

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 2. Juni 2026

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

Helsana Unfall AG
Legal, Postfach, 8081 Zürich
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2025,
Schaden-Nr. ...



Sachverhalt:

A.

Der 1986 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin, die B._____ gmbh, bei der Helsana Unfall AG (Helsana bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er sich gemäss Schadenmeldung UVG vom 7. August 2024 (Akten der Helsana [act. II] pag. 1) am 31. Juli 2024 beim ...spiel am rechten Knie verletzt habe. Mit formlosem Schreiben vom 20. September 2024 (act. II pag. 26) lehnte die Helsana ihre Leistungspflicht gestützt auf einen Bericht ihrer beratenden Ärztin, Dr. med. C._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (act. II pag. 23), ab. Hiermit erklärte sich der Versicherte nicht einverstanden und verlangte eine anfechtbare Verfügung (act. II pag. 31). Diesem Ersuchen kam die Helsana mit Verfügung vom 3. Oktober 2024 (act. II pag. 34 f.) nach. Dagegen erhob der Versicherte Einsprache (act. II pag. 45 ff.), woraufhin die Helsana das Dossier erneut ihrer beratenden Ärztin, Dr. med. C._____, vorlegte (act. II pag. 83 f., 86 f.). Mit Entscheid vom 10. Dezember 2025 (act. II pag. 89 ff.) wies die Helsana die Einsprache ab.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 27. Januar 2026 Beschwerde und beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheides vom 10. Dezember 2025 und die Ausrichtung der gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen.

Mit Eingabe vom 3. Februar 2026 reichte die Beschwerdegegnerin aufforderungsgemäss (vgl. prozessleitende Verfügung vom 29. Januar 2026) eine Sendungsverfolgung der Post sowie einen Empfangsschein Einschreiben zu den Akten.

Mit prozessleitender Verfügung vom 4. Februar 2026 wurde dem Beschwerdeführer Frist gesetzt, seine Beschwerde zufolge fehlender Begründung zu verbessern.

Am 13. Februar 2026 reichte der Beschwerdeführer eine verbesserte Beschwerde beim Gericht ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. Februar 2026 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 23. März 2026 und Duplik vom 26. März 2026 hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2025 (act. II pag. 89 ff.). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Ereignis vom 31. Juli 2024.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]).

2.2

2.2.1 Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG). Fehlt eines dieser Elemente, ist das Ereignis nicht als Unfall zu qualifizieren, sondern die durch das Ereignis verursachte Gesundheitsbeeinträchtigung gegebenenfalls als Krankheit (Art. 3 Abs. 1 ATSG; BGE 151 V 244 E. 3.1 S. 246, 150 V 229 E. 3 S. 230).

2.2.2 Der äussere Faktor ist zentrales Begriffsmerkmal eines jeden Unfallereignisses; er ist Gegenstück zur – den Krankheitsbegriff konstituierenden – inneren Ursache. Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er – nach einem objektiven Massstab – nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist. Das Merkmal des Ungewöhnlichen macht den alltäglichen Vorgang zum einmaligen Vor-

fall. Einwirkungen, die aus alltäglichen Vorgängen resultieren, taugen in aller Regel nicht als Ursache einer Gesundheitsschädigung. Liegt der Grund somit allein im Innern des Körpers, ist Krankheit gegeben. Daran ändert die blosser Auslösung des Gesundheitsschadens durch einen äusseren Faktor nichts; Unfall setzt vielmehr begrifflich voraus, dass das exogene Element so ungewöhnlich ist, dass eine endogene Verursachung ausser Betracht fällt (BGE 134 V 72 E. 4.1 S. 76 und E. 4.1.1 S. 77). Das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit bezieht sich nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern nur auf diesen selber. Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist insoweit, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich zog. Ausschlaggebend ist also, dass sich der äussere Faktor vom Normalmass an Umwelteinwirkungen auf den menschlichen Körper abhebt. Ungewöhnliche Auswirkungen allein begründen keine Ungewöhnlichkeit (BGE 151 V 244 E. 3.2 S. 247, 150 V 229 E. 4.1.1 S. 231, 134 V 72 E. 4.3.1 S. 79; SVR 2021 UV Nr. 12 S. 59, 8C_368/2020 E. 4.2, 2020 UV Nr. 32 S. 129, 8C_707/2019 E. 3).

Das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors kann auch in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. Bei Körperbewegungen gilt dabei der Grundsatz, dass das Erfordernis der äusseren Einwirkung lediglich dann erfüllt ist, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam "programmwidrig" beeinflusst hat. Bei einer solchen unkoordinierten Bewegung ist der ungewöhnliche äussere Faktor zu bejahen; denn der äussere Faktor – Veränderung zwischen Körper und Aussenwelt – ist wegen der erwähnten Programmwidrigkeit zugleich ein ungewöhnlicher Faktor (BGE 130 V 117 E. 2.1 S. 118; SVR 2025 UV Nr. 26 S. 94, 8C_438/2024 E. 3.3.1, 2023 UV Nr. 13 S. 40, 8C_24/2022 E. 3.2). Dies trifft beispielsweise dann zu, wenn die versicherte Person stolpert, ausgleitet oder an einem Gegenstand anstösst oder wenn sie, um ein Ausgleiten zu verhindern, eine reflexartige Abwehrhaltung ausführt oder auszuführen versucht (SVR 2025 UV Nr. 26 S. 94, 8C_438/2024 E. 3.3.1, 2023 UV Nr. 13 S. 40, 8C_24/2022 E. 3.2; RKUV 2004 U 502 S. 183 E. 4.1, 1999 U 345 S. 422 E. 2b).

Bei sportlichen Tätigkeiten ist ein Unfall im Rechtssinne dann anzunehmen, wenn die sportliche Übung anders verläuft als geplant. Wenn sich hingegen

das in einer sportlichen Übung inhärente Risiko einer Verletzung verwirklicht, liegt kein derartiges Unfallereignis vor. Ein solches ist auch dann zu verneinen, wenn die Übung zwar nicht ideal verläuft, die Art der Ausführung sich aber noch in der Spannweite des Üblichen bewegt (SVR 2024 UV Nr. 11 S. 47, 8C_159/2023 E. 3.3, 2008 UV Nr. 4 S. 13, U 411/05 E. 3.3).

Ein gesteigertes Abgrenzungsbedürfnis besteht dort, wo der Gesundheitsschaden seiner Natur nach auch andere Ursachen als eine plötzliche schädigende Einwirkung haben kann, also keine gesicherte Zuordnung zum exogenen Faktor erlaubt. Dies gilt nach der Rechtsprechung insbesondere dann, wenn die Gesundheitsschädigung erfahrungsgemäss auch als alleinige Folge von Krankheit, insbesondere von vorbestandenen degenerativen Veränderungen eines Körperteils, innerhalb eines durchaus normalen Geschehensablaufs auftreten kann. In solchen Fällen muss die unmittelbare Ursache der Schädigung unter besonders "sinnfälligen" Umständen gesetzt worden sein. Somit wird eine Einwirkung ohne offensichtliche Schadensneigung erst durch das Hinzukommen eines zusätzlichen Ereignisses zum ungewöhnlichen äusseren Faktor. Es bedarf – neben den üblichen auf den Körper einwirkenden Kräften – eines schadensspezifischen Zusatzgeschehens, damit ein Unfall angenommen werden kann (BGE 134 V 72 E. 4.3.2 und 4.3.2.1 S. 80).

2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt (u.a.) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 148 V 356 E. 3 S. 358). 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non";

BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163; SVR 2023 UV Nr. 39 S. 139, 8C_305/2022 E. 3.1).

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 nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 120, 8C_537/2009 E. 5.1).

Bei organisch objektiv ausgewiesenen Gesundheitsschäden deckt sich die natürliche weitgehend mit der adäquaten Unfallkausalität. Hier spielt mithin die unter Adäquanzgesichtspunkten entscheidende Frage, ob das Unfallereignis 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, für die Begründung der Leistungspflicht praktisch keine Rolle (BGE 149 V 218 E. 5.2 S. 220).

2.4

2.4.1 Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g), Trommelfellverletzungen (lit. h).

2.4.2 Nach Meldung einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG hat der Unfallversicherer die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer 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 in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 9.1 S. 70).

2.4.3 Für die Anwendung von Art. 6 Abs. 2 UVG ist kein äusserer Faktor und damit kein unfallähnliches sinnfälliges Ereignis oder eine allgemein gesteigerte Gefahrenlage im Sinne der Rechtsprechung zu aArt. 9 Abs. 2 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202; in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung) mehr vorausgesetzt. Insoweit führt grundsätzlich bereits die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 lit. a - h UVG genannte Körperschädigung vorliegt, nunmehr 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 zeitlichen Anknüpfungspunktes – auch nach der UVG-Revision relevant. Lässt sich nach Eingang der Meldung im Rahmen der Abklärungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter resp. harmloser Art, so vereinfacht dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers. Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Abgrenzungsfrage ist das gesamte Ursachenspektrum 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 Listen-

verletzung 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 (BGE 151 V 244 E. 3.3 S. 247, 146 V 51 E. 8.6 S. 69).

2.5 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 180, 9C_540/2020 E. 2.3).

2.6 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 7, 8C_131/2021 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die

Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberoücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 145 V 97 E. 8.5 S. 105, 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_434/2023, 8C_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.3, nicht publ. in: BGE 150 V 188, aber in: SVR 2024 UV Nr. 27 S. 107). Beratende Ärzte eines Versicherungsträgers sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (BGer 8C_434/2023, 8C_436/2023 E. 4.3, nicht publ. in: BGE 150 V 188, aber in: SVR 2024 UV Nr. 27 S. 107).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mit-hin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. SVR 2020 IV Nr. 38 S. 133, 9C_651/2019 E. 4.3).

3.

Den medizinischen Akten ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen;

3.1 Am 6. August 2024 wurde ein MRI des rechten Knies durchgeführt. Im Bericht vom 13. August 2024 (act. II pag. 14 f.) führte Dr. med. D._____, Facharzt für Radiologie, aus, es bestehe eine geringe Partialruptur Grad II des medialen Kollateralbandes sowie ein horizontaler Riss im Hinterhorn des medialen Meniskus mit Ausdehnung bis in den posterioren

Corner, der dort einen beginnenden Flap zeige. Daneben sei im Hinterhorn des lateralen Meniskus ein sehr diskreter, schräg verlaufender Riss entlang dem dorsal einstrahlenden Ligamentum Wrisberg zu erkennen. Es bestehe ein moderater Begleiterrguss.

3.2 Im Bericht vom 26. August 2024 (act. II pag. 16) stellte Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die Diagnose einer Ruptur Innenmeniskushinterhorn sowie einer fraglichen Läsion des lateralen Meniskus Kniegelenk rechts bei Distorsion des Kniegelenkes am 31. Juli 2024 und empfahl eine Arthroskopie mit nach Möglichkeit Naht des Meniskusrisses. Die Operation erfolgte am 5. September 2024 (act. II pag. 24). Im Operationsbericht vom 9. September 2024 (act. II pag. 24 f.) führte Dr. med. E._____ aus, es habe sich eine retropatelläre Fissur des Knorpels, quer verlaufend gezeigt. Ansonsten habe sich der Knorpel unauffällig gezeigt. Sodann habe sich ein Meniskusflap, randständig im Bereich des Meniskushinterhorns sowie ein Horizontalriss des Hinterhorns gezeigt. Bei Inspektion des lateralen Kniegelenkskompartiments habe sich der Knorpel foraminal unauffällig gezeigt und tibial habe eine diskrete Aufrauung bestanden. Die Popliteussehne sei unauffällig gewesen und der im MRI beschriebene Horizontalriss habe sich mit dem Testhaken nicht darstellen lassen.

3.3 In der nicht datierten zwischen dem Bericht des Dr. med. E._____ vom 26. August 2024 (act. II pag. 16) und dessen Operationsbericht vom 9. September 2024 (act. II pag. 24 f.) abgelegten Beurteilung (act. II pag. 23) führte die beratende Ärztin, Dr. med. C._____, aus, es liege eine Zerrung des medialen Seitenbandes Grad II und damit eine Listerverletzung vor (Ziff. 2.1 f.). Dabei handle es sich um einen Nebenbefund. Als Hauptbefund werde der horizontale Meniskusriss behandelt (Ziff. 2.3). Die Seitenbandzerrung sei eine frische traumatische Verletzung und nicht auf Abnützung zurückzuführen. Sie werde innerhalb von sechs bis acht Wochen folgenlos ausheilen (Ziff. 2.4 und Ziff. 2.6). Demgegenüber sei der horizontale Meniskusriss als degenerativ zu beurteilen (Ziff. 2.5). Die Operation (Kniearthroskopie, Meniskusnaht) sei nicht als unfallkausal zu beurteilen. Es werde dabei nicht die Listendiagnose behandelt (Ziff. 3).

3.4 Am 12. September, 16. Oktober und 13. Dezember 2024 erfolgten klinische Verlaufskontrollen bei Dr. med. E._____. In den entsprechenden Berichten vom 17. Oktober 2024 (act. II pag. 53), 30. Oktober 2024 (act. II pag. 80) und 16. Dezember 2024 (act. II pag. 81) wurden ein weitgehend unauffälliger Verlauf beschrieben, das Aufbautraining besprochen und die Behandlung am 13. Dezember 2024 abgeschlossen.

3.5 In einer weiteren nicht datierten Beurteilung (act. II pag. 83 f.) führte die beratende Ärztin (chronologisch nach den vorstehenden Dokumenten abgelegt) sodann aus, der Beschwerdeführer habe am 31. Juli 2024 eine Kniearthroskopie mit einer Zerrung des medialen Seitenbandes erlitten. Diese sei überwiegend wahrscheinlich kausal zum Unfallereignis vom 31. Juli 2024 (recte: 2024; act. II pag. 83 Ziff. 2.1). Eine Seitenbandzerrung heile unter konservativer Therapie innerhalb von sechs bis acht Wochen folgenlos ab (act. II pag. 84 Ziff. 3.3). Die mediale Meniskuskühlung stelle sich im MRI horizontal und intraoperativ komplex dar, d.h. der Meniskus weise mehrere Risskomponenten auf. Dies entspreche der häufigen Entwicklung einer horizontalen Meniskuskühlung, die sich aus einer intrameniskalen abnützungsbedingten Signalalteration entwickle, sich ausdehne, die Oberfläche erreiche und komplexer werde. Eine solche Meniskuskühlung sei überwiegend wahrscheinlich degenerativ vorbestehend (act. II pag. 83 Ziff. 2.2). In der Operation vom 5. September 2024 sei die degenerative Meniskuskühlung behandelt worden. Die Operation sei somit als lediglich möglicherweise kausal zum Unfallereignis vom 31. Juli 2024 zu beurteilen (act. II pag. 83 Ziff. 2.3). Die Operation vom 5. September 2024 wäre auch ohne das Unfallereignis vom 31. Juli 2024 medizinisch notwendig geworden. Bei dieser grossen horizontalen Meniskuskühlung habe jederzeit damit gerechnet werden müssen, dass eine Operation notwendig werde. Das Unfallereignis sei somit hinsichtlich des Schadeneintrittes lediglich eine Gelegenheits- oder Zufallsursache (act. II pag. 84 Ziff. 2.4).

Zur in der Einsprache des Beschwerdeführers geführten Argumentation (act. II pag. 45 ff.) legte die beratende Ärztin in einem weiteren undatierten Bericht (act. II pag. 86 f.) dar, ein horizontaler Meniskusriss weise per se auf einen degenerativen Vorzustand und nicht auf ein akutes Geschehen hin. Das Wort Riss impliziere kein akutes Geschehen. Aus einer intrame-

niskalen abnützungsbedingten Signalalteration, wie sie auch im lateralen Meniskus des Beschwerdeführers vorliege, entwickle sich, wenn diese die Oberfläche erreiche, ein horizontaler Riss. Die Partialruptur des medialen Seitenbandes sei als Listendiagnose anerkannt worden. Eine Seitenbandläsion heile innerhalb von sechs bis acht Wochen folgenlos ab. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers sei der gute Knorpelzustand nicht beweisend für eine traumatische Meniskusläsion. Lateral sei der Knorpelzustand auch gut. Trotzdem weise der laterale Meniskus eine Signalalteration auf. Sodann habe die Operation fünf Wochen nach dem dokumentierten Ereignis stattgefunden. Demnach habe keine akute Behandlung stattgefunden. Als akut werde eine Ruptur beschrieben, wenn sie eingeblutet sei oder andere Zeichen einer frischen Verletzung aufzeige. Dies sei hier nicht der Fall gewesen. Der Operateur beschreibe einen komplexen medialen Meniskusriss. Komplexe Rupturen entstünden aus einem degenerativen Vorzustand mit einer horizontalen Ruptur, die sich weiterentwickle und über die Zeit mit der Belastung mehrere Risskomponenten aufweise. Der zusätzliche Meniskusflap sei aus der horizontalen Läsion entstanden und zum Zeitpunkt des MRI noch nicht vorgelegen. Diese Risskomponenten seien nicht unfallkausal, sondern gehörten zum degenerativen Geschehen (act. II pag. 86).

3.6 Nach erhobener Beschwerde (vgl. act. II pag. 206) führte die beratende Ärztin in einer weiteren undatierten im vorliegenden Verfahren aufgelegten Stellungnahme (act. II pag. 207 f.) aus, sie halte an ihrer Beurteilung fest. In der Fachliteratur werde eine degenerative Meniskusläsion als ein sich langsam entwickelnder Prozess beschrieben, der typischerweise eine horizontale Spaltung des Meniskus beinhalte. Diese Veränderungen träten häufig bei Personen über 35 Jahren ohne signifikantes Trauma auf. In molekularen Studien würden horizontale und komplexe Risse ausdrücklich als degenerativ klassifiziert, im Gegensatz zu longitudinalen/vertikalen Rissen, die als traumatisch eingestuft würden. Eine Meniskusdegeneration sei ein fortschreitender Prozess. Aus einer intrameniskalen Strukturveränderung entwickle sich aufgrund der Scherkräfte eine horizontale Meniskusläsion, die dann im Laufe der Zeit die Oberfläche des Meniskus erreiche. Diese Läsion schwäche die Meniskussubstanz erheblich, sodass der Übergang zu einer komplexen Meniskusläsion (Läsion mit mehreren Risskomponen-

ten) zum Degenerationsprozess gehöre. Eine solche Risskomponente könne dann auch einklemmen bzw. umklappen, was dann aber nicht als unfallkausale Läsion gewertet werden könne, sondern eine Folge der zunehmenden Degeneration sei. Der horizontale Meniskusriss selbst sei die degenerative Veränderung des medialen Gelenkbereiches. Ein horizontaler Meniskusriss per se weise auf einen degenerativen Vorzustand und nicht auf ein akutes Geschehen hin. Aus einer intrameniskalen abnutzungsbedingten Signalalteration, wie sie auch im lateralen Meniskus des Beschwerdeführers vorliege, entwickle sich, wenn diese die Oberfläche erreiche, ein horizontaler Riss. Es gehöre schliesslich nicht zum operativen Standard, dass Strukturuntersuchungen an einem Meniskus durchgeführt würden. Dies habe in der Behandlung keine Relevanz. Die Beurteilung könne anhand des MRI, der beschriebenen Befunde und der Kenntnis aus der aktuellen Literatur gemacht werden. Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass hier eine degenerative Meniskusläsion vorliege.

3.7 In der Stellungnahme "Zur Vorlage beim Verwaltungsgericht" vom 18. März 2026 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 5), welche der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Replik aufgelegt hat, stellt Dr. med. E._____ die Diagnose eines Innenmeniskusrisses sowie Partialruptur des medialen Kollateralbandes Grad II Kniegelenk rechts bei Distorsion des Kniegelenkes am 31. Juli 2024. Der Beschwerdeführer habe am 31. Juli 2024 im Rahmen eines ...trainings eine Distorsion des rechten Kniegelenkes mit initial stechendem Schmerz in Projektion auf das mediale Kniegelenkskompartiment erlitten. Bei der klinischen Untersuchung am 21. August 2024 hätten unverändert Schmerzen bei Rotation des Unterschenkels gegen den fixierten Oberschenkel in Projektion auf das mediale Kniegelenkskompartiment bestanden. Die MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenkes vom 6. August 2024 habe eine Partialruptur des medialen Kollateralbandes sowie einen Riss des medialen Hinterhornes gezeigt, welcher sich intraoperativ am 5. September 2024 bestätigt habe. Aufgrund der Klinik, der Anamnese sowie der Bildgebung und des intraoperativen Befundes sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Ruptur des Meniskus durch das traumatische Ereignis vom 31. Juli 2024 auszugehen.

4.

4.1 Während die Beschwerdegegnerin die Voraussetzung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors und demnach das Vorliegen eines Unfalls im Rechtssinne in der Verfügung vom 3. Oktober 2024 noch verneinte (act. II pag. 34), kam sie im Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2025 (act. II pag. 89 ff.) zum Schluss, mit der Angabe eines Ausrutschens während des ...trainings bei einem Zweikampf auf dem glatten Kunstrasen, mit abruptem Verdrehen des Kniegelenks, sei von einem ungewöhnlichen äusseren Faktor auszugehen, und bejahte folglich das Vorliegen eines Unfalls (act. II pag. 94 E. 6.4).

4.2 In Bezug auf den Ereignishergang sind den Akten folgende Angaben zu entnehmen.

4.2.1 Im Bericht der F. _____ vom 1. November 2024 betreffend die Behandlung vom 5. August 2024 (act. II pag. 55 f.) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe über ein Verdrehen des Knies beim ...spielen berichtet. Er habe danach noch ein paar Minuten gespielt und als er sich beruhigt habe, habe es angefangen wehzutun (act. II pag. 55).

4.2.2 In der Schadenmeldung UVG vom 7. August 2024 der Arbeitgeberin (act. II pag. 1) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei bei einem ...spiel in einem Zweikampf mit dem rechten Knie eingeknickt (Ziff. 6).

4.2.3 Dr. med. E. _____ hielt im Bericht vom 26. August 2024 (act. II pag. 16) fest, der Beschwerdeführer habe über eine Distorsion des rechten Kniegelenks am 31. Juli 2024 bei einem ...match berichtet. Initial sei ein stechender Schmerz bei der Distorsion mit anschliessendem Kniegelenkserguss aufgetreten.

4.2.4 Im "Fragebogen: Mannschaftssport" (act. II pag. 18 ff.) führte der Beschwerdeführer am 2. September 2024 aus, er sei mit dem rechten Knie bei einer Drehbewegung ein- bzw. umgeknickt. Es sei während eines ...spiels im Training passiert (act. II pag. 18 Ziff. 1). Auf Frage, ob etwas Besonderes, Unvorhergesehenes wie z.B. ein Ausrutschen, ein Sturz oder ein Anstossen passiert sei, führte der Beschwerdeführer aus, ja er sei eingeknickt (ausgerutscht [act. II pag. 19 Ziff. 4]).

4.2.5 In der Einsprache vom 1. November 2024 (act. II pag. 45 ff.) schilderte der Beschwerdeführer, die Verletzung sei plötzlich während eines intensiven Zweikampfes mit einem Spielgegner aufgetreten. Sie hätten mit vollem Körpereinsatz um den Ball gekämpft, sich an den Kleidern gezogen, sich gestossen und getackelt. In diesem energischen Moment habe sich sein Bein unkontrolliert verdreht und er sei auf dem glatten Kunstrasen ausgerutscht. Sein Kniegelenk sei abrupt mitgedreht worden und das Knie sei eingeknickt. Sofort habe er einen stechenden Schmerz an dessen Innenseite gespürt. Er sei vom Spielfeld gehumpelt und habe das Training nicht fortsetzen können. Am Abend sei das Knie merklich angeschwollen und habe sich warm und instabil angefühlt, während die Schmerzen angehalten hätten. Da es sich um eine Trainingssituation gehandelt habe und kein Foul benannt oder geahndet worden sei, sei der Fokus weiterhin auf dem Spiel und dem Training gelegen. Trotz allem sei der Zweikampf so intensiv und körperlich stark belastend gewesen, dass der plötzliche, unkontrollierte Vorfall zweifellos die Definition eines ungewöhnlichen äusseren Faktors erfülle (act. II pag. 45 f. Ziff. 1).

4.3 Während anlässlich der Erstbehandlung (act. II pag. 55) und in der Unfallmeldung (act. II pag. 1) einzig ein Verdrehen des Knies bzw. ein Einknicken anlässlich eines Zweikampfs umschrieben wird, findet sich in der Einsprache eine weit dramatischere Darstellung eines Zweikampfs mindestens an der Grenze zum Unzulässigen (act. II pag. 45 f. Ziff. 1). Zwar können Angaben in einer Unfallmeldung zufolge verkürzter Darstellung ungenau sein. Allerdings findet die dramatische Schilderung des Ereignishergangs in der Einsprache auch in den sonstigen zeitnahen Aktenstücken, insbesondere dem "Fragebogen: Mannschaftssport" (act. II pag. 18 ff.) und den Erhebungen der behandelnden Ärzte (act. II pag. 16, 55), keine Stütze. Sie ist mit Blick auf die im Sozialversicherungsrecht geltende Beweismaxime, wonach die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 143 V 168 E. 5.2.2 S. 174, 121 V 45 E. 2a S. 47), nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (BGE 151 V 244 E. 3.4 S. 248, 280 E. 3.3.1 S. 282, 144 V 427 E. 3.2 S. 429; SVR 2022 UV Nr. 41 S. 161, 8C_457/2021 E. 3.3)

erstellt. Es kann demnach darauf nicht abgestellt werden. Ein an die Grenzen des reglementarisch zulässigen gehender Zweikampf ist nicht erstellt. Vielmehr ist gestützt auf die echtzeitliche Darstellung von einem Ein- bzw. Umknicken während eines ...trainings auszugehen, wobei das vom Beschwerdeführer geschilderte Ausrutschen (act. II pag. 19 Ziff. 4) – anders als im Einspracheentscheid angenommen (act. II pag. 94 E. 6.4) – offensichtlich die Folge des Ein- bzw. Umknickens war. Damit fehlt eine programmwidrige Beeinflussung des Bewegungsablaufes bzw. ein ungewöhnlicher Faktor und es kann damit grundsätzlich nicht von einem Unfallereignis ausgegangen werden (vgl. E. 2.2.1 f. hiervor). Wie es sich damit verhält, braucht jedoch nicht abschliessend geklärt zu werden, weil im Rahmen der hier ebenfalls gebotenen Prüfung nach den Grundsätzen der unfallähnlichen Körperschädigungen die Zerrung des medialen Seitenbandes innert sechs bis acht Wochen ausgeheilt war (vgl. E. 5.1 hiernach) sowie sich der Meniskusschaden als rein degenerativer Natur darstellt (vgl. E. 5.2 hiernach), womit gleichzeitig der Nachweis dafür erbracht ist, dass das Ereignis vom 31. Juli 2024 (act. II pag. 1) keine auch nur geringe Teilursache für den Meniskusschaden bildet. Entsprechend sind auch keine Leistungen aus einem Unfall möglich (vgl. E. 2.4.3 hiervor).

5.

5.1 Die nach dem Ereignis vom 31. Juli 2024 (act. II pag. 1) aufgetretene Zerrung des medialen Seitenbandes stellt – wie von der beratenden Ärztin festgehalten (act. II pag. 23 Ziff. 2.1 f.) – eine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. g UVG (Bandläsion) dar, bei der vorliegend der Beweis eines überwiegend degenerativen Vorzustandes nicht möglich ist. Die Beschwerdegegnerin anerkannte denn auch grundsätzlich ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit der Bandläsion (act. II pag. 99 E. 9). Gemäss der Einschätzung der beratenden Ärztin handelt es sich dabei allerdings lediglich um einen Nebentbefund, der ca. sechs bis acht Wochen unter konservativer Therapie folgenlos abheilte (act. II pag. 23 Ziff. 2.6, 84 Ziff. 3.3), was insbesondere mit Blick darauf, dass sich aus den Berichten der behandelnden Ärzte nichts anderes ergibt, überzeugt. Dies wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten.

5.2

5.2.1 Auch der von allen Ärzten gleich diagnostizierte Meniskusriss (act. II pag. 23 Ziff. 1 und Ziff. 2.5) stellt eine unfallähnliche Körperschädigung i.S.v. Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG dar, was zur rechtlichen Vermutung führt, dass es sich hierbei um eine vom Unfallversicherer grundsätzlich zu übernehmende Schädigung handelt. Demnach kann sich die Beschwerdegegnerin von der Leistungspflicht nur befreien, wenn sie die vorwiegend degenerative oder krankheitsbedingte Ursächlichkeit der besagten Körperschädigung überwiegend wahrscheinlich nachzuweisen vermag (vgl. E. 2.4.3 hiervor).

5.2.2 In ihren Aktenbeurteilungen (act. II pag. 23, 83 f., 86 f., 207 f.) legte die beratende Ärztin, Dr. med. C._____, mit einlässlicher und nachvollziehbarer Begründung dar, dass die Meniskusschädigung Folge eines degenerativen Prozesses ist. Die beratende Ärztin ist Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (<www.healthreg-public.admin.ch/medreg/search>) und damit für die Beurteilung der sich vorliegend stellenden Fragen kompetent. Dass Dr. med. C._____ keine klinische Exploration des Beschwerdeführers durchführte, ist nicht zu beanstanden, konnte sie sich aufgrund der medizinischen Akten einschliesslich der bildgebenden Abklärung doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen. Abgesehen davon, dass die Operation bereits erfolgt war und der frühere Zustand nicht mehr zu untersuchen war. Damit sind die formellen Voraussetzungen für rechtsgenügende Aktenberichte erfüllt (vgl. E. 2.6 hiervor).

Dr. med. C._____ setzte sich in ihrer Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Akten sorgfältig mit den gesundheitlichen Befunden und Beschwerden auseinander und stützte ihre Schlussfolgerungen insbesondere auf die bildgebende Untersuchung (vgl. hierzu act. II pag. 14 f.) sowie den intra-operativen Befund (vgl. hierzu act. II pag. 24 f.). Bezugnehmend auf die medizinische Literatur erläuterte sie nachvollziehbar, dass ein horizontaler Meniskusriss grundsätzlich als degenerativ zu klassifizieren sei. So entwickle sich bei einer intrameniskalen abnützungsbedingten Signalalteration, der an die Oberfläche trete, ein horizontaler Riss (act. II pag. 83 Ziff. 2.2, 86). Hinzu komme, dass bei einer nicht degenerativen Ruptur Zeichen

einer frischen Verletzung wie beispielsweise einer Einblutung hätten vorliegen müssen. Vorliegend sei vom Operateur hingegen ein komplexer medialer Meniskusriss beschrieben worden, was auf einen degenerativen Vorzustand hinweise, der sich weiterentwickelt habe und daher über die Zeit mit der Belastung mehrere Risskomponente aufweise (act. II pag. 86). Die Beurteilungen erfüllen die höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringen vollen Beweis (vgl. E. 2.6 hiervor).

Des Weiteren setzte sich die beratende Ärztin eingehend mit den Argumenten des Beschwerdeführers, welche dieser als medizinischer Laie im Einsprache- (act. II pag. 45 ff.) sowie Beschwerdeverfahren vortrug, auseinander (act. II pag. 86 f., 207 f.). Sie zeigte schlüssig auf, dass diesen medizinisch nicht gefolgt werden kann und die vorgetragenen Punkte, anders als vom Beschwerdeführer angenommen, nicht für eine akute Ruptur des Meniskus sprechen. Die Argumente des Beschwerdeführers werden denn auch nicht durch medizinische Berichte untermauert. Es liegen keine Berichte von Ärzten in den Akten, welche auch nur geringe Zweifel an der Einschätzung der beratenden Ärztin wecken. Insbesondere äusserte sich der behandelnde Arzt, Dr. med. E._____, in den Berichten vom 17. Oktober 2024 (act. II pag. 53), 30. Oktober 2024 (act. II pag. 80) und vom 16. Dezember 2024 (act. II pag. 81) zu den Verlaufskontrollen nicht zur Frage der traumatischen oder degenerativen Genese der Schäden am Knie und es ist den Berichten auch sonst nichts zu entnehmen, was gegen die Beurteilung der beratenden Ärztin spricht. Weiter vermag auch seine erst im Rahmen der Replik eingereichte "Stellungnahme zur Vorlage beim Verwaltungsgericht" vom 18. März 2026 (act. I 5) keine Zweifel an den Beurteilungen der beratenden Ärztin zu begründen. In dieser Stellungnahme wird die auch von Dr. med. C._____ gestellte Diagnose und der Behandlungsverlauf wiederholt. Hinsichtlich der hier massgeblichen Frage, ob ein traumatisches oder degeneratives Geschehen vorliegt, führte Dr. med. E._____ einzig aus, aufgrund der Klinik, der Anamnese sowie der Bildgebung und des intraoperativen Befundes sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Ruptur des Meniskus durch das traumatische Ereignis vom 31. Juli 2024 auszugehen. Eine Auseinandersetzung mit der einlässlich begründeten medizinischen Beurteilung der Dr. med. C._____, in der sie darlegt, wieso im vorliegenden Fall von einem de-

generativen Geschehen auszugehen ist, fehlt vollständig. Dass und aus welchen Gründen, die auch mit medizinischer Literatur unterlegte Einschätzung der beratenden Ärztin nicht zutreffen sollte, legt der behandelnde Arzt nicht ansatzweise dar. Seine Ausführungen stellen allein eine andere Einschätzung der Sachlage dar, ohne dass sie (anders als die Beurteilung der Dr. med. C._____) medizinisch näher begründet würde. Ein solcher Bericht ist nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der versicherungsmedizinischen Beurteilung zu wecken.

Lediglich der Vollständigkeit halber bleibt letztlich darauf hinzuweisen, dass der Umstand, dass die Meniskusschädigung erst nach dem ...training vom 31. Juli 2024 symptomatisch und bildgebend dargestellt wurde, nicht geeignet ist, eine traumatische Ursache zu belegen bzw. dessen degenerative Genese zu verneinen (BGE 149 V 218 E. 5.6 S. 223, 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 154, 8C_672/2020 E. 4.2).

Damit ist auf die Beurteilung der Dr. med. C._____ abzustellen.

5.2.3 Demnach ist hinsichtlich des Meniskusrisses und der deswegen notwendig gewordenen Behandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass eine mindestens vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführende Körperschädigung vorliegt. Damit ist die gesetzliche Vermutung von Art. 6 Abs. 2 UVG, wonach eine unfallähnliche Körperschädigung vorliegt, durch den Gegenbeweis umgestossen (vgl. E. 2.4.3 hiervor). Ebenso ist deshalb sachlogisch eine Unfallfolge nicht möglich (vgl. E. 4.3 hiervor). Folglich besteht hinsichtlich des Meniskusrisses keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin (vgl. E. 2.4.2 hiervor).

6.

Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2025 (act. II pag. 89 ff.) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

7.

7.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

7.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - Helsana Unfall AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.