzustand sei unauffällig. Zudem führt er aus (Suva-act. 22):

4. Befund

Allenfalls geringgradige Schwellung von Seiten des rechten Kniegelenkes nachweisbar. Die F/E beträgt 120-0-0°. Deutliche positive mediale Meniskuszeichen, leichtgradiges intraartikuläres Reiben. Erstgradige Instabilität des LCM bei V.a. Partialruptur.

5. Röntgenbefund/MRI

Knie rechts. Mediale Seitenbandpartialruptur und mediale Meniskusläsion

6. Diagnose

Kniedistorsionstrauma rechts mit medialer Seitenbandpartialruptur und medialer Meniskusläsion.

Dr.med. B._____ hält fest, die Befunde seien mit dem Unfallereignis vom 2. August 2019 vereinbar. Seit dem 21. Oktober 2019 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

4.6 Im ärztlichen Zwischenbericht vom 22. November 2019 nennt Dr.med. B._____ die Diagnose (Suva-act. 28):

Komplexes Kniedistorsionstrauma rechts mit medialer Meniskusläsion sowie medialer Seitenbandpartialruptur

Er verwies auf die operative Sanierung vom 21. Oktober 2019 und beschrieb den gegenwärtigen Zustand mit einer deutlichen Beschwerdebesserung; eine Teilbelastung werde unter physiotherapeutischer Anleitung durchgeführt. Die Arbeitsfähigkeit sei aktuell nicht gegeben.

4.7 Auf die Frage, ob der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt habe, antwortete Kreisarzt Dr.med.univ. F._____ (Praktischer Arzt; Vertrauensarzt SGV) am 13. Dezember 2019 mit ja, Kontusion/Zerrung mediales Seitenband proximal. Der am 21. Oktober 2019 operierte Schaden hingegen sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Bei den Knorpelschäden und multiplen Läsionen Meniskushinterhorn handle es sich um vorbestehende degenerative Befunde (Suva-act. 35).

4.8 Nachdem die Suva den Beschwerdeführer über den Fallabschluss und die Leistungsverweigerung informierte (Suva-act. 39 und 42), opponierte dieser zusammen mit Dr.med. B._____ (Suva-act. 40 und 55). Dr.med. B._____ schrieb der Suva am 30. Januar 2020, der Beschwerdeführer habe sich am 2. August 2019 nachweislich beim Fussballspielen im Rahmen eines Sturzes ein schweres Kniedistorsionstrauma rechts zugezogen. Die Abklärungen hätten eine komplexe mediale Meniskusläsion bei gleichzeitiger Innenbandpartialruptur er-

geben, was zur Kniearthroskopie vom 21. Oktober 2019 mit medialer Meniskusnaht siebenfach geführt habe. Zwischenzeitlich sei er völlig beschwerdefrei. Aufgrund des MRI liesse sich im Rahmen des Unfallereignisses einerseits eine komplexe mediale Meniskusläsion, andererseits die Innenbandpartialruptur nachweisen. Beides lasse sich somit mit grösster Wahrscheinlichkeit auf das Knie-Distorsionstrauma rechts zurückführen. Die Annahme, die mediale Meniskusläsion hätte sich auch ohne Unfall mit grosser Wahrscheinlichkeit eingestellt, sei medizinisch nicht stichhaltig anzunehmen und müsse mit aller Vehemenz zurückgewiesen werden. Die Schädigung sei unfallkausal.

4.9 Im Rahmen der weiteren Abklärungen unterbreitete der Kreisarzt die MRI-Bilder vom 27. September 2019 zur konsiliarischen Beurteilung Dr.med. G._____ (FMH Radiologie) (Suva-act. 59). Mit Bericht vom 27. April 2020 führte dieser aus:

Regelrechte ossäre Strukturen des Kniegelenkes. Im Bereich des medialen Tibiaplateau ist ein ganz kleines subchondrales Ganglion nachzuweisen von 6 mm Durchmesser. Der mediale Meniskus zeigt einen schräg zur Unterfläche ziehenden Riss im Hinterhorn mit einem kleinen Ganglion im hinteren Kapselleck, im Corpus ist der Meniskus relativ kurz. Der laterale Meniskus stellt sich regelmässig dreieckig dar. Das mediale Kollateralband ist condylär aufgetrieben, signalgestört im Sinne einer Zerrung/Partialruptur. Baker-Zyste. Die Patella ist zentriert. Etwas ausgedünnter Knorpel an der medialen Patellafacette.

4.10 Am 27./29. April 2020 nahm Kreisarzt Dr.med.univ. F._____ eine ärztliche Beurteilung vor und bestätigte seine Erstbeurteilung, wonach die am 21. Oktober 2019 operierten Befunde ausschliesslich vorbestehend degenerativer Natur seien und nicht unfallbedingt. Ein Unfallereignis für die vorgefundenen Befunde sei problemlos wegzudenken. Er begründet dies wie folgt (Suva-act. 61):

Ein Unfallereignis wird vom Versicherten erst nach Konsultation bei Herrn Dr. B._____ 55 Tage nach dem Ereignis geltend gemacht. Die Behauptung eines massiven Knie-Distorsionstraumas und Sturz auf das rechte Kniegelenk in den Berichten von Herrn Dr. B._____ lässt sich aufgrund der grossen zeitlichen Latenz vom Ereignis und der Erstkonsultation nicht nachvollziehen. Wäre es zu einem massiven Kniegelenkstrauma gekommen, so ist anzunehmen, dass der Versicherte innerhalb weniger Tage einen Arzt konsultiert hätte.

Im am 27.09.2019 durchgeführten MRI deutet einzig die Signalanhebung des medialen Seitenbandes proximal auf eine mögliche Zerrung des Kniegelenkes durch ein Valgisationsstrauma hin. Es besteht eine Signalanhebung proximal am Seitenband ohne Kontinuitätsunterbrechung. Dies kann durchaus auf eine Zerrung hindeuten, wie dies bei einem Fussballspiel im Rahmen eines Zweikampfs nicht unüblich ist.

Die ausgedehnte horizontale Meniskusläsion medial mit Rissbildungen sowohl an die Unter- als auch Oberfläche und Separation eines kleinen Lappenfragments

über die mediale Tibiakante sind typisch vorbestehender degenerativer Befunde. Die Luxation des kleinen Fragments findet sich im Bereich einer signalangehobenen Geröllzyste als typischer Befund einer beginnenden Arthrose. Eine kleine osteophytäre Ausziehung findet sich auch lateral am Tibiaplateau ohne Signalanhebung. Abgesehen davon, dass diese Art der Meniskuläsion typisch für ausschliesslich degenerative Befund ist, ist auch das Unfallereignis (Valgisationsstrauma) nicht geeignet, eine Läsion am medialen Meniskus zu verursachen. Zudem findet sich eine degenerative Schädigung des Knorpels retropatellar medial. Die Vorschädigungen haben offensichtlich bereits früher zu rezidivierenden vermehrten Flüssigkeitsausscheidungen im Kniegelenk geführt, da sich auch eine relevante Bakerzyste findet, welche weder vom befundenden Radiologen noch Herrn Dr. B. _____ erwähnt wird. Um weitere Schäden auszuschliessen, wurden die Bilder zur Zweitbeurteilung an das Röntgeninstitut Aarau gesandt.

Bezüglich Entstehung degenerativer Meniskusschäden und deren Einteilung ist Folgendes festzuhalten:

Die Einteilung degenerativer Meniskusschäden definiert drei Grade [1]. Abb. 2 veranschaulicht die Unterscheidung. In vorliegendem Fall liegt mit dem am 27.09.2019 vorgenommenen Kernspintogramm der Befund einer drittgradigen Degeneration vor: Mukoid-degenerative Areale, welche sich als eine Kollektion von mukopolysaccharider chondraler Grundsubstanz in gestresstem fibrocartilaginärem Meniskusgewebe ausdehnen, erreichen die Meniskusoberfläche [1].

Die degenerativen Veränderungen des Meniskus können sich für den Betroffenen unbemerkt entwickeln und werden häufig als Nebenbefund in asymptomatischen Patienten gefunden [2,3]. Englund et al. schlossen aus einer Studie an 991 Probanden, dass unabhängig von Beschwerden kernspintomographisch auffällige Befunde der Menisken in Personen mittleren und höheren Alters häufig sind ("common among middle-age and elderly persons, irrespective of knee symptoms") [2].

Weber kommentiert die Arbeit von Englund et al.: "In diesem Kontext ist die vorliegende Studie sehr interessant, denn sie demonstriert eindrucksvoll, dass [diese kernspintomografischen Befunde, Anm. des Unterz.] [...] in der Mehrzahl asymptomatisch sind" [4].

Der bildmorphologisch in vorliegendem Fall sich typisch degenerativ bedingt darstellende kernspintomografische Befund, der gemäss Literatur häufig bis "in der Mehrzahl" keine Beschwerden auslöst, bestand somit überwiegend wahrscheinlich schon vor dem angeschuldigten Ereignis. In diesem Sinne beschreiben Rupp et al. eine Degeneration als Ursache eines Meniskusschadens als die Regel, die Verletzung ist die Ausnahme [5].

Zusammenfassend ist Folgendes festzustellen:

Die Argumentation von Herrn Dr. B. _____, dass sich die komplexe Meniskuläsion und die Partialruptur des Ligamentum collaterale mediale mit grösster Wahrscheinlichkeit auf das geltend gemachte Distorsionsstrauma zurückführen lasse, ist nicht nachvollziehbar.

Der Versicherte macht am 26.09.2019, zwei Tage nach Konsultation beim Orthopäden, Herrn Dr. B. _____, ein Unfallereignis vom 02.08.2019 (55 Tage zuvor) geltend. Bereits der zeitliche Verlauf relativiert die Schwere des von Herrn Dr. B. _____ als "massiven bzw. schweren Kniegelenksdistorsionstraumas" qualifi-

zierten Ereignisses. Wäre es tatsächlich zu einem massiven/schweren Kniegelenkstrauma gekommen, wäre zeitnahe eine erste Arztkonsultation erfolgt.

Für ein mögliches Valgisationstrauma spricht eine Signalanhebung am proximalen Anteil des medialen Seitenbandes ohne Kontinuitätsunterbrechung der Fasern. Ein Valgisationstrauma (Druckbelastung des lateralen Kompartiments und daraus resultierender Zugbelastung des medialen Seitenbandes bei Druckentlastung des medialen Kompartiments) ist nicht geeignet, eine Meniskusläsion zu verursachen.

Abgesehen davon entspricht der Befund einer komplexen medialen Meniskusläsion mit degenerativer Osteophytenbildung/Geröllzyste typischen vorbestehenden degenerativen Befunden. Ein Unfallereignis als Ursache für diese Befunde ist entgegen der Behauptung von Dr. B. _____ problemlos wegzudenken.

Bemerkenswert ist zudem, dass eine Behandlung der diagnostizierten "Partialruptur" nicht notwendig war (eine solche wird nicht dokumentiert). Dieser Befund wird ausschliesslich in den Diagnosen nach durchgeführtem MRI angeführt wird.

Die Unfallkausalität von operierten Befunden ist nach überwiegender Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, welche im vorliegenden Fall nicht gegeben bzw. aufgrund der eindeutigen Bildgebung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen ist. Eine mediale Beschwerdesymptomatik ist hinreichend durch die Zerrung/Signalanhebung im Bereich des medialen Seitenbandes proximal erklärt.

4.11 Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung verfügte die Suva am 13. Mai 2020 den Fallabschluss per 20. Oktober 2019. Die medizinischen Unterlagen würden keinen sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 2. August 2019 und den Kniebeschwerden rechts zeigen (Suva-act. 70).

5.1 Gegen den Fallabschluss opponierte Dr.med. B. _____ am 29. Mai 2020, was durch die Suva später (vgl. Ingress Bst. D) als Einsprache entgegengenommen wurde. Gemäss Dr.med. B. _____ könne aus orthopädisch-chirurgischer bzw. sportmedizinischer Sicht der kreisärztlichen Beurteilung nicht gefolgt werden. Der Kreisarzt habe sich als Allgemeinmediziner zu weit aus dem Fenster gelehnt und dürfe sich folgende Begründung eines unfallbedingten Schadens gerne noch einmal zu Gemüte führen (Suva-act. 76):

Herr A. _____ ist nachweislich beim Fussballspielen gestürzt und hat sich hierbei ein komplexes Kniedistorsionstrauma rechts zugezogen. Nachweislich hat er sich hierbei, im Rahmen einer MRI-Abklärung, eine mediale Seitenbandruptur sowie eine komplexe mediale Meniskusläsion zugezogen, welche erfolgreich operiert werden konnte. Die Meniskusläsion war zudem im Bereich der Meniskusbasis und nicht in der Peripherie gelegen, so dass auch von Seiten der Meniskusläsion eindeutig von einem traumatischen Ereignis auszugehen ist. Die Kombination einer medialen Seitenbandruptur mit einer medialen Meniskusläsion ist eindeutig als Unfallfolge zu werten, so dass wir Sie auffordern, diesbezüglich einen geeigneten Kollegen im Rahmen der SUVA den Fall neu beurteilen zu lassen.

5.2 Auf entsprechende Vorlage hin hielt Kreisarzt Dr.med.univ. F._____ am 19. Oktober 2020 fest, die Unfallfolgen (Kontusion/Zerrung mediales Seitenband proximal [gemäss Beurteilung vom 13.12.2019, oben Erw. 4.7]) hätten im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit 4 bis 6 Wochen nach dem Ereignis vom 2. August 2019 keine Rolle mehr gespielt. An der kreisärztlichen Beurteilung vom April 2020 (oben Erw. 4.10) halte er fest (Suva-act. 86).

5.3 Ihren Einspracheentscheid vom 1. Februar 2021 stützt die Suva auf die kreisärztliche Beurteilung vom 27./29. April 2020 ab, wonach die operierten Befunde ausschliesslich vorbestehend degenerativer Natur und nicht unfallbedingt gewesen seien. Dr.med.univ. F._____ habe mit diesem Bericht eine umfassende und nachvollziehbare Begründung abgegeben und sich auch einlässlich zur anderslautenden Einschätzung von Dr.med. B._____ geäussert. Aus der Einsprache von Dr.med. B._____ würden sich keine neuen Gesichtspunkte ergeben, die er nicht schon am 30. Januar 2020 geäussert habe. Zu diesen habe der Kreisarzt Stellung genommen.

Gestützt auf diese Beurteilung habe die Suva das Vorliegen von unfallkausalen Beschwerden und entsprechend eine Leistungspflicht für die Folgen des Unfalles vom 2. August 2019 zu Recht spätestens ab dem 21. Oktober 2019 verneint. Dr.med. B._____ vermöge hieran keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken. Zudem sei der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen würden, weshalb ihrer Einschätzung zum vorherein kein uneingeschränkter Beweiswert zukomme. Zudem merkt die Suva an, die durch die Verfügung direkt betroffene Krankenversicherung habe keine Einsprache erhoben, was als Indiz für die Richtigkeit der Verfügung interpretiert werden könne.

6.1 Die Suva begründet den Fallabschluss per 20. Oktober 2019 und die Ablehnung einer darüber hinaus andauernden Leistungspflicht mit der medizinischen Beurteilung ihres Kreisarztes, wonach die Unfallkausalität der operierten Befunde nicht überwiegend wahrscheinlich resp. aufgrund der eindeutigen Bildgebung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen sei und eine mediale Beschwerdesymptomatik durch die Zerrung/Signalanhebung im Bereich des medialen Seitenbandes proximal hinreichend erklärt sei, wobei diese 4 bis 6 Wochen nach dem Ereignis vom 2. August 2019 überwiegend wahrscheinlich keine Rolle mehr gespielt habe (vgl. oben Erw. 4.10 und 5.2). Es ist damit im vorliegenden Fall 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 15.10.2019 Erw. 6.1; vorstehend Erw. 2.6.3).

6.2 Geringe Zweifel an einer Beurteilung versicherungsinterner Ärzte vermögen - trotz der von der Suva zitierten Erfahrungstatsache (vgl. oben Erw. 5.3) - insbesondere auch Berichte der behandelnden Haus- und Fachärzte zu erwecken. Denn diese Erfahrungstatsache darf nicht dahingehend (miss)verstanden werden, dass Berichten von behandelnden Ärzten in jedem Fall zu misstrauen ist und ihnen von vornherein ohne nähere, willkürfreie Begründung jegliche Glaubwürdigkeit abzusprechen wäre (Urteil BGer 4A_544/2017 vom 30.4.2018 Erw. 4.2).

6.3 Der Beschwerdeführer selber begründet die von ihm geltend gemachte Unfallkausalität einzig mit Verweis auf das Unfallereignis. Es könne bezeugt werden, dass dem Meniskusriss und der Innenbandruptur im rechten Knie ein Sportunfall zugrunde liege. Mehrere Zeugen könnten den Unfall bestätigen. Ein Sportkamerad, dem er die Art der Verletzung beschrieben habe, habe gar eine Meniskusblutung vermutet. Es käme daher einem riesigen Zufall gleich, wenn der Meniskusschaden nicht auf diesen Sportunfall zurückzuführen wäre. Zudem habe er nach dem Unfall keine sportliche Betätigung mehr ausführen können.

Der Beschwerdeführer verkennt, dass das Unfallereignis seitens Suva nicht bestritten wird. Im Gegenteil hat die Suva das Ereignis vom 2. August 2019 als Unfall anerkannt. Strittig ist aber, ob der operierte Schaden (mediale Meniskushinterhornnaht, Synovektomie, Abrasio und Knorpelglättung Trochlea) mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf diesen Unfall zurückzuführen ist. Diesen Nachweis vermögen die Zeugen des Sportunfalles nicht zu erbringen, da sie einzig das - unstrittige - Ereignis, nicht aber die Unfallfolgen und schon gar nicht die Frage der Unfallkausalität eines Befundes beurteilen können. Und selbst wenn ein Sportkamerad eine Meniskusblutung vermutete, so vermag dies die Unfallkausalität keinesfalls mit dem notwendigen Beweisgrad zu begründen.

Von Bedeutung sind die Ausführungen des Beschwerdeführers aber insofern, als seine Antworten im Fragebogen vom 30. Oktober 2019 die Unfallmeldung vom 26. September 2019 derart konkretisierte, als es sich nicht um einen blossen Sturz auf das rechte Knie nach einem Foul handelte, sondern dass das "Knie bei einem Zweikampf verdreht" wurde (vgl. oben Erw. 4.1). So geht denn auch der Kreisarzt von einem Valgisationstrauma aus. Die dabei verursachten Schmerzen verunmöglichten sodann ein Weiterspielen und ebenso eine sportliche Betätigung im Anschluss an das Spiel. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer die

Frage nach dem Zeitpunkt des Beschwerdeeintritts offen liess, kann vor diesem Hintergrund nicht anders interpretiert werden, als dass das "Stechen und Instabilität im Knie" (Suva-act. 20) unmittelbar mit dem Foul und der Knieverdrehung eingesetzt haben.

6.4 Weitere Details zum Unfallhergang sind nicht bekannt. So lässt sich weder die Beschreibung durch Dr.med. B. _____, wonach der Beschwerdeführer ein schweres resp. massives Kniedistorsionsstrauma erlitt, noch die Darstellung des Kreisarztes, es könne kein massives Kniedistorsionsstrauma gewesen sein, sondern ein für einen Zweikampf nicht unübliches einfaches Valgisationstrauma, bestätigen. Immerhin kann aber auch der Ausführung des Kreisarztes, allein die Latenz von 55 Tagen bis zum ersten Arztbesuch schliesse ein massives Kniedistorsionsstrauma aus und spreche gegen eine traumatische Meniskusverletzung, so nicht gefolgt werden. Denn unbestritten ist, dass dem Beschwerdeführer seit dem Unfall beschwerdebedingt eine sportliche Betätigung unmöglich war und Dr.med. B. _____ anlässlich der Erstkonsultation ein Kniedistorsionsstrauma dokumentierte und u.a. eine geringgradige Schwellung des rechten Kniegelenkes, deutlich positive mediale Meniskuszeichen und eine erstgradige Instabilität des LCM befundet hat (vgl. oben Erw. 4.5). Auch das MRI veranlasste er nach der Erstkonsultation bei Indikation / Fragestellung 'Sturz, medialer Meniskus, LCM?'. Die Zeit von 55 Tagen bis zur Erstkonsultation spricht daher nicht gegen eine traumatische Meniskusverletzung (vgl. auch Urteil EVGer U 5/02 vom 21.10.2002 Erw. 2.3).

6.5 Unbestrittenermassen zeigte das MRI vom 27. September 2019 eine Läsion des Innenmeniskus (Suva-act. 27 und 60). Entgegen der Darstellung von Dr.med. B. _____ vermögen indes weder dieser Befund, noch die Tatsache, dass er nach dem Unfallereignis erhoben wurde, bereits den Nachweis zu erbringen, dass auch der Meniskus durch den Unfall geschädigt worden sein musste. Denn eine gesundheitliche Schädigung gilt nicht schon deshalb als durch Unfall verursacht, weil sie nach diesem aufgetreten ist (Unzulässigkeit der Beweisregel 'post hoc ergo propter hoc', Urteil BGer 8C_758/2020 vom 14.4.2021 Erw. 5.2.3). Auch der ausdrückliche Hinweis, der Beschwerdeführer sei vor dem Unfall bezüglich des rechten Kniegelenkes beschwerdefrei gewesen und habe weder Voroperationen noch frühere Unfallereignisse aufgewiesen, vermag für sich allein die Ursächlichkeit des Unfalles nicht zu beweisen. Es ist bekannt, dass Meniskusschäden häufig nicht symptomatisch sind, selbst Schäden vom Grad 3 nach Stoller (Thomann/Grosser/Schröter; Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, 3. Auflage, 2020, S. 367; Samuelsson, Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung, Das Beispiel des Meniskusrisses, SZS 2018 S. 335 ff., 346).

6.6 Auch wenn die Risse chronisch degenerierter Menisken, die ohne Unfall oder bei geringfügigem Trauma, bei unphysiologischen, unkoordinierten Bewegungen auftreten, weit häufiger sind, können Meniskusschäden unbestrittenermassen auch traumatisch bedingt sein. Typische Ursache für eine traumatische Meniskusläsion ist dabei ein Flexions-Aussenrotations- beziehungsweise Valgisationstrauma des Knies, das neben Bandverletzungen nicht selten eine Verletzung des medialen Meniskus zur Folge hat. Dabei tritt häufig ein tangentialer Längsriss, meist im hinteren Abschnitt des Innenmeniskus, auf (vgl. Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Auflage, Bern 2002, S. 1057; vgl. auch Samuelsson, a.a.O., S. 352 ff.). Traumatische Meniskusrisse treten sodann in der Regel als Begleitverletzung von Bandläsionen oder Frakturen auf (vgl. Urteil Sozialversicherungsgericht BS UV.2017.56 vom 8.5.2018 mit Hinweis auf Urteil Sozialversicherungsgericht ZH UV.2015.00118 vom 1.9.2016 Erw. 3.2.4; vgl. Samuelsson, a.a.O., S. 345, die mit Verweis auf die Literatur festhält, ein unfallbedingter Meniskusriss eines nicht (vor)verschlissenen Meniskus ohne wesentliche Begleitverletzung sei selten).

Vorliegend steht fest und ist auch seitens der Suva anerkannt, dass der Unfall vom 2. August 2019 eine Verletzung des Innenbandes zur Folge hatte. Zudem beschreibt der Kreisarzt den Unfallhergang als Valgisationstrauma. Dr.med. B._____ weist denn auch darauf hin, dass die Meniskusverletzung nicht isoliert ist, sondern mit einer Bandverletzung einherging. Zusammen mit dem Valgisationstrauma - das für Meniskusverletzungen als exemplarisch beschrieben wird - spricht dies damit für eine traumatische Verletzung des Meniskus. Untermauert wird dies ebenso durch die Lokalisation, ist doch von unfallbedingten Läsionen mehrheitlich und wie hier der hintere Abschnitt des Meniskus betroffen.

Nicht gefolgt werden kann dem Kreisarzt somit, wenn er das Valgisationstrauma als Grund anführt, dass keine traumatische Meniskusverletzung vorliegen könne. Zu Unrecht hat er sodann festgehalten, der erstbefundende Radiologe habe die Bakerzyste nicht erwähnt. Denn im Gegenteil führte er diese in seinem Bericht explizit auf (oben Erw. 4.3). Bezüglich der degenerativen Schädigung des Knorpels, welche der Kreisarzt als Indiz gegen die traumatische Meniskusläsion anführt, ist festzustellen, dass der Radiologe diese mit einem Status nach rezidivierender Plica-Einklemmung in Verbindung setzt, mithin ein Zusammenhang mit dem Meniskus nicht besteht. Zudem ist von der Knorpelschädigung das femoropatelläre Kompartiment betroffen; im medialen Kompartiment, wo die Meniskusläsion lokalisiert ist, sind die Knorpelverhältnisse unauffällig (vgl. oben Erw. 4.3 und 4.4).

6.7 Der Kreisarzt anerkennt ausdrücklich die Innenbandverletzung als Ursache der Sportverletzung vom 2. August 2019 an. Auch vermag dies seines Erachtens die geklagten Beschwerden zu begründen. Er betont indes, dass diese Verletzung 4 bis 6 Wochen nach dem Ereignis vom 2. August 2019 keine Rolle mehr gespielt habe. Auch Dr.med. B._____ bestätigt, dass eine isolierte Partialruptur des Innenbandes nach 4 bis 6 Wochen ausgeheilt ist.

Vorliegend suchte der Beschwerdeführer den Arzt am 24. September 2019 auf, mithin ca. acht Wochen nach dem Unfallereignis. Grund waren seit dem Unfall anhaltende Beschwerden des rechten Kniegelenkes. Die Erstkonsultation ergab insbesondere eine geringgradige Schwellung, eindeutig positive mediale Meniskuszeichen und eine erstgradige Instabilität des Innenbandes. Hierauf veranlasste Dr.med. B._____ eine MRI-Untersuchung, welche den Befund bestätigte. Mithin war die Partialruptur des LCM auch nach acht Wochen noch nachweisbar und nicht abgeheilt. Dass die Beschwerden offenkundig länger als die - bei isolierter Partialruptur des Innenbandes anzunehmenden - 4 bis 6 Wochen dauerte, begründete Dr.med. B._____ damit, dass der Unfall nicht nur das Innenband, sondern ebenso den medialen Meniskus verletzte und erst die Kombination den prolongierten Verlauf erkläre. Hierfür spricht, dass anlässlich der Erstkonsultation ein entsprechender Befund erhoben wurde, dieser sich bildgebend bestätigte, und die Beschwerden offenkundig über sechs Wochen anhielten.

6.8 Kommt hinzu, dass es für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs praxisgemäss genügt, wenn das schädigende Geschehen eine Teilursache bildet (vgl. oben Erw. 2.2.1). Mit Bezug zur Rechtsprechung zur unfallähnlichen Körperschädigung gemäss dem bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Recht stellte das Bundesgericht fest, ein degenerativer oder pathologischer Vorzustand schliesse eine unfallähnliche Körperschädigung nicht aus, sofern ein unfallähnliches Ereignis den vorbestehenden Gesundheitsschaden verschlimmert habe oder manifest werden liess (vgl. Urteil BGer 8C_483/2017 vom 3.11.2017 Erw. 6.4). Dies muss ebenso gelten, wenn ein anerkanntes Unfallereignis vorliegt. Selbst wenn somit das rechte Knie des Beschwerdeführers, namentlich der mediale Meniskus im Hinterhorn, bereits degenerativ verändert gewesen wäre, so ist es dennoch überwiegend wahrscheinlich, dass der Sportunfall vom 2. August 2019, bei dem der Beschwerdeführer im Zweikampf ein Valgisationstrauma erlitt und sich unbestrittenermassen eine Partialruptur des Innenbandes zuzog, den Vorzustand verschlimmerte. Der Unfall ist für den operativ versorgten Schaden zumindest eine Teilursache.

6.9 Wäre gar nur davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein zuvor stummer degenerativer Vorzustand aktiviert und auch nicht teilverursacht worden

wäre, so hätte der Unfallversicherer bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen, und zwar selbst dann, wenn sich die Gesundheitsschädigung bei einer Gewichtung der konkurrierenden Ursachen zum stark überwiegenden Teil als Krankheitsfolge darstellt. Dies bedeutet unter Umständen, dass die versicherte Person Anspruch auf einen operativen Eingriff mit einschliessender zweckmässiger Behandlung hat, wenn diese im Gesamtkontext gesehen letztlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der vorzeitigen Beseitigung der vom Unfall zumindest mitverursachten Schmerzen diene und nicht gesagt werden kann, die Operation sei auch ohne den durch den Unfall bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (Urteil BGer 8C_269/2016 vom 10.8.2016 Erw. 2.4). Vorliegend ist unbestritten, dass die Beschwerden erst mit dem Unfallereignis einsetzten und persistierten, so dass das rechte Knie am 21. Oktober 2019 operativ saniert werden musste. Nach der Sanierung zeigte sich ein erfreulicher Verlauf, so dass die Behandlung bei völliger Beschwerdefreiheit am 26. November 2019 beendet werden konnte bei einer Arbeitsfähigkeit von 100% ab 1. Dezember 2019 (vgl. Eingabe Dr.med. B. _____ vom 25.2.2021). Anzeichen, dass es sich beim Sportunfall, der immerhin auch zu einer Partialruptur des Innenbandes führte, lediglich um eine Gelegenheitsursache handelte, bestehen keine. Mithin wäre die Suva selbst dann leistungspflichtig, wenn der Unfall vom 2. August 2019 bloss zu einer Aktivierung eines stummen degenerativ geschädigten medialen Meniskus geführt hätte. Denn der Unfall war keine Gelegenheitsursache und kann nicht weggedacht werden, ohne dass auch die Beschwerden verschwänden; er war klare Teilursache für die Aktivierung der Beschwerden und damit der Operation vom 21. Oktober 2021, welche der vorzeitigen Beseitigung der Beschwerden diene.

6.10 Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde als begründet. Entgegen der kreisärztlichen Beurteilung vermag der behandelnde Arzt nachvollziehbar und schlüssig zu begründen, dass der am 21. Oktober 2019 sanierte Meniskus-schaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Sportunfall vom 2. August 2019 zumindest teilverursacht wurde und der status quo sine vel ante nicht spätestens am 20. Oktober 2019 eingetreten ist. Damit aber hat die Suva den Fall zu Unrecht per 20. Oktober 2019 abgeschlossen und darüber hinausgehend Leistungen verweigert. Die Verfügung vom 13. Mai 2020 und der Einspracheentscheid vom 1. Februar 2021 sind daher aufzuheben und die Sache zur Festlegung der Versicherungsleistungen über den 20. Oktober 2019 hinaus an die Vorinstanz zurückzuweisen.

7. Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG). Der Beschwerdeführer ist durch Dr.med. B._____ vertreten, der nicht zur gewerbsmässigen Vertretung befugt ist. Mithin besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG i.V.m. § 15 Verwaltungsverfahrensgesetz [VRP; SRSZ 234.110] vom 6.6.1974).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde werden der Einspracheentscheid vom 1. Februar 2021 und die Verfügung vom 13. Mai 2020 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur Festsetzung der Versicherungsleistungen an die Vorinstanz zurückgewiesen.
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 Vertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R, inkl. Suva-Akten)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 22. Juli 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: 11. August 2021

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz
Kammer I

