

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2026 27

Entscheid vom 12. August 2026

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Präsident
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
Dr.med. Claudio Letta, Richter
MLaw Pascal Pfeifhofer, Gerichtsschreiber

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,

gegen

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

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfallkausalität)

Sachverhalt:

A. Mit Bagatellunfall-Meldung UVG vom 27. Februar 2024 wurde die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) über einen Unfall von A. _____ (Jg.: 20__) vom 24. Februar 2024 informiert. Er war zu dieser Zeit bei der B. _____ AG angestellt und dadurch obligatorisch bei der SUVA unfallversichert (Vi-act. 1). Gemäss Unfallbeschreibung spielte sich der Sachverhalt, wie folgt, ab (Vi-act. 1):

Hindernislauf über Schwedenkasten beim Turnhallensport

Als verletzt wurde das rechte Knie angegeben. Mit E-Mail vom 27. Februar 2024 wurde der SUVA nachgemeldet, dass das Schadensdatum der 24. Januar 2024 / 21 Uhr ist (Vi-act. 2).

B. Mit Sprechstundenbericht vom 23. April 2024 berichtet Dr.med. D. _____ (Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Speziell Sportmedizin) von einem Distorsionstrauma Knie rechts vom 24. Januar 2024 mit / bei Zerrung / Partialläsion Lig. Patellae im Sinne einer Avulsionsverletzung Patellaunterrand (Vi-act. 3). Mit Schadenmeldung UVG vom 26. November 2024 wurde der SUVA ein Rückfall von A. _____ vom selbigen Tag gemeldet (Vi-act. 6).

C. Mit Schreiben vom 6. Januar 2025 lehnte die SUVA ihre Leistungspflicht ab, da sich am 24. Januar 2024 kein Unfallereignis im Sinne von Artikel 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 ereignet habe (Vi-act. 23). Nach Nachfragen bei A. _____ zum Unfallhergang anerkannte die SUVA das Ereignis als Unfall an (vgl. Vi-act. 44).

D. Nach Einholen einer Kurzbeurteilung des SUVA Versicherungsmediziners Dr.med. E. _____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) vom 12. August 2025 (Vi-act. 46) und vom 13. Oktober 2025 (Vi-act. 57) stellte die SUVA ihre Leistungen per 24. Mai 2024 mit Schreiben vom 16. Oktober 2025 ein (Vi-act. 59). Nachdem A. _____ eine anfechtbare Verfügung verlangte, verfügte die SUVA mit Verfügung vom 27. Oktober 2025 die Einstellungen ihrer Leistungen per 24. Mai 2024 (Vi-act. 68). Gegen diese Verfügung erhob A. _____ mit Schreiben vom 4. November 2025 Einsprache (Vi-act. 72), welche die SUVA mit Einspracheentscheid vom 5. März 2026 abwies (VG-act. 2).

E. Mit Beschwerdeschrift vom 20. März 2026 (Postaufgabe: gleichentags) erhebt A. _____ gegen den Einspracheentscheid vom 5. März 2026 frist- und formgerecht Verwaltungsgerichtsbeschwerde und beantragt (VG-act. 1):

den Entscheid der SUVA vom 05.03.2026 aufzuheben;

die Leistungspflicht der SUVA für die Folgen des Unfalls vom 24.01.2024 anzuerkennen;

die Sache zur erneuten Abklärung an die SUVA zurückzuweisen.

F. Die SUVA beantragt mit Vernehmlassung vom 21. April 2026, dass die Beschwerde abzuweisen sei (VG-act. 4). Die Vernehmlassung ist dem Beschwerdeführer zur Kenntnis gebracht worden; er lässt sich darauf nicht mehr vernehmen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Strittig und somit zu prüfen ist, ob die vom Beschwerdeführer über den 25. Mai 2024 hinaus geklagten Beschwerden und insbesondere die am 2. Juli 2025 operativ sanierte Körperschädigung in einem Kausalzusammenhang zu dem Unfall vom 24. Januar 2024 stehen. Dass es sich beim Ereignis vom 24. Januar 2024 um einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG handelt, ist zwischen den Parteien unbestritten.

1.1 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.

Zudem erbringt die Versicherung 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) und ausserdem für Schädigungen, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Art. 6 Abs. 3 UVG).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen sowie auf ein Taggeld, falls sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG).

1.2 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 E. 2.1; 129 V 177 E. 3.1 f.).

1.2.1 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 (BGE 147 V 161 E. 3.2); m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 E. 1; 134 V 109 E. 2.1; Urteile BGer 8C_685/2024 vom 5.9.2025 E. 4.1; 8C_640/2022 vom 9.8.2023 E. 3.2; 8C_156/2025 vom 7.8.2025 E. 9.1 je mit Hinweisen).

1.2.2 Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung dann zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2; 125 V 461 E. 5a, je mit Hinweisen).

1.2.3 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung und in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu befinden hat, wogegen die Adäquanz eine Rechtsfrage ist, die nur vom Rechtsanwender, mithin der Versicherung und im Beschwerdefall dem Gericht, beantwortet werden kann (Urteile BGer 8C_634/2022 vom 23.12.2022 E. 3.1; 8C_15/2021 vom 12.5.2021 E. 7.3). 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 E. 2; Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 E. 9.3).

1.3 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 150 V 188 E. 4.2; 146 V 51 E. 5.1; Urteile BGer 8C_685/2024 vom 5.9.2025 E. 4.2; 8C_694/2024 vom 14.8.2025 E. 3.2.1; 8C_297/2024 vom 18.12.2024 E. 4.1).

1.4 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 richtungsgebenden 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 E. 2.2.1 mit Hinweisen). 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 E. 2.1.1; 8C_557/2015 vom 7.10.2015 E. 5.2 ff.; 8C_320/2013 vom 5.9.2013 E. 3.1).

1.5 Über die Tatfrage, ob zwischen dem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, hat das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BSK ATSG-Hofer, Art. 4 N 58 mit Hinweisen auf BGE 142 V 435 E. 1; 129 V 177 E. 3.1; vgl. 119 V 335 E. 1).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausaler 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 (vgl. BGE 150 V 188 E. 4.2; 146 V 51 E. 5.1; Urteil BGer 8C_694/2024 vom 14.8.2025 E. 3.2.1).

1.6 Für die Beendigung der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt, dass der status quo sine vel ante mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingetreten ist. Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss dabei nicht

durch Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig hat der Unfallversicherer den negativen Beweis zu erbringen, 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 (vgl. Urteile BGer 8C_608/2020 vom 15.12.2020 E. 5.2; 8C_855/2018 vom 14.3.2019 E. 3.1).

1.7 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. Es ist jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste zu würdigen ist (BGE 144 V 427 E. 3.2; 138 V 218 E. 6; 126 V 353 E. 5b; 125 V 193 E. 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 144 V 427 E. 3.2; Urteil BGer 8C_765/2020 vom 4.3.2021 E. 3.2.2).

1.8 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.

1.9 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen, weshalb die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf zuverlässige Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen ist (Urteil BGer 8C_179/2023 vom 20.10.2023 E. 4.2). 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 E. 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 E. 3a; 122 V 157 f. E. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

1.9.1 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_372/2024 vom 1.5.2025 E. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5; 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

1.9.2 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 (vgl. Urteil BGer 8C_760/2023 vom 24.6.2024 E. 7.4 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 E. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_760/2023 vom 24.6.2024 E. 7.4; 8C_609/2017 vom 27.3.2018 E. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 E. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutach-

tungsauftrag 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 E. 2 mit Hinweisen).

1.9.3 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 E. 8.2 m.w.H.). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In 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 E. 3b/ee; Urteile BGer 8C_608/2020 vom 15.12.2020 E. 5.2; 8C_523/2018 vom 5.11.2018 E. 5.2; 8C_540/2007 vom 27.3.2008 E. 3.2 mit Hinweisen).

2. Was das Unfallereignis vom 24. Januar 2024 und den Gesundheitsverlauf des Beschwerdeführers anbelangt, so ergibt sich aus den Akten:

2.1 Mit Bagatellunfallmeldung vom 27. Februar 2024 meldete die Arbeitgeberin, der Beschwerdeführer sei beim Hindernislauf über Schwedenkasten beim Turnhallensport am 24. Februar [recte: Januar] 2024 verunfallt. Als verletzt wurde das Knie rechts angegeben, wobei die Schädigung unbekannt sei und noch keine Absenzen angefallen seien (vgl. Vi-act. 1, 2).

2.2 Im Bericht zur Magnetresonanztomographie (MRT) des rechten Kniegelenks nativ vom 26. Februar 2024 hält Dr.med. F._____ (Facharzt FMH Radiologie) folgende Beurteilung fest (Vi-act. 15):

Distorsion der Patellarsehne mit begleitender Avulsionsverletzung der Patellaspitze und subkutanem Ödem präpatellar prätibial.

2.3 Im Sprechstundenbericht vom 23. April 2024 hält Dr.med. D._____ folgende Befunde fest (Vi-act. 3):

Knie rechts: Muskelkräftiger Patient. Normaler Bewegungsumfang. Kein Bewegungsschmerz. Leichte Druckdolenz im Bereich des proximalen Ansatzes des Lig. patellae. Kraft gegen Widerstand symmetrisch seitengleich ohne Schmerzauslösung. Meniskuszeichen medial und lateral negativ. Seitlich und sagittal stabiler Bandapparat.

MRI Knie rechts vom 26.02.2024: Siehe Diagnoseliste und MR Bericht.

Als Diagnose gab Dr.med. D._____ ein Distorsionstrauma Knie rechts vom 24. Januar 2024 mit / bei Zerrung / Partialläsion Lig. Patellae im Sinne einer Avulsionsverletzung Patellaunterrand an. Er verordnete physiotherapeutische Massnahmen im Sinne von Ultraschall, lokale Stosswellenbehandlung, Veränderung der Kräfte mittels Taping, Dehnungsübungen und ähnlichem.

Im Bericht vom 24. Juni 2024 hielt Dr.med. D._____ seine Diagnose vom 23. April 2024 unverändert aufrecht und gab als Befund an: "Knie rechts: Reizloses Kniegelenk. Keine Druckdolenz im Bereich des proximalen Ansatzes des Ligamentum patellae. Normaler Bewegungsumfang. Kein Bewegungsschmerz." Der Beschwerdeführer sei im dreiwöchigen Wiederholungskurs (WK) beschwerdefrei gewesen. Vor einer Woche habe er wieder mit der Trainingsbelastung im Turnverein begonnen, dabei habe er leichte lokale Schmerzen verspürt (Vi-act. 5).

2.4 Der Bericht zum MRT des rechten Kniegelenks vom 25. November 2024 von PD Dr.med. H._____ (Facharzt FMH Radiologie) hält als Befund eine progrediente Tendinose des Lig. Patellae mit progredienter geringgradiger interstitieller Partialruptur zentral am patellaren Ansatz mit umgebendem Reizzustand fest (Vi-act. 14).

2.5 Nach einer Untersuchung vom 26. November 2024 berichtet Dr.med. D._____ mit Sprechstundenbericht vom selbigen Tag folgende Diagnose und Befund (Vi-act. 7):

Diagnose

Zerrung / Partialläsion Ligamentum patellae im Sinne einer Avulsionsverletzung Patella-Unterrand mit / bei

- Progredienter Tendinose
- Distorsionstrauma Knie rechts vom 24.01.2024

Befunde

Befund Knie rechts 20.11.2024: Reizloses Kniegelenk. Diskrete Druckdolenz zentrale Patella gerade unterhalb Patella Unterpole.

Röntgenbefund

MRI-Knie rechts vom 25.11.2024: siehe Diagnoseliste und MR-Bericht.

Seine Diagnose passte Dr.med. D._____ mit Bericht vom 5. Juni 2025 dahingehend an, dass beim Beschwerdeführer ein Status nach Eigenblutplasma-Behandlung lokal 12/2024 vorliege. Als Befund gab er das Knie rechts: reizlos. Leichte umschriebene Druckdolenz proximale Patellarsehne. ROM normal, kein passiver Bewegungsschmerz an. Als weitere Behandlungsoption bleibe aktuell nur noch die operative Sehnenrevision. Dies, falls der Beschwerdeführer die

momentane Situation mit persistierenden Schmerzen seit einem Jahr bei ausgeschöpfter konservativer Behandlung nicht tolerieren möge (Vi-act. 30).

2.6 Im Bericht zum MRT Knie nativ rechts vom 17. Juni 2026 hielten die Ärzte der Röntgeninstituts Schwyz AG fest, dass verglichen mit 02/2024 sich eine stationäre Tendinopathie der Patellasehne am proximalen Ansatz (Jumpers Knie) mit einem stationären interstitiellen Riss, keine Meniskusläsion oder Bandläsion und ein minimales Ödem im Hoffa zeige (Vi-act. 40).

2.7 Dr.med. D. _____ hielt in seinem Operationsbericht vom 1. Juli 2025 [sic!] zur Operation vom 2. Juli 2025 fest, dass eine offene Sehnenrevision und Débridement Refixation Lig patellae proximal rechts beim Beschwerdeführer durchgeführt worden sei. Unter technischem Vorgehen dokumentierte er u.a.: "Hautschnitt zentral über dem Lig. Patellae proximal. Scharfes Präparieren auf die Sehne. Längseröffnung der Sehne proximal im Bereich des Defektes. Débridement von narbigem Sehnengewebe bis in die tiefe zum angrenzenden Hoffa-Fettkörper. Needling der Sehne- Wundspülung Anbohren des Patellaunterpols mit 1.6mm Bohrer im Sinne einer Bone marrow Stimulation. Re-Adaptation der Sehne mit Quernähten mit Vicryl 2/0 Faden" (Vi-act. 53). Im Austrittsbericht vom ebenfalls 1. Juli 2025 hielt Dr.med. D. _____ fest, dass der Beschwerdeführer am 3. Juli 2025 in gutem Allgemeinzustand und bei trockenen reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen worden sei (Vi-act. 54).

2.8 Auf Vorlage der Vorinstanz äussert sich Dr.med. E. _____ in der Kurzbeurteilung vom 12. August 2025 dahingehend, dass der Unfall vom 24. Januar 2024 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt habe. So sei medizinisch bei einer traumatischen Verletzung der ansatznahen Patellarsehne eine lokale Schwellung und Druckschmerzhaftigkeit zu erwarten, insbesondere bei einer knöchernen Avulsionsverletzung der Patella am Patellarsehnenansatz. Eine initiale Arbeitsunfähigkeit als Bauspengler sei beim Beschwerdeführer nicht aktenkundig festgehalten worden. Im MRI Knie rechts vom 26. Februar 2024 sei ein typischer Befund eines Patellaspitzensyndroms (auch bekannt als "Jumpers Knee"), ein Krankheitsbild bei jüngeren Sportlern, meist im Alter zwischen dem 18. und 30. Lebensjahr, mit auch hier erkennbarem Knochenödem am unteren Patellapol (IR-Sequenz sagittal Serie 302 Bild 16-18, coronar IR-Sequenz Serie 402 Bild 2) ersichtlich. Eine knöcherne Verletzung am unteren Patellapol sei im MRI nicht zu erkennen. Die Patellarsehne sei ödematös verändert ohne Unterbrechung der Kontinuität, entsprechend einer Tendinose. Weiter hält er fest, dass er sich noch nicht zur Operation vom 2. Juli 2025 äussern könne, da zuerst der Operationsbericht einzuholen sei (Vi-act. 46).

2.9 In der Kurzbeurteilung vom 13. Oktober 2025 verweist Dr.med. E._____ auf die bisherigen Beurteilungen betr. dem Sachverhalt, verneint weiterhin, dass das Ereignis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt habe und führt aus, dass man medizinisch unter einer Tendinose der Patellarsehne eine Überlastungs- oder Verschleisserkrankung der Sehne, bei der es zu degenerativen Veränderungen und allenfalls wiederholten kleinen Einrissen komme, die zu Schmerzen führen können, verstehe. Auf die Fragen, ab wann die Unfallfolgen im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielen würden, führt er aus (Vi-act. 57):

Unter Berücksichtigung des operativ am 02.07.2025 bestätigten, verschleissbedingt beurteilten Vorzustandes nach bereits MR-morphologisch am 26.02.2024 beurteilten Befundes einer ödematösen Strukturauflockerung der in Kontinuität abgebildeten Patellarsehne aus fachärztlich orthopädisch-traumatologischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfahrungsgemäss spätestens nach 3-4 Monaten.

2.10 Dipl.med. Michael C._____ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin) führt in seiner E-Mail vom 24. Oktober 2025 aus, dass die SUVA Beurteilung für ihn nur schwer nachvollziehbar sei, insbesondere die Beschreibung degenerativer Veränderungen und Verschleiss würden für ihn nicht zum jungen Alter des Beschwerdeführers passen. Dr.med. D._____ seinerseits hielt im Bericht vom 3. November 2025 unter Bezug auf die Kurzbeurteilung vom 13. Oktober 2025 von Dr.med. E._____ fest, dass die beschriebene progrediente Tendinose eine Folge der strukturellen unfallbedingten Läsion sei. Es werde im MRI klar eine Avulsionsverletzung, respektive Partialläsion des Lig. Patellae am Patellaunterpol beschrieben. Diesen Begriff ignoriere der beurteilende SUVA Arzt konsequent. Es würden nicht alle Sehnenproblematiken erfahrungsgemäss (z.B. nach 3-4 Monaten) heilen. Dies sei eine willkürliche subjektive Behauptung des SUVA Arztes Dr.med. E._____. Eine krankheitsbedingte Tendinose sei bei einem 21jährigen gesunden Patienten (der notabene vor dem auslösenden Ereignis an dieser Stelle beschwerdefrei gewesen sei; keine dokumentierten früheren ärztlichen Behandlung oder Bildgebung) überwiegend nicht wahrscheinlich (Vi-act. 73).

2.11 Auf Anfrage der Vorinstanz beurteilte Prof. Dr.med. K._____ (Facharzt Radiologie, Leitender Arzt) im Bericht vom 20. Januar 2026, die MRI vom 26. Februar 2024 und 25. November 2024 (Vi-act. 79). Dies bei den Fragestellungen, ob es sich erstens bei dem im Rahmen der nativen Kernspintomographie vom 26. Februar 2024 notierten Befund einer ödematösen Strukturauflockerung der in der Kontinuität abgebildeten Patellarsehne rechts um einen frischen strukturellen Schaden der Patellarsehne handle, und zweitens ob es sich bei dem kernspin-

tomographisch fachärztlich-radiologisch am 26. Februar 2024 notierten Befund an der Patellaspitze im Ansatzbereich der Patellarsehne um eine frische Avulsionsverletzung handle. Prof. Dr.med. K. _____ gelangte zu folgender Beurteilung und Beantwortung der Fragen:

BEURTEILUNG

MRI vom 26.02.2024: Typisches MR-tomographisches Korrelat einer mittelgradigen Tendinose der Patellarsehne als Zeichen chronisch rezidivierender Überlastung/Mikrotraumata. Sogenanntes Jumper's knee (deutsch: Patellaspitzensyndrom). Ergänzende Residuen eines Osgood-Schlatter.

MRI vom 25.11.2024: Progrediente, inzwischen schwere Tendinose der Patellarsehne mit moderater Partialruptur am Ursprung der Patellarsehne. Sogenanntes Jumper's knee (deutsch: Patellaspitzensyndrom). Ergänzende Residuen eines Osgood-Schlatter.

Antworten auf die Fragestellungen

1. Typisches MR-tomographisches Korrelat einer mittelgradigen Tendinose der Patellarsehne als Zeichen chronisch rezidivierender Überlastung/Mikrotraumata. Sogenanntes Jumper's knee (deutsch: Patellaspitzensyndrom). Differenzialdiagnostisch kann eine akute Traumatisierung bei chronischer Schädigung der Patellarsehne nicht sicher ausgeschlossen werden (acute on chronic).

2. Grundsätzlich kann von einer chronischen Tendinose ausgegangen werden. Eine akute Avulsionsverletzung kann nicht abgegrenzt werden. Differenzialdiagnostisch kann eine akute Traumatisierung bei chronischer Schädigung der Patellarsehne nicht sicher ausgeschlossen werden (acute on chronic).

2.12 Zusammenfassend - unter Aufführung des Sachverhalts und der Aktenlage und unter explizitem Bezug auf die Stellungnahmen von dipl.med. C. _____ vom 24. Oktober 2025 sowie Dr.med. D. _____ vom 3. November 2025 - hält Dr.med. E. _____ in seiner ärztlichen Beurteilung vom 18. Februar 2026 fest, dass sich unter Berücksichtigung der kernspintomographischen Bildgebung vom 17. Juni 2025 mit vergleichend zur Voruntersuchung 02/2024 Befund einer stationären Situation mit Tendinopathie der Patellarsehne am proximalen Ansatz (Jumpers Knee) und den Stellungnahmen von dipl.med. C. _____ vom 24. Oktober 2025 sowie Dr.med. D. _____ vom 3. November 2025 keine Änderungen an den bisherigen ärztlichen Beurteilungen vom 12. August 2025 und 13. Oktober 2025 ergeben würden, wonach der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen zusätzlichen strukturellen Läsionen, welche objektivierbar seien, geführt habe und insbesondere der Schaden, welcher am 2. Juli 2025 operiert worden sei, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen sei. Es handle sich im vorliegenden Fall vielmehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um ein unfallbedingtes vorübergehendes Symptomatischwerden einer vorbestehenden chronischen überlastungs-/verschleissbedingten Veränderung der proximalen Patellarsehnen im Sinne einer

mittelgradigen Tendinose, dem sogenannten Jumpers Knee, zu deutsch: Patella-spitzensyndrom rechts (Vi-act. 80 S. 6 und 7). Das hier nachweisliche Vorliegen einer chronischen Schädigung der Patellarsehne bestätige sich radiologisch durch das von Prof. Dr.med. K._____ beurteilte, MR-tomographisch typischen Korrelat einer mittelgradigen Tendinose der Patellarsehne. Bei einer akuten Traumatisierung wäre medizinisch das typische Befundmuster eines deutlich palpierbaren Druckschmerzes am unteren Patellapol mit Schmerzverstärkung bei Spannung der Sehne (Schmerz bei isometrischer Quadrizepsanspannung, bei Dehnung des Quadrizeps und bei exzentrischer Belastung) zu erwarten gewesen. Gegen eine akute Traumatisierung spräche zudem der zeitverzögerte erstmalige Arztbesuch vier Wochen nach geltend gemachtem Schadenereignis am 23. Februar 2024 unter Berücksichtigung eines uneingeschränkten Weiterführens der beruflichen Tätigkeit als Bauspengler nach geltend gemachtem Ereignis am Abend des 24. Januar 2024 um 21 Uhr. Für eine chronische Tendinose der Patellarsehne ohne akute Traumatisierung spräche vielmehr das hier sofortige Weiterführen der beruflichen Tätigkeit als Bauspengler und die zeitverzögerte Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung vier Wochen nach geltend gemachtem Ereignis. Hinweisend auf ein unfallbedingt vorübergehendes Symptomatischwerden sei die klinisch vier Wochen nach geltend gemachtem Ereignis am 24. März 2024 notierte, schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit Knie rechts ohne notwendiges Einstellen der körperlichen Tätigkeit als Bauspengler seit dem Ereignis vom 24. Januar 2024 (Vi-act. 80 S. 6).

2.13 Im Einspracheentscheid vom 30. Januar 2026 stellte die Vorinstanz auf die Berichte des Versicherungsmediziners Dr.med. E._____ und die fachradiologischen Zweitmeinung von Prof. Dr.med. K._____ ab. Die Berichte seien für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigten die beklagten Beschwerden und seien in Kenntnis der Vorakten erfolgt. Dr.med. E._____ lege überzeugend dar, dass es durch das Unfallereignis vom 24. Januar 2024 nur zu einem vorübergehenden Symptomatischwerden eines vorbestehenden chronischen überlastungs-/verschleissbedingten Zustands im Bereich der proximalen Patellarsehen gekommen sei, der status quo sine spätestens vier Monate nach dem Unfallereignis vom 24. Januar 2024 erreicht worden sei und die anhaltend beklagten Kniebeschwerden rechts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen zu seien. Entgegen von Dr.med. D._____ habe weder von Dr.med. E._____ noch von Prof. Dr.med. K._____ bildgebend eine akute Avulsionsverletzung am Patellaunterpol festgestellt werden können. Vielmehr handle es sich auch gemäss Prof. Dr.med. K._____ bei den Befunden der MRI-Bilder des Knie rechts vom 26. Februar 2024 um ein typisch erkennbares MR-tomographisches Korrelat einer mittelgradigen Tendinose der Pa-

tellarsehne, als Zeichen chronisch rezidivierender Überlastung/Mikrotraumata im Sinne eines sogenannten "Jumper's Knee". Gegen eine akute Traumatisierung spräche ferner auch, dass der Beschwerdeführer seine berufliche Tätigkeit als Bauspengler unmittelbar nach dem Ereignis habe fortsetzen können und eine ärztliche Behandlung erst mit einer Verzögerung von rund vier Wochen nach dem Unfallereignis in Anspruch genommen habe (vgl. VG-act. 2 N 3.19).

3.

3.1 Vor Verwaltungsgericht bringt der Beschwerdeführer vor, dass vor dem Unfall keine diagnostizierte Vorerkrankung am Knie bestanden hätte und er vor dem Unfall noch nie Knieprobleme gehabt habe (VG-act. 1 Ziff. 2). Diese Argumentation läuft jedoch auf die unzulässige Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc" hinaus (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb; Urteil BGer 8C_355/2021 vom 25.11.2021 E. 6.4; VGE I 2025 53 vom 2.4.2026 E. 5.4.1). Der Unfallversicherer hat sodann das Fehlen oder den Wegfall der Unfallursache nicht durch den Nachweis unfallfremder Gründe zu erbringen; er muss nicht eine alternative Ursache für die Befunde finden, für die er mangels überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhangs mit dem Ereignis nicht leistungspflichtig ist (Urteile BGer 8C_27/2025 vom 2.7.2025 E. 4.3.2; 8C_480/2021 vom 6.12.2021 E. 4.2.1). Ebenfalls gehen aus den Akten keine Untersuchungen vor dem 24. Januar 2024 hervor oder werden vom Beschwerdeführer geltend gemacht. Entsprechend konnte auch vorher keine Diagnose vorliegen, wenn keine Untersuchungen durchgeführt worden sind. Symptombefreiheit allein bedeutet nicht, dass kein (asymptomatischer) Vorzustand bestand.

3.2 Weiter beruft sich der Beschwerdeführer auf den Bericht von Dr.med. D._____ vom 3. November 2025, in welchem dieser ganz klar schreibe, dass die progrediente Tendinose eine Folge der strukturellen unfallbedingten Läsion sei. Ebenfalls werde im MRI ganz klar eine Avulsionsverletzung respektive Partiaalläsion des Lig. Patellae am Patellaunterpol beschrieben, was der beurteilende SUVA Arzt konsequent ignoriere. Ebenfalls habe Dr.med. D._____ geschrieben, dass bei einem so jungen Patienten wie dem Beschwerdeführer eine krankheitsbedingte Tendinose nicht wahrscheinlich sei (VG-act. 1 Ziff. 3).

In ihrer Vernehmlassung vom 21. April 2026 führt die Vorinstanz aus, dass Prof. Dr.med. K._____ mit seiner Zweitmeinung in Kenntnis der einschlägigen medizinischen Akten und Bildgebung die postulierte akute Avulsionsverletzung nicht bestätigen konnte, und ein typisches MR-tomographisches Korrelat einer mittelgradigen Tendinose der Patellasehne als Zeichen chronischer rezidivierender Überlastung/Mikrotraumata feststelle. Eine akute Traumatisierung bei nota bene chronischer Schädigung der Patellasehne sei nach seinem Dafürhalten lediglich

differenzialdiagnostisch nicht sicher auszuschliessen. Entgegen der beschwerdeführerischen Behauptung würden auch versicherungsexterne Ärzte die Beurteilung von Dr.med. E._____, gemäss welcher die Bildgebung eine mittelgradige Tendinose der Patellasehne als Zeichen chronischer rezidivierender Überlastung/Mikrotraumata, eben ein sogenanntes Jumper's Knee, zeigen, teilen (vgl. VG-act. 4 S. 1).

3.3 Die SUVA stützt ihren Entscheid massgeblich auf die Beurteilungen ihres Versicherungsmediziners Dr.med. E._____ ab. Es ist damit 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 E. 5.1 m.w.H.; VGE I 2019 27 vom 27.9.2019 E. 6.1; vorstehend E. 1.9.1).

3.4 Die ärztliche Beurteilung von Dr.med. E._____ vom 18. Februar 2026 basiert auf einer vollständigen Aktenlage (Gegenteiliges behauptet auch der Beschwerdeführer nicht). Zusätzlich hat er eine radiologische Zweitmeinung von Prof. Dr.med. K._____ eingeholt. Sodann geht er auf die Berichte der behandelnden Ärzte ein und widerlegt deren Kausalitätsbeurteilung schlüssig. Zudem verweist die Vorinstanz zu Recht auch darauf, dass die Diagnose des Patella-spitzensyndrom ("Jumper's Knee") auch von den versicherungsexternen Ärzten der Röntgeninstitut Schwyz AG im Bericht vom 17. Juni 2025 festgehalten wurde (vgl. Vi-act. 40).

3.5 Wenn Dr.med. E._____ sich auf folgende Indizien stützt, um ein - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit - unfallbedingtes vorübergehendes Symptomatischwerden einer vorbestehenden chronischen überlastungs-/verschleissbedingten Veränderung der proximalen Patellarsehne zu begründen, ist dies nachvollziehbar und schlüssig. So führt er an, dass:

- in der Erstbehandlung von Dipl.med. C._____ explizit ein unauffällig notiertes morphologisches Schadensbild bei funktionell schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit Knie rechts vermerkt worden sei;
- bei einer akuten Traumatisierung medizinisch das typische Befundmuster eines deutlich palpierbaren Druckschmerzes am unteren Patellapol mit Schmerzverstärkung bei Spannung der Sehne zu erwarten gewesen wäre;
- der zeitverzögerte erstmalige Arztbesuch vier Wochen nach geltend gemachten Schadenereignis unter Berücksichtigung eines uneingeschränkten Weiterführens der beruflichen Tätigkeit als Bauspengler für eine chronische Tendinose spräche;

- auch Prof. Dr.med. K._____ im Rahmen seiner Zweitmeinung im MRI vom 26. Februar 2024 ein typisches erkennbares MR-tomographisches Korrelat einer mittelgradigen Tendinose der Patellarsehne als Zeichen einer chronisch rezidivierender Überlastung/Mikrotraumata im Sinne eines sogenannten Jumper's Knee erkannt habe;
- Prof. Dr.med. K._____ im MRI vom 25. November 2024 eine zwischenzeitlich schwere Tendinose der Patellarsehne mit moderater Partialruptur am Ursprung der Patellarsehne erkannt habe;
- Prof. Dr.med. K._____ bestätigt habe, dass sich eine akute Avulsionsverletzung nicht nachweisen lasse;
- das Patellaspitzensyndrom aufgrund einer Überbelastung/Mikrotrauma entstehe; und
- unter der diagnostizierten Tendinose der Patellarsehne eine Überbelastungs- oder Verschleisserkrankung der Sehne zu verstehen sei, bei der es zu degenerativen Veränderungen und allenfalls wiederholten kleinen Einrissen kommen könne.

Zudem greift Dr.med. E._____ auch den Bericht von Dr.med. D._____ auf und begründet nachvollziehbar, warum diesem nicht zu folgen ist (weil es an einer eigentlichen Beurteilung für eine Avulsionsverletzung fehlt, keine differenzierte Würdigung der Bildgebung vom 26.2.2024 und 25.11.2024 vorgenommen wird, er sich auf die Wiederholung eines Radiologiebefundes beschränkt). Sodann wird seine Beurteilung durch die Zweitmeinung von Prof. Dr.med. K._____ bestätigt. Dass dieser Unfallfolgen differenzialdiagnostisch nicht ausschliesst, macht diese höchstens möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Denn auch Dr.med. K._____ geht grundsätzlich von einer chronischen Tendinose aus. Dr.med. E._____ begründet sodann ausführlich und nachvollziehbar, wieso in der Bildgebung vom 26. Februar 2024 keine reinen Unfallfolgen zu sehen sind, sondern das Symptomatischwerden eines Vorzustandes. Wenn er ausführt, dass unter einer progredienten Tendinose - welche auch von Dr.med. D._____ im Bericht vom 26. November 2024 festgehalten wurde (Vi-act. 7) - eine weiterentwickelte Überbelastungs- oder Verschleisserkrankung zu verstehen sei, bei der es zu degenerativen Veränderungen und allenfalls wiederholten Einrissen komme, die zu Schmerzen führen können (vgl. Vi-act. 57, 80), stimmt dies auch mit der Fachliteratur überein (De Gruyter, Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch S. 2063; Reuter, Springer Lexikon Medizin, S. 2105). Weiter führt Dr.med. E._____ schlüssig aus, dass bei einer traumatischen Verletzung der ansatznahen Patellarsehne eine lokale Schwellung und Druckschmerzhaftigkeit zu erwarten gewesen wäre; eine Schwellung wird aber im Bericht vom 23. April 2024 (Vi-act. 3) nicht erwähnt; im ersten Arztzeugnis UVG zur Erstkon-

sultation vom 23. Februar 2024 ist keine Druckdolenz vermerkt (Vi-act. 13) und im Bericht vom 24. Juni 2024 ist eine Druckdolenz im Bereich des proximalen Ansatzes des lig. patellae explizit verneint (Vi-act. 5). Einzig im Bericht vom 23. April 2024 wird eine leichte Druckdolenz im Bereich des proximalen Ansatzes des lig. patellae erwähnt (Vi-act. 3). Hierbei ist zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer einen beschwerdefreien WK hatte (Vi-act. 5). Der vor dem Sprechstundenbericht vom 24. Juni 2024 absolvierte beschwerdefreie WK deckt sich zeitlich mit der Einschätzung von Dr.med. E. _____, dass die Unfallfolgen nach drei bis vier Monaten abgeheilt waren, resp. die durch das Wiederaufnehmen der Trainingsbelastung im Turnverein verspürten Schmerzen nicht mehr unfallkausal waren. Ebenfalls erschliesst es sich, dass es gegen akute Unfallfolgen spricht, wenn dem Beschwerdeführer mit dem körperlich belastenden Beruf eines Bauspenglers nie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Aus den Berichten ist denn auch ersichtlich, dass der Beschwerdeführer beschwerdefrei war, wenn er sein Knie geschont hat und erst wieder Beschwerden auftraten, als er wieder vermehrt Sport betrieb. Insofern spricht auch dies für die von Dr.med. E. _____ festgehaltene chronische Überbelastung/Verschleiss und gegen eine traumatische Genese.

Gesamthaft sind diese Herleitung der Indizien und Beurteilung nachvollziehbar und schlüssig, dass es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um ein unfallbedingtes vorübergehendes Symptomatischwerden einer vorbestehenden chronischen überlastungs-/verschleissbedingten Veränderung der proximalen Patellarsehne im Sinne einer mittelgradigen Tendinose (Jumpers Knee) handelt, und dass der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen objektivierbaren zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt hat und insbesondere der Schaden, welcher am 2. Juli 2025 operiert wurde, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen ist.

3.6 Die Stellungnahme von Dr.med. D. _____ vom 3. November 2025 vermag die Beurteilung von Dr.med. E. _____ nicht in Zweifel zu ziehen. Mit der Beurteilung des Versicherungsmediziners setzt er sich nicht auseinander, sondern er beschränkt sich weitgehend auf den Verweis, im (nicht weiter bezeichneten) MRI werde klar eine Avulsionsverletzung beschrieben. Weder begründet er eigenständig, noch setzt er sich mit der Beurteilung des Versicherungsmediziners auseinander (soweit er diesem vorwirft, sich mit dem MRI-Befund nicht auseinanderzusetzen, trifft dies nachweislich und wie aufgezeigt nicht zu). Wenn er die progrediente Tendinose als eine Folge der strukturellen unfallbedingten Läsion bezeichnet, so fehlt eine Begründung, welche Indizien für unfallbedingte strukturelle Schäden sprechen. Die unfallbedingte Läsion wird seinerseits nicht ausge-

führt. Gleichzeitig setzt er sich auch nicht mit der Beurteilung auseinander, dass eine Tendinose aufgrund von Überbelastungs- oder Verschleisserkrankung entsteht. Soweit er eine krankheitsbedingte Tendinose bei einem 21jährigen gesunden Patienten als überwiegend nicht wahrscheinlich bezeichnet, so fehlt jegliche Auseinandersetzung mit dem jumper's knee, das zumeist jüngere Erwachsene betrifft, und mit der ausgewiesenen sportlichen Betätigung des Beschwerdeführers (vgl. betr. jumper's knee auch Theodorou et al., Patellar tendinopathy: an overview for prevalence, risk factors, screening, diagnosis, treatment and prevention; in Orthopaedic and Trauma Surgery [2023] 143, S. 6695 ff.; Henning Ott et al., Patellaspitzensyndrom, sportaerztezeitung.com, 2/2019; eingesehen 16.7.2026). Wenn er auf die Beschwerdefreiheit des Beschwerdeführers bis zum Ereignis verweist, so bedient auch er die unzulässige Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc" (siehe oben E. 3.1). Schliesslich ist auch auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, wonach behandelnde (Fach-) Ärzte eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. oben E. 1.9.2), wobei Dr.med. D._____ vorliegend geradezu sein Unverständnis gegenüber der Vorinstanz äussert, ohne allerdings eine eigenständige, nachvollziehbare und schlüssige Beurteilung vorzulegen, was den Beweiswert seiner Ausführungen schmälert (vgl. Urteile BGer 8C_532/2024 vom 26.6.2025 E. 4.2; 8C_79/2018 vom 6.6.2018 E. 4.2). Insgesamt vermögen die Berichte von Dr.med. D._____ an der Beurteilung von Dr.med. E._____ keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken.

3.7 Gleiches gilt für die Rückmeldung von dipl.med. C._____ an den Beschwerdeführer vom 24. Oktober 2024 (Vi-act. 74). Er beschränkt sich darauf, die versicherungsmedizinische Beurteilung als nicht nachvollziehbar zu bezeichnen, weil Degeneration und Verschleiss nicht zum jugendlichen Alter passen würden und weil die Beschwerden nicht schleichend, sondern mit dem Ereignis abrupt aufgetreten seien. Auch er setzt sich aber mit der ausführlichen und schlüssigen Beurteilung von Dr.med. E._____ gar nicht auseinander, namentlich auch nicht mit dem jumper's knee, welches gerade junge Erwachsene betrifft. Und auch hier ist zu wiederholen, dass die Unfallkausalität nicht überwiegend wahrscheinlich ist, nur weil die Symptome erst nach dem Ereignis aufgetreten sind (unzulässige Beweismaxime). Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung vermag dipl.med. C._____ damit nicht zu erwecken.

3.8 Eine Rückweisung an die Vorinstanz für weitere Abklärungen erübrigt sich. So erschliesst sich nicht und wird vom Beschwerdeführer auch nicht vorgebracht, welche weitere Erkenntnisse durch neue Untersuchungen zu erwarten wären. Dies insbesondere, nachdem keine auch nur geringen Zweifel an der Beurteilung von Dr.med. E._____ bestehen.

4. Zusammenfassend hat die Vorinstanz zu Recht auf die Beurteilung von Dr.med. E. _____ vom 18. Februar 2026 abgestellt. Er vermochte schlüssig, widerspruchsfrei und nachvollziehbar aufzuzeigen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Unfallfolgen spätestens vier Monate nach dem Unfallereignis vom 24. Januar 2024 im Beschwerdebild keine Rolle mehr gespielt haben und der Zustand erreicht war, wie er sich auch ohne Unfall eingestellt hätte. Schlüssig ist damit auch seine Beurteilung, dass demzufolge der Schaden, welcher am 2. Juli 2025 operiert wurde, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen ist. Dementsprechend ist auch nicht zu beanstanden, wenn die SUVA gestützt auf diese Beurteilung die Versicherungsleistungen per 24. Mai 2024 eingestellt hat. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

5. Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann unter den Voraussetzungen von Art. 42 ff., Art. 82 ff. sowie Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) vom 17. Juni 2005 innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden.
4. Zustellung an:
 - den Beschwerdeführer (R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. August 2026

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Präsident:

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: 21. August 2026