

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2025 41

Entscheid vom 12. Januar 2026

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Präsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
MLaw Marco Lacher, Gerichtsschreiber

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführerin,

gegen

1. **B.** _____,
Vorinstanz,
2. **C.** _____,
Beigeladene,

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistung aus unfallähnlicher Körperschädigung,
Art. 6 Abs. 2 UVG)

Sachverhalt:

A. C._____ (Jg. ____) ist bei der Gemeinde D._____ als schulergänzende Betreuung bei einem vertraglichen Beschäftigungsgrad von 42% angestellt und in dieser Eigenschaft bei der B._____ AG (nachfolgend: B._____) obligatorisch unfallversichert, als sie gemäss Schadenmeldung der Arbeitgeberin am 16. September 2024 in der Tanzschule beim Steptanz mit seitlicher Fussbewegung einen Fehltritt (über Fussrücken/Zehen abgeknickt) gemacht habe, es mit dieser Bewegung das Knie nach aussen verdreht und sie gleichzeitig im Knie einen Knall verspürt habe (Vi-act. A1).

B. Nach Abklärungen informierte die B._____ C._____ mit informellem Schreiben (E-Mail) vom 10. Dezember 2024, dass mangels eines Unfalls und einer unfallähnlichen Körperschädigung eine Leistungsübernahme abgelehnt werde (Vi-act. A20). Nachdem C._____ dagegen mit E-Mail vom 13. Dezember 2024 opponierte (Vi-act. A25), bestätigte die B._____ mit Verfügung vom 10. Februar 2025 das Fehlen eines Leistungsanspruchs aus der obligatorischen Unfallversicherung (Vi-act. A29).

Eine am 12. Februar 2025 dagegen erhobene Einsprache der A._____ AG (nachfolgend: A._____; Vi-act. A31), bei welcher C._____ im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung versichert ist, wies die B._____ mit Einspracheentscheid vom 9. Mai 2025 ab, da es sich beim Ereignis vom 16. September 2024 weder um einen Unfall noch um eine unfallähnliche Körperschädigung handle (VG-act. 3 = Vi-act. A33).

C. Am 11. Juni 2025 erhebt die A._____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 09.05.2025 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 16.09.2024 die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

D. Mit Vernehmlassung vom 8. September 2025 beantragt die B._____ die Abweisung der Beschwerde (VG-act. 8). Die A._____ teilt mit Eingabe vom 30. September 2025 ihren Verzicht auf eine Stellungnahme (Replik) mit (VG-act. 10). Die mit gerichtlicher Verfügung vom 12. Juni 2025 (VG-act. 4) ins Verfahren beigelegene C._____ liess sich innert Frist nicht verlauten.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Zunächst gilt es den Streitgegenstand zu klären.

1.1 Die B._____ lehnte im angefochtenen Einspracheentscheid einen Anspruch auf Versicherungsleistungen der Beigeladenen ab, da betreffend das Ereignis vom 16. September 2024 weder ein Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 vorliege noch eine Leistungspflicht aus Art. 6 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 bestehe.

1.2 In ihrer Vernehmlassung geht die B._____ davon aus, dass die A._____ die Ablehnung des Unfallbegriffs beschwerdeweise nicht bestreite, womit die Frage, ob ein Unfall vorliege oder nicht, nicht mehr Streitgegenstand bilde (VG-act. 8, S. 3 oben). Das ist seitens A._____ unwidersprochen geblieben (VG-act. 10) und ergibt sich auch aus der von ihr vorgetragenen Argumentation bzw. der materiellen Begründung der Beschwerde (vgl. insb. dortige Ziff. 3.3). Folglich ist im vorliegenden Beschwerdeverfahren unbestritten, dass betreffend das Ereignis vom 16. September 2024 kein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG vorliegt.

1.3 Strittig und nachfolgend zu prüfen ist somit allein, ob die B._____ einen Leistungsanspruch der Beigeladenen zu Recht verneint hat, weil keine unfallähnliche Körperschädigung (Art. 6 Abs. 2 UVG) vorliege.

2.

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

2.1.1 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, 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.).

2.1.2 Der vom Unfallversicherer verlangte Gegenbeweis, dass die eingetretene Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist, ist erbracht, wenn die Listendiagnose zu mehr als 50% auf "Abnützung oder Erkrankung" beruht (BGE 146 V 51 E. 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 blosse Möglichkeit einer degenerativen oder krankhaften Schädigung genügt somit den Beweisanforderungen nicht.

2.1.3 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 E. 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 Art. 9 Abs. 2 UVV (vgl. BGE 146 V 51 E. 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 und benennbaren Ereignis - nicht zuletzt auch aufgrund der Bedeutung eines zeitlichen 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 E. 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 E. 2.4). Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Ab-

grenzungsfrage 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 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 5 E. 8.6; Urteil BGer 8C_347/2021 vom 10.11.2021 E. 2.3). Bei fehlendem natürlichem Kausalzusammenhang zwischen einem Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG und einer Listenverletzung erübrigt sich eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG, jedenfalls solange kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt (BGE 146 V 51 E. 9.2).

2.2

2.2.1 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; BGE 138 V 218 E. 6; BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 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 Entscheidung 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). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 144 V 361 E. 6.5).

2.2.2 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

2.2.3 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; BGE 122 V 157 f. E. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

2.2.4 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; BGE 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

Geringe Zweifel an der Richtigkeit der Schlussfolgerungen von versicherungsinternen Fachärzten können in erster Linie/insbesondere durch abweichende Stellungnahmen anderer medizinischer Fachpersonen begründet werden (vgl. Urteile BGer 9C_69/2023 vom 25.1.2024 E. 5.2; 8C_224/2020 vom 13.5.2020 E. 4.3).

2.2.5 Beratende Ärzte eines Versicherungsträgers sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (Urteil BGer 8C_685/2024 vom 5.9.2025 E. 5.2 mit Verweis auf 8C_672/2020 vom 15.4.2021 E. 2.3).

2.2.6 Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (Urteile BGer 9C_69/2023 vom 25.1.2024 E. 6.5.2; K 6/01 vom 26.9.2001 E. 5b mit Verweisen).

2.2.7 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; BGE 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 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 E. 2 mit Hinweisen).

2.2.8 Schliesslich ist eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten 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).

3. Zum Ereignis vom 16. September 2024, dem Gesundheitszustand der Beigeladenen, deren Behandlung sowie der fachärztlichen Beurteilungen ergibt sich aus den im Recht liegenden Akten was folgt:

3.1 Am 24. September 2024 meldete die Arbeitgeberin der Beigeladenen der B._____ folgendes Ereignis vom 16. September 2024 (vgl. Vi-act. A1):

Beim Steptanz mit seitlicher Fussbewegung Fehltritt (über Fussrücken/Zehen abgeknickt) und mit dieser Bewegung hat es das Knie nach aussen verdreht und gleichzeitig im Knie einen Knall gespürt.

3.2 Am 17. September 2024 erfolgte die Erstbehandlung durch die Hausärztin Dr. med. E._____ (Praktische Ärztin FMH, Allgemeinmedizin KRO) (vgl. Vi-act. M4).

3.3 Prof. Dr. med. F._____ und G._____ (Radiologicum H._____) hielten nach Durchführung eines MR Knie nativ links am 18. September 2024 in ihrem Bericht vom selben Tag was folgt fest (Vi-act. M3):

Befund

Normale Signalgebung im Bereich des lateralen Meniskus. Radiäre Signalalteration im Hinterhorn des medialen Meniskus im Übergang zur Pars intermedia. Normale Signalgebung im Vorderhorn des medialen Meniskus. Das hintere Kreuzband stellt sich ohne Konturunterbrechung mit normaler Signalgebung dar. Das vordere Kreuzband ist durchgezeichnet und leicht signalhyperintens im Bereich des tibialen Ansatzes. Quadrizepssehne und Patellarsehne sind intakt. Die Kollateralbandsstrukturen stellen sich regelrecht dar. Normale Darstellung des femorotibialen Knorpelbandes. Normale Darstellung des retropatellären Knorpels. Kleine zystische

Veränderung im Bereich der Basis der Intercondylenportion. Nachweis eines Kniegelenksergusses sowie einer Baker-Zyste.

Beurteilung

Kleine Partiailläsion am Ansatz des vorderen Kreuzbandes an der Tibia. Radiäre Meniskusläsion im Bereich des medialen Meniskus Hinterhorns im Übergang zur Pars intermedia. Kniegelenkerguss. Nachweis einer Baker-Zyste.

3.4 Mit Bericht vom 20. September 2024 (Vi-act. M5) stellte der behandelnde Arzt Dr. med. I. _____ (Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Sportmedizin [DSME], Manuelle Medizin) bei Befund

Knie: Hinken links, diskreter Erguss Knie li, Seitenbänder stabil, Lachman Test li + mit festem Anschlag, Pivot Shift negativ, Rotations- und Kompressionsschmerz li, lokal deutlicher DS am medialen KGS, SDM o.B.

die Diagnose 'Innenmeniskusläsion Knie li mit Zerrung/Partiailläsion VKB 16.9.2024'. Die Patientin habe sich am 16. September 2024 beim Stepptanz das linke Knie verdreht. Seither habe sie zunehmende Beschwerden; sie habe auch ein nicht ganz stabiles Gefühl. Unter 'Prozedere' führt er aus:

Besprechung. Empfehlung zu dem ASK-Knie links mit Sanierung oder Naht des Meniskus. Schmerzmedikation mit Irfen und Pantazol. Tragen der vorhandenen Kniebandage am Tag zu empfehlen. AU ab Montag zu 50 % (nur leichte Arbeiten). Die OP-Abklärung hat die Patientin erhalten. Kontrolle am Montag und Entscheid über das weitere Procedere, wenn sich die Patientin Gedanken gemacht hat.

Im Bericht vom 27. September 2024 hielt er ergänzend fest, dass sich die Beigeladene für die Operation entschieden habe und zu ihm zur OP-Aufklärung komme (Vi-act. M2).

3.5 Am 25. September 2024 führte Dr. med. I. _____ bei Diagnose 'Innenmeniskushinterhorn-Radiärriss Knie links' im Spital J. _____ bei der Beigeladenen eine 'Kniegelenksarthroskopie links mit Innenmeniskushinterhornnaht mit 2 Truespan-Nähten' durch. Weiter lässt sich seinem Operations-/Austrittsbericht vom selben Tag folgendes entnehmen (Vi-act. M6):

Indikation

Die Patientin hatte ein Knieverdrehtrauma am 16.09.2024 beim Stepptanzen. Seither hat sie Schmerzen und ein nicht ganz stabiles Gefühl.

Hinken links. Diskreter Erguss Knie links. Seitenbänder stabil. Lachman-Test links + mit festem Anschlag. Pivot-Shift negativ. Rotationskompressionsschmerz links medial. Lokal deutlicher Druckschmerz über dem medialen Kniegelenkspalt. Untere Extremitäten ansonsten unauffällig.

MRT Knie links vom 18.09.2024: Fragliche Zerrung/Partiailläsion des vorderen Kreuzbandes. Radiärer Meniskusriss im dorsalen Meniskus.

Die Indikation für eine Kniegelenksarthroskopie ist gegeben. Eine präoperative Aufklärung wurde durchgeführt. Eine schriftliche Genehmigung liegt vor.

Technische Durchführung

[...]

Oberes Kompartiment: Leichtgradige Chondropathie Grad II an der Patella. Trochlea unauffällig.

Mediales Kompartiment: Hier zeigt sich eine Chondropathie fokal Grad II am medialen Kondylus in der Belastungszone. Tibia unauffällig. Im Bereich des Innenmeniskushinterhorns zeigt sich in einem Abstand von zirka 1 cm von der Wurzel ein Radiärriss. Die Hinterkante des Radiärrisses von zirka 20 % steht noch.

Interkondylärraum: Vorderes und hinteres Kreuzband intakt.

Laterales Kompartiment: Unauffälliger Aussenmeniskus. Unauffällige Popliteusehne. Knorpel unauffällig.

Nun erneutes Eingehen nach medial. Eine Resektion des Risses würde eine komplette Meniskusresektion funktionell bedeuten. Eine transossäre Naht bzw. eine Auszugsnaht nach tibial ist hier nicht möglich, da der Abstand zur Wurzel zu gross ist. Wir entscheiden uns doch für eine Naht in der Horizontaltechnik als Versuch, den Meniskus zu erhalten, da noch ein 20%iger Rand besteht. Nun zunächst Anfrischen des Risses mit dem Rasp und der Outside-Inside-Needling-Technik. Danach Setzen von 2 Horizontalnähten mit dem Truespan, jeweils in den lateralen und medialen Anteil. Die Enden konnten sehr gut angenähert werden. Spülen. Redondrainage ohne Sog. Verschluss der Zugänge mit EKN.

3.6 Im von ihr am 30. September 2024 datierten Formular 'Erstes Arztzeugnis UVG' umschrieb Dr. med. E. _____ den Unfallhergang wie folgt:

Beim Stepdance einen plötzlichen Schmerz in der linken Kniekehle verspührt.

Sie stellte bei Befund 'Radiäre Meniskusläsion, Kniegelenkserguss, Baker-Zyste' die vorläufige Diagnose (ICD 10-Code) 'S83.2'. Als bereits veranlasste Therapie nannte sie 'NSAR' und die Überweisung an Dr. med. I. _____. Weiter bejahte sie eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% ab 17. September 2024 bis voraussichtlich 21. September 2024 (Vi-act. M4).

3.7 Am 16. Oktober 2024 beantwortete die Beigeladene den Fragebogen der B. _____ zum Ereignis vom 16. September 2024. Darin umschrieb sie das Ereignis wie folgt:

Beim Steptanz mit Hupf beider Füsse und gleichzeitigem linksseitigem Tap bin ich über die Zehen/Vorfuss umgeknickt (anstatt eines Taps auf die vordere Fusssohle). Aufgrund des Umknicken hat es mir mit der falschen Bewegung das Knie verdreht und verspürte sofort einen Knall im Knie.

Zudem bejahte sie die Frage, ob sich etwas Aussergewöhnliches oder Unerwartetes im Bewegungsablauf ereignet habe, nämlich 'Umknicken über Zehen/Vorderfuss'. Sofort nach dem Umknicken seien erstmals Schmerzen aufgetreten; dieser habe sich zunehmend entwickelt. Als äussere Veränderung an der verletzten Stelle beschrieb sie 'Leichte Schwellung + leichte Hautfärbung'. Die Frage, ob sie schon früher unter gleichen oder ähnlichen Beschwerden gelitten

oder früher wegen gleicher oder ähnlicher Beschwerden in Behandlung gewesen sei, vereinte sie (Vi-act. A12).

3.8 Die B._____ zog zur Klärung der medizinischen Sachlage und zur Prüfung der Leistungspflicht ihren medizinischen Dienst zu Rate, welcher im versicherungsmedizinischen Bericht (Aktenbeurteilung UVG) vom 5. Dezember 2024, verfasst durch K._____ (Pflegefachfrau HF, Spezialistin Versicherungsmedizin) und Dr. med. L._____ (Facharzt für Chirurgie FMH, Spezialisierte Traumatologie [SGC und SO]), die Diagnose 'Radiäre Meniskusläsion im medialen Meniskushinterhorn im Übergang zur Pars intermedia.' und 'Bakerzyste' stellten. Sie kamen zur Einschätzung, es liege eine gesicherte Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 UVG vor (Listendiagnose: Meniskusrisse), welche vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei. Gemäss Fragebogenhergang sei der erwähnte Mechanismus nicht geeignet, bei einem gesunden Meniskus zu dieser Verletzung zu führen und im MRI hätten sich keine frischen Verletzungszeichen wie Bone bruise oder Bandverletzungen gezeigt, sondern degenerative Meniskussubstanz, Chondropathie korrespondierend am Femurkondylus, Bakerzyste als Zeichen eines chronischen Binnenschadens erkennen lassen. Intraoperativ am 25. September 2024 zeige sich im medialen Kompartiment eine Chondropathie fokal Grad II am medialen Kondylus in der Belastungszone mit Radiärläsion im Bereich des Innenmeniskushinterhorns in der Nähe der Wurzel. Insgesamt sei die Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG vorwiegend auf einen degenerativen Vorzustand durch Abnützung zurückzuführen (Vi-act. M7).

3.9 Am 12. Dezember 2024 erneuerte Dr. med. E._____ das Formular 'Erstes Arzteugnis UVG', wobei sie im Vergleich zur ersten Version vom 30. September 2024 (Vi-act. M4; vgl. oben E. 3.6) den Unfallhergang nun wie folgt beschrieb

Beim Steptanz mit Hupf beider Füsse und gleichzeitigen linkseitigem Tap ist sie über die Zehen/Vorfuss ungeknickt.

3.10 Im Rahmen des Einspracheverfahrens hat die B._____ bei ihrem beratenden Arzt Dr. med. M._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH) eine Beurteilung eingeholt (Vi-act. M13). Dieser hielt am 18. April 2025 fest, dass sich gesamtbilanzierend nach systematischer Analyse aller relevanten, versicherungsmedizinischen Kriterien das kongruente Bild einer isolierten degenerativen Meniskusschädigung medial im Hinterhorn mit einer subtotalen radiären Zusammenhangstrennung zeige, die anlässlich eines Ereignisses beim Steptanz symptomatisch geworden sei. Die Primärdokumentation ergebe keine Angaben über etwas Aussergewöhnliches und die später postulierte Dis-

torsion könne nicht mit dem morphologischen, radiologischen und arthroskopischen Schadensbild begründet werden.

Die ihm von der B. _____ unterbreiteten Fragen beantworte er wie folgt:

Frage 1: Steht die geltend gemachte Symptomatik am linken Knie aufgrund der uns zur Verfügung stehenden Unterlagen mit Überwiegender Wahrscheinlichkeit oder nur möglicherweise in natürlichen Kausalzusammenhang zu dem Ereignis vom 16.09.2024? Bitte begründen

Die mediale Meniskussymptomatik steht in einem zeitlichen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 16.9.2024.

Frage 2: Wirken - sofern die Knieproblematik links als Folgen des genannten Ereignisses noch mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisbar sind - auch Krankheiten, krankhafte Vorzustände oder andere unfallfremde Zustände oder Folgen früherer Unfälle mit? Bitte nehmen sie auch zu einer allfälligen Teilkausalität nach Art. 36 UVG Stellung. Wenn ja, welche und in welchem prozentualen Ausmass? Wenn ja, um welche?

Bei dieser isolierten Meniskusschädigung mit subtotaler radiärgerichteter Zusammenhangstrennung wurzelnahe im medialen Meniskushinterhorn liegen eindeutige Merkmale einer relevanten degenerativen Meniskusschädigung vor. Die charakteristischen Begleitverletzungen an den vorrangig belasteten Bandstrukturen fehlen. Eine erhebliche Distorsionsverletzung ist anamnestisch nicht nachvollziehbar.

Frage 3: Per wann ist oder war der Status quo sine erreicht?

Am 18.9.2024 haben die MRI-Bilder gezeigt, dass keine frischen Verletzungsfolgen nachgewiesen werden können und keine vollständige Querruptur sich ereignet hat, vereinbar mit dem Status quo sine.

Frage 4: War das Ereignis vom 16.09.2024 geeignet, die bestehende Symptomatik am linken Knie auszulösen?

Das beschriebene Ereignis löst im Regelfall nicht die bestehende Symptomatik aus. Mit dem Umknicken im Fuss, wo sich offenbar keine Verletzung ereignet hat, ist eine nachfolgende indirekte Krafteinwirkung mit heftigem Torsionscharakter nicht nachvollziehbar, zumal die vorrangig belasteten Bandstrukturen keine Verletzungszeichen ausgewiesen haben.

Frage 5: Hat sich durch das Ereignis vom 16.09.2024 eine objektivierbare Verschlechterung eingestellt?

Nein. Im MRI konnte weder ein Bone Bruise noch eine Bandverletzung objektiviert werden. Zudem sind die vorbestehenden Knorpelveränderungen ebenfalls ein Hinweis auf die vorbestehenden Abnützungserscheinungen

Falls der Unfallbegriff nicht als erfüllt angenommen wird:

Frage 6: Handelt es sich vorliegend um eine gesicherte Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG? Wenn ja, um welche?

Ja.

"Meniskusriss"

Frage 7: Wenn ja, ist die unfallähnliche Körperschädigung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen? Bitte ausführlich begründen.

Die unfallähnliche Körperschädigung ist vorwiegend auf Abnützung und Erkrankung zurückzuführen. Die Meniskussubstanz zeigt im MRI im Hinterhorn an der klassischen Prädilektionsstelle die Zeichen von Abnützungsveränderungen. Die Zusammenhangstrennung ist subtotal, in der Peripherie werden noch 20% durchgehende Substanz beschrieben. Die korrespondierenden Bänder medial sind intakt geblieben. Es liegen begleitende degenerative Knorpelschädigungen retropatellär und medial vor. Frische Verletzungszeichen am Meniskus fehlen. Die Primärdokumentation der Hausärztin berichtet nicht von einem unfallähnlichen Ereignis. Um eine frische Meniskusruptur zu begründen, braucht es in der Regel ein heftiges Unfallereignis mit BegleitleSIONen, was aus dem Schadensmechanismus nicht abgeleitet werden kann.

Frage 8: Bemerkungen?

Keine.

Des Weiteren kam Dr. med. M. _____ zum Ergebnis, es liege eine gesicherte unfallähnliche Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 UVG vor (Meniskusriss), welche vorwiegend auf Abnützung und Erkrankung zurückzuführen sei. Er erwähnt zudem, dass seine Beurteilung u.a. auf der versicherungsmedizinischen Standardliteratur Ludolph/Schürmann/Gaidzik (Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, 2018) basiere, von welcher er seiner Beurteilung ein Extrakt mit Kernaussagen über Meniskusschädigungen beilegt (Vi-act. M12).

3.11 Im angefochtenen Einspracheentscheid beruft sich die B. _____ massgeblich auf die beiden Aktenbeurteilungen ihres medizinischen Dienstes sowie ihres beratenden Arztes (siehe oben E. 3.8 und 3.10). Nachdem sie einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG aufgrund eines aussergewöhnlichen äusseren Faktors verneinte, erwog sie, dass eine Anerkennung als unfallähnliche Körperschädigung von vornherein ausscheide bzw. es sei bereits der Entlastungsbeweis erbracht, wenn die "Meniskusschädigung" - wie von ihrem beratenden Arzt dargelegt - offenkundig nicht erst durch das Ereignis vom 16. September 2024 verursacht worden, sondern vorbestehend sei. Im konkreten Fall komme hinzu, dass der geschilderte Bewegungsablauf alltäglich und auch nicht geeignet sei, die festgestellte Meniskusverletzung zu verursachen (vgl. dortige E. 2.3.7). Sie führte weiter aus, dass die von ihrem beratenden Arzt abgegebene Beurteilung, welche sich auf Ludolph/Schürmann/Gaidzik stütze, keine blosser Einzelmeinung darstelle, sondern im Einklang mit der massgebenden versicherungsmedizinischen Literatur stehe (dortige E. 2.3.8). Im Weiteren sei - selbst wenn das Ereignis als Unfallereignis nach Art. 4 ATSG erfüllt erachtet werden könnte - auch eine Teilkausalität zu verneinen, da keine frischen strukturellen Läsionen vorliegen würden und sich keine vollständige Querruptur ereignet habe (vgl. dortige E. 2.3.9). Entsprechend wies sie die Einsprache ab.

4. Vor Verwaltungsgericht nehmen die A._____ und die B._____ im Wesentlichen folgende Standpunkte ein.

4.1 Die A._____ erklärt sich mit der Einschätzung der beiden Aktenbeurteilungen des medizinischen Dienstes sowie des beratenden Arztes der B._____ als Basis des einen Leistungsanspruch der Versicherten aus UVG verneinenden Entscheids nicht einverstanden. Sie reicht eine Beurteilung ihrer Vertrauensärztin Dr. med. N._____ (Fachärztin FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Vertrauensärztin SVG, Zertifizierte Gutachterin SIM) vom 5. Juni 2025 ins Recht (Vi-act. M14 = Bf-act. 2). Mit Verweis darauf macht die A._____ geltend, dass aufgrund der Aktenlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine traumatisch bedingte direktionale Verschlechterung der vorbestehenden Meniskusalteration medial vorliege; weder sei von einem Status quo sine noch einem Status quo ante auszugehen (vgl. Beschwerde Ziff. 3.2).

4.1.1 In der genannten vertrauensärztlichen Beurteilung von Dr. med. N._____ begründet diese das Vorliegen einer traumatisch bedingten direktionalen Verschlechterung der vorbestehenden Meniskusalteration medial mittels Analyse des Schadenmechanismus sowie dem funktionellen, morphologischen und verletzungsspezifischen Schadensbild. Betreffend das Letztere würden die anamnestischen, biomechanischen, bildgebenden und arthroskopischen Befunde bekräftigen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine unfallbedingte, direktionale Verschlechterung der Binnenläsion des linken Kniegelenks vorliege. Sie äussert sich dazu ausführlich wie folgt:

- Die anamnestischen Angaben würden auf die Biomechanik schliessen: bei einem Hüpfen mit beiden Füßen würden die unteren Extremitäten vom Boden abgehoben, beim Wiederaufsetzen links mit Tap und Umknicken ÜBER den Fussrücken/Zehen komme es zu einer axial belasteten Unterschenkel-Aussenrotation und dynamischen Flexion, ein typischer Mechanismus der Meniskusverletzung;
- Die anamnestischen Angaben würden die Vehemenz der Belastung erkennen lassen: axiale Belastung nach Hüpfen und Aufsetzen des ganzen Körpergewichtes, was bekanntermassen im Kniegelenk zu einer deutlichen Über-Belastung führe, denn schon beim Gehen alleine würden auf das Knie Kräfte des 2.5fachen Körpergewichtes wirken, bei Laufen seien es bereits 4fache Belastungen und beim Springen gar 7fache;
- Der klinische Erstbefund, der zur MR-Untersuchung geführt habe (beschriebene dorsale linksseitige Knie-Schmerzen nach Kniedistorsion beim Stepdance und Frage nach Sehnenruptur respektive Weichteilläsion in der

Kniekehle), bestätige neben der Akuität der Symptomatik ebenso die erwartete bedeutende Verletzung (Sehne der Kniekehle). Die initiale Therapie mit Entzündungshemmung lasse somit die Schwellung ablesen, ansonsten wären einfache Analgetika verordnet worden;

- Die zeitnahen Erst- und Folgekonsultationen wie auch der zeitnahe operative Eingriff sei ebenfalls Ausdruck dieses verletzungsspezifischen Schadenbildes, welches letztlich intraoperativ bestätigt worden sei: es habe keine tibiale Ausleitung der Meniskusnaht bei 80%iger Substanzruptur erfolgen können, zumal der Abstand zur Wurzel diesbezüglich zu gross gewesen sei, weshalb die Seit-zu-Seit-Naht erfolgt sei.

Weiter ist Dr. med. N. _____ der Ansicht, dass die von Dr. med. M. _____ beurteilte und dargelegte Literatur somit durchwegs mit obigen Angaben validiert sei. Insbesondere sei hier anzumerken, dass bei der "makroskopisch isolierten" Meniskusverletzung und "bildgebend kombinierten" Meniskusverletzung durch die erfolgte direkte Einwirkung auf das linke Kniegelenk keine volle Ausbildung des Verletzungsmusters vorzuliegen brauche, insbesondere nicht bei der hier überwiegend wahrscheinlich bereits vorbestehenden degenerativen Meniskus-Veränderung.

Die Vertrauensärztin gelangt zum Schluss, die aktuelle EbM (evidenz-basierte Medizin) würde die obigen Fakten unterstreichen: Traumatische Meniskusläsionen seien am häufigsten durch Sport ausgelöste Verletzungen und würden oft eine operative Versorgung benötigen. Ursächlich seien Rotationsbewegungen mit kombinierter axialer Belastung des Kniegelenkes oder Hyperextensionstraumata (was in der Literaturangabe von Dr. med. M. _____ nicht dargelegt sei). Während einer Aussenrotation des Unterschenkels kombiniert mit einer axialen Belastung komme es am ehesten zu einem Riss des Innenmeniskus. Zusätzlich steige die Druckbelastung auf den Meniskus mit zunehmender Flexion des Kniegelenkes. Interessanterweise sei ebenso in der aktuellen EbM folgende Ergänzung definiert: traumatische Meniskusläsionen träten entweder isoliert oder in Zusammenhang mit Ligamentverletzungen des Kniegelenkes auf. Die häufigsten Formen der traumatischen Meniskusläsionen seien vertikale Risse, gefolgt von longitudinalen, radiären Rissen, sowie posterolateralen Wurzelläsionen. Ein stabiler Riss zeige sich vor allem bei partiellen oder sehr kurzen Meniskusrissen (hier seien 80% der Substanz radiär rupturiert und somit als instabil wertbar, was ebenfalls in der von Dr. med. M. _____ beschriebenen Extrusionstendenz des medialen Meniskus untermauert werde). Des Weiteren sei anzumerken, dass ebenfalls in der aktuellen EbM folgende Tatsache die obige Beurteilung ergänze: In Knien mit einer kombinierten Verletzung von VKB und MCL würden sich vermehrt laterale Meniskusläsionen zeigen. Dabei scheine vor allem die Instabilität

des MCLs protektiv für den medialen Meniskus zu sein. Am Ende führt Dr. med. N. _____ noch medizinische Literatur (sieben Arbeiten) an.

Zusammenfassend würden die kongruenten anamnestischen, biomechanischen, bildgebenden und arthroskopischen Befunde nicht nur orthopädisch-chirurgisch, sondern auch versicherungsmedizinisch eine überwiegende Wahrscheinlichkeit der unfallbedingten, direktionalen Verschlechterung der Binnenläsion des linken Kniegelenks belegen.

4.1.2 Gestützt darauf bringt die A. _____ vor, es würden keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die festgestellte Meniskusverletzung im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50% auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei. Mitunter könne nicht - insbesondere auch nicht ohne Einzelfallprüfung - mittels Referenzieren auf ein "Kursbuch ärztlicher Begutachtung" auf das Vorliegen einer überwiegenden Abnützung oder Erkrankung geschlossen werden (vgl. Beschwerde, Ziff. 3.3).

4.2

4.2.1 Dem hält die B. _____ in ihrer Vernehmlassung entgegen, dass die Aussage von Dr. med. N. _____, es liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine traumatisch bedingte direktionale Verschlechterung der vorbestehenden Meniskusalteration medial vor, sogar richtig sein möge, jedoch in casu die Frage nach der Leistungspflicht nicht beantworte. Denn es sei nicht ein Unfall nach Art. 4 ATSG zu beurteilen, wo eine teilkausale Ursache (selbst in geringem Ausmass) für eine Leistungspflicht ausreichend wäre, sondern eine unfallähnliche Körperschädigung. Dabei sei zu eruieren, ob die Meniskusläsion vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei oder nicht, womit zwar oftmals eine Teilkausalität nicht ausgeschlossen werden könne, aber bis zu einem Anteil von 49% nicht zu einer Leistungspflicht führe. Diese Frage sei mit der Beurteilung von Dr. med. N. _____ nicht beantwortet, denn aus ihrer Feststellung, die Verschlechterung sei traumatisch bedingt, lasse sich nicht ableiten, dass sie gleichzeitig vorwiegend nicht auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei. Entsprechend sei die Beurteilung für die Beantwortung der Frage zur Leistungspflicht nicht schlüssig (vgl. dortige Ziff. 3.3).

4.2.2 Mit ihrer Vernehmlassung reicht die B. _____ eine Stellungnahme ihres beratenden Arztes Dr. med. M. _____ vom 6. August 2025 zur vertrauensärztlichen Beurteilung von Dr. med. N. _____ ein (Vi-act. M15). In dieser verneint er die einleitende Frage der B. _____, ob die vertrauensärztliche Beurteilung von Dr. med. N. _____ an seinen Feststellungen vom 18. April 2025 etwas zu ändern vermöge.

Anschliessend äusserte er sich im Einzelnen zur Literatur, die Dr. med. N._____ in ihrer Beurteilung aufgeführt hatte und hinterfragt diese. Alle von ihr herangezogenen Arbeiten seien aus dem angelsächsischen Raum, wobei sich das bekannte Problem bestätigte, wonach die Angabe eines "injury" im angelsächsischen Umgang automatisch mit "Unfall" und nicht mit "Ereignis" gleichgesetzt werde. Dies verleite dazu, von posttraumatischen Schädigungsfolgen zu sprechen, ohne dass dabei geprüft worden sei, ob das Ereignis tatsächlich zur einer nachvollziehbaren Unfallschädigung geführt habe. In der deutschsprachigen Standardliteratur werde dieser Fragestellung ausgedehnt Beachtung geschenkt. Auch wenn Dr. med. N._____ erwähne, die dargelegte Literatur (Ludolph et. al.) sei mit ihrer Aussage validiert, so sei in keiner Weise erkennbar, dass sie auf diese Inhalte Bezug nehme. Ludolph sage unter Berufung auf biomechanische Untersuchungen klar aus, dass die Menisken nachrangig belastet würden und isolierte Meniskusschädigungen in der Regel nicht traumatisch entstehen können, wenn keine Begleitverletzungen an den vorrangig belasteten Bandstrukturen nachgewiesen werden könnten. Die einzige Ausnahme sei der sogenannte Drehsturz, alle anderen isolierten Meniskusschädigungen würden auf degenerativer Basis entstehen. Diese Grundlagen habe Dr. med. N._____ nicht in ihre Beurteilung einbezogen. Ihre Ausführungen würden somit quer zu den konsentierten Erkenntnissen der versicherungsmedizinischen Standardliteratur liegen.

Sodann ging er auf die Feststellungen von Dr. med. N._____ zu den versicherungsmedizinischen Kriterien ein. Betreffend Schadenmechanismus sei laut Dr. med. N._____ die Meniskusschädigung im medialen Hinterhorn typischerweise traumatisch entstanden, indem eine belastete axiale Kompression unter Unterschenkel-Aussenrotation dazu geführt habe. Diese Hypothese bestehe in keiner Weise, zumal es sich primär offensichtlich um ein Umknickereignis über den Fussrücken/Zehen gehandelt habe. Somit könne es unmöglich zu einer Bodenhaftung durch die Fuss- bzw. Schuhsohle gekommen sein, um eine Knie-distorsion auszulösen. Eine Kniedistorsion könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, zumal in den korrespondierenden Bandstrukturen weder klinisch noch radiologisch Verletzungszeichen nachgewiesen worden seien. Die "belastete axiale Kompression" habe weder im supraphysiologischen Bereich stattgefunden (kein Bone Bruise an dieser Stelle), noch könne sie einen Meniskus schädigen, schon gar nicht in radiärer Richtung. Der Meniskus weiche mit zunehmender Beugung nach dorsal aus. Abgesehen davon sei der Steptanz nicht mit hohen supraphysiologischen Energieeinwirkungen assoziiert, er finde grundsätzlich auf Bodenhöhe statt. Auch passe der subjektiv erlebte "Knall" nicht zum Phänomen des "Rissgefühls", das einen Meniskus-"Riss"

nahelegen könne. Er passe vielmehr zu einer mechanischen Störung einer Verschädigung (klassischerweise bei Korbhenkel- oder Lappeninterposition).

Betreffend das funktionelle Schadensbild seien die beschriebenen Charakteristika der akuten Schmerzwahrnehmung nicht beweisend für einen Unfall, sondern gehörten gleichermassen zu den Merkmalen einer akuten Erkrankung, vergleichbar mit Herzinfarkt, Nierenkolik oder Magenperforation. Der Crescendoverlauf in den ersten Tagen spreche ebenso grundsätzlich nicht für ein frisches Trauma. Morphologisch und radiologisch würden keine Punkte vorgebracht, welche als frische Verletzungsfolge interpretiert werden könnten.

Zusammenfassend überzeuge das Argumentarium von Dr. med. N. _____ aus seiner Sicht nicht. Ihre Hypothese des Schadenmechanismus sei nicht nachvollziehbar und stehe im Widerspruch zu den Erkenntnissen der versicherungsmedizinischen Standardliteratur. Die Annahme einer axialen Kompression bei gleichzeitiger Aussenrotation und zunehmender Flexion könne sie nicht mit dem Nachweis von entsprechenden Schädigungsmerkmalen begründen (Bone Bruise, Bandverletzungen). Ihre Berufung auf die Evidenz der angeführten Literaturstellen sei irreführend. Es reiche nicht aus, Literaturstellen zu zitieren, ohne sie kritisch interpretieren zu können. Insgesamt gebe es somit keinen Anlass, am Inhalt seines Berichtes vom 18. April 2025 etwas zu ändern.

4.2.3 Gestützt darauf ist die B. _____ der Meinung, dass die Beurteilung von Dr. med. N. _____ nicht schlüssig sei. So sei ihre Hypothese des Schadenmechanismus nicht nachvollziehbar und stehe im Widerspruch zu versicherungsmedizinischen Erkenntnissen in der Standardliteratur. Sie könne insbesondere den Nachweis für die Annahme einer axialen Kompression bei gleichzeitiger Aussenrotation und zunehmender Flexion nicht erbringen, denn es würden entsprechende Schädigungsmerkmale (Bone Bruise, Bandverletzungen) fehlen. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass die B. _____ den Beweis für eine vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung verursachte Meniskusschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erbracht habe. Bei der Beurteilung seien sämtliche versicherungsmedizinischen Kriterien berücksichtigt und nachvollziehbar dargelegt worden, welche Punkte für eine vorwiegend durch Abnützung oder Erkrankung verursachte Meniskusschädigung sprechen. Weder sei der Schadenmechanismus geeignet gewesen, die Meniskusschädigung zu verursachen, noch würden das morphologische und funktionelle Schadensbild für eine traumatische Genese sprechen. Bildgebend lägen keine Begleitverletzungen vor, was eine traumatische Genese mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesse (vgl. Vernehmlassung Ziff. 3.4.5 und 4).

4.3

4.3.1 Wie einleitend dargelegt, ist unbestritten geblieben, dass die Beigeladene nicht durch ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG geschädigt wurde. Als zwischen den Parteien unbestritten muss auch gelten, dass eine Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG vorliegt, was zur gesetzlichen Vermutung führt, dass es sich hierbei um eine von der B. _____ als Unfallversicherer grundsätzlich zu übernehmende Schädigung handelt. Daraus lassen sich jedoch noch keine Schlüsse darüber ziehen, ob die Schädigung natürlich-kausal auf ein leistungspflichtiges Ereignis zurückzuführen oder degenerativ beziehungsweise erkrankungsbedingt sei (vgl. Urteil BGer 8C_679/2022 vom 6.4.2023 E. 3 mit Verweis). Strittig ist denn auch, ob die Listenverletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (Standpunkt B. _____) oder nicht (Standpunkt A. _____).

4.3.2 Die B. _____ stützt sich im angefochtenen Einspracheentscheid betreffend ihres Entlastungsbeweises hauptsächlich auf die Aktenbeurteilungen ihres medizinischen Dienstes (K. _____/Dr. med. L. _____) sowie ihres beratenden Arztes (Dr. med. M. _____) ab, wonach die Verletzung des Meniskus vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. 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. 2.2.4).

5. Wie nachfolgend aufzuzeigen ist, besteht entgegen der Darstellung der A. _____ vorliegend keine Veranlassung, an den versicherungsinternen Aktenbeurteilungen, in der Hauptsache derjenigen des beratenden Arztes Dr. med. M. _____, zu zweifeln. Vielmehr kommt diesen voller Beweiswert zu, weshalb die B. _____ darauf abstellen durfte und ihre Leistungspflicht zu Recht verneinte.

5.1

5.1.1 Die Beurteilung von Dr. med. M. _____ vom 18. April 2025 basiert - soweit ersichtlich - auf sämtlichen greifbaren medizinischen Akten. Er führt in einem ersten Teil die Angaben aus den Akten auf und fügt diesen teilweise seine eigene Sichtweise an, so namentlich etwa eine eigene Beurteilung der persönlichen Betrachtung der MRI-Bilder und intraoperativen Bilder (S. 1 f.). In einem zweiten Teil schätzt er aus Transparenzgründen zunächst die Qualität der ihm vorliegenden fachärztlichen Dokumentationen ein, wobei er auch offenlegt, welche The-

men, die als Indizien für oder gegen eine traumatische Genese sprechen (wie bspw. Vorschädigung, Schadenmechanismus, morphologisches oder funktionelles Schadensbild usw.; S. 2 f.), er als verwertbar, nicht verwertbar oder fehlend erachtet. Anschliessend beurteilt er die einzelnen Themen. Im dritten und letzten Teil beantwortet er die ihm von der B._____ unterbreiteten Fragen (S. 5 f.; vgl. oben E. 3.10). Im Rahmen der Würdigung verweist er auf wissenschaftlich anerkannte Kriterien, zeigt die relevanten Perspektiven auf, was ein konzises Bild abgibt.

5.1.2 Dr. med. M._____ legt schlüssig dar, dass insgesamt mehr Indizien vorliegen, die für eine krankheitsbedingte Genese der Listendiagnose sprechen, als solche, die einen traumatischen Ursprung der Läsion nahelegen.

Mit Verweis auf die Akten hält er zutreffend fest, in der Primärdokumentation sei kein Ereignis beschrieben, das an etwas Unfallähnliches erinnere. Zudem begründet er nachvollziehbar, dass für eine von der versicherten Person geltend gemachte Kniedistorsion der Fuss eine plantare Bodenhaftung haben müsse und sich indirekt eine Torsionskraft auf das Knie übertrage, wovon vorliegend nicht ausgegangen werden könne. Zudem seien an einem Step-Schuh plantare Eisenplatten angebracht, so dass keine Haftreibung entstehen könne. Entsprechend verneint Dr. med. M._____ die Nachvollziehbarkeit einer erheblich distorsionellen Knieverletzung.

Schlüssig ist auch seine Beurteilung, wonach eine isolierte mediale Meniskus-schädigung unbestritten sei, sich die Unfallkausalität aber nicht beweisen lasse bei fehlenden Zeichen einer Innenbandschädigung und somit fehlendem Indiz für eine durchgemachte relevante Distorsion des linken Kniegelenkes. Weiter bestätigen die Akten seine Aussage, wonach die Schmerzen nach dem akuten Ereignis zugenommen hätten, aber eine relevante funktionelle Einschränkung oder eine unmittelbare Arbeitsunfähigkeit nicht aktenkundig seien.

Betreffend die radiologische Bildgebung, welche er auch persönlich betrachtet hat, bilanziert er, dass es sich um eine wurzelnahe radiär ausgerichtete, isolierte Zusammenhangstrennung in einer Meniskussubstanz handle, die durch Merkmale einer chronischen Abnützung geprägt sei. Es gebe keine Zeichen einer Begleitverletzung (Bone Bruise, Innenbandläsion). Als weitere Merkmale der überwiegend wahrscheinlichen degenerativen Hypothese finde man deutliche Knorpelschädigungen retropatellär und medial sowie eine Bakerzyste. Damit schliesst Dr. med. M._____ den bildgebenden Nachweis frischer Läsionen nachvollziehbar aus. Auch die intraoperativen Bilder beurteilt Dr. med. M._____ und betont die auf den Bildern sichtbaren Merkmale der Vorabnützung. Sodann würde die unvollständige Ruptur mit peripher noch 20% durchgehend erhaltener

Substanz gegen eine erhebliche Torsionsgewalt sprechen. Auch geht er ein auf den von der Versicherten subjektiv empfundenen Knall, der eine vollständige Separation mit erheblicher Diastase im Rissgebiet erwarten lassen würde, was nicht ausgewiesen sei. Wenn er letztlich den Schaden als isolierte Meniskusschädigung beurteilt, so deckt sich dies mit den aktenkundigen Berichten. Und seine Schlussfolgerung, bei solchen handle es sich in der Regel um relevante chronische Vorschädigungen, so wird dies durch die von ihm beigefügte Literatur untermauert.

Entsprechend schlüssig und aufgrund seiner Beurteilung der einzelnen Indizien nachvollziehbar ist daher seine abschliessende Antwort auf die Frage, ob die Listendiagnose vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei (vgl. oben E. 3.10 Frage 7).

5.1.3 Die Ausführungen von Dr. med. M. _____ - u.a. basierend auf dem versicherungsmedizinischen Bericht von K. _____ /L. _____ - erscheinen daher als schlüssig; sie sind nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei und es finden sich keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit. Er zeigte konzipse auf, dass in casu die Indizien, die für eine abnützungsbedingte Genese sprechen, überwiegen würden.

5.2 Die anderslautende Beurteilung der Vertrauensärztin Dr. med. N. _____ vom 5. Juni 2025 vermögen an diesen Erkenntnissen keine auch nur geringen Zweifel zu begründen.

5.2.1 Zunächst ist festzuhalten, dass die Beurteilung von Dr. med. N. _____ tendenziell auf die Beurteilung des Ereignisses vom 16. September 2024 gerichtet erscheint. Es erschliesst sich nicht, ob sie mit ihrer Beurteilung auf die Beantwortung der Frage nach Vorliegen eines Unfalles (Art. 4 ATSG) oder aber derjenigen nach einer unfallähnlichen Körperschädigung (Art. 6 Abs. 2 UVG) abzielt (oder sogar beides); die Beurteilung ist nicht entsprechend aufgebaut resp. unterteilt und daher schon deshalb nicht schlüssig. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Fragestellung bei der Prüfung der Unfallkausalität nicht identisch ist mit jener des Entlastungsbeweises bei unfallähnlicher Körperschädigung (vgl. VGE I 2024 2 vom 22.8.2024 E. 6.3). Dieser Eindruck wird dadurch verstärkt, dass sie in ihrer Beurteilung auch Bezug nimmt auf den Status quo sine vel ante, was aber eine Thematik der Leistungspflicht des Unfallversicherers i.S.v. Art. 6 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 4 ATSG resp. dem natürlichen Kausalzusammenhang bildet (vgl. BGE 147 V 161 E. 3). Es ergibt sich aus der Beurteilung auch nicht, welche konkreten Fragen die A. _____ an ihre Vertrauensärztin herangetragen hat. Das alles

führt - worauf die B._____ vernehmlassend hinweist - zur folgenden, hier entscheidenden, Unschlüssigkeit.

5.2.2 Wenn die Vertrauensärztin zur Beurteilung gelangt, dass aufgrund der vorgelegten Aktenlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine traumatisch bedingte direktionale Verschlechterung der vorbestehenden Meniskusalteration medial vorliege, ist das zur Beantwortung der hier relevanten Frage, ob die Schädigung des Meniskus natürlich-kausal auf ein leistungspflichtiges Ereignis zurückzuführen oder vorwiegend degenerativ beziehungsweise erkrankungsbedingt sei, wenig hilfreich. Mit dieser Beurteilung wird gerade nicht ausgesagt, dass die vorliegende Meniskusschädigung vorwiegend auf das Ereignis vom 16. September 2024 zurückzuführen ist, spricht sie doch lediglich von einer traumatisch bedingten "Verschlechterung".

5.2.3 Diesbezüglich ist hervorzuheben, dass auch Dr. med. N._____ zum Schluss gelangt, bei der versicherten Person liege überwiegend wahrscheinlich bereits eine vorbestehende degenerative Meniskus-Veränderung vor (Vi-act. M14 S. 2). Mithin herrscht Übereinstimmung, dass ein relevanter Vorzustand gegeben ist. Warum - bei unbestrittenermassen fehlendem Unfallereignis gemäss Art. 4 ATSG - der isolierte Meniskusschaden dennoch nicht vorwiegend (d.h. mehr als 50%) auf Abnützung / Erkrankung zurückzuführen ist, begründet Dr. med. N._____ jedoch nicht bzw. zeigt sie nicht nachvollziehbar auf, inwiefern die entsprechenden Ausführungen von Dr. med. M._____ nicht schlüssig wären.

5.2.4 Soweit die Vertrauensärztin hinsichtlich des Schadenmechanismus davon ausgeht, die Meniskusschädigung im medialen Hinterhorn sei typischerweise traumatisch entstanden, indem eine belastete axiale Kompression unter Unterschenkel-Aussenrotation dazu geführt habe, fusst das auf einem nicht nachgewiesenen Ereignishergang. Dass eine von einer "deutlichen Krafteinwirkung", einem "Hüpfen mit beiden Füßen" auszugehen ist, belegt sie nicht und ergibt sich auch nicht aus den Akten.

5.2.5 Auch ihr Argument im Zusammenhang mit dem funktionellen Schadensbild, wonach es nach dem erstmaligen Auftreten des Schmerzes zunehmende Beschwerden gegeben habe, verfängt nicht. Wie Dr. med. M._____ in seiner Stellungnahme hinweist, spricht die Zunahme der Beschwerdesymptomatik (Crescendoverlauf) nicht für eine traumatische Verursachung (vgl. auch Koch, Die Menisken des Kniegelenks und ihre versicherungsmedizinische Betrachtung, SUVA Medical vom 30. Juni 2022, abrufbar unter: <https://www.suva.ch/de-ch/unfall/fuer-leistungserbringer/suva-medical/publikationen/2022/juni/medical->

2022-03-menisken-des-kniegelenks-versicherungsmedizinische-betrachtung, zuletzt besucht: 22.12.2025).

5.2.6 Was ihre abschliessenden Ausführungen zur EbM (evidenzbasierten Medizin) angeht, erschöpfen sich diese in allgemeinen Ausführungen, weitgehend ohne Bezug zum konkreten Fall.

5.2.7 Dies wird durch die ergänzende Stellungnahme von Dr. med. M. _____ vom 6. August 2025 (Vi-act. M15; vgl. oben E. 4.2.2) untermauert. Darin setzt sich dieser mit den Vorbringen der Vertrauensärztin ausführlich auseinander. Er legte insbesondere nachvollziehbar dar, dass die Menisken nachrangig belastet werden und isolierte Meniskusschädigungen in der Regel nicht traumatisch entstehen können, wenn keine Begleitverletzungen an den vorrangig belasteten Bandstrukturen nachgewiesen werden können. Die einzige Ausnahme sei der sogenannte Drehsturz, der jedoch nur in der äusserst seltenen Situation auftritt, wenn in der Übergangsphase von Beugung zur Streckung die Schlussrotation wegen des fixierten Fusses behindert werde. Dieser Hergang ist vorliegend nicht nachgewiesen. Alle anderen isolierten Meniskusschädigungen würden auf degenerativer Basis entstehen. Des Weiteren äussert er sich insbesondere erneut zum Schadenmechanismus und den diesbezüglichen Vorbringen der Vertrauensärztin. Das alles ist seitens A. _____ resp. ihrer Vertrauensärztin unwidersprochen/unwiderlegt geblieben.

5.3 Entgegen der Ansicht der A. _____ liegen damit genügend Anhaltspunkte vor, die darauf schliessen lassen, dass die festgestellte Meniskusverletzung im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50% auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Wie die A. _____ zwar zutreffend vorbringt, ist eine Einzelfallbeurteilung jeweils unabdingbar (vgl. Urteil BGer 8C_672/2020 vom 15.4.2021 E. 4.5); sie führt allerdings nicht weiter aus, inwiefern hier eine solche nicht vorgenommen worden wäre. Schliesslich stützt sich der beratende Arzt Dr. med. M. _____ für seine Beurteilung nicht nur auf das "Kursbuch ärztlicher Begutachtung", hält er doch fest, dass seine Beurteilung "u.a." auf dieser versicherungsmedizinischen Standardliteratur basiere (vgl. Vi-act. M13, S. 3 in der Mitte).

5.4 Nach dem Dargelegten können keine auch nur geringen Zweifel an der Beurteilung des beratenden Arztes ausgemacht werden. Es ist gestützt auf die beweiskräftige ärztliche Einschätzung von Dr. med. M. _____ mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die fragliche Verletzung des Meniskus vorwiegend, das heisst im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50%, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Damit ist der Entlastungsbeweis der Vorinstanz erbracht und die Vermutung der Leistungs-

pflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG umgestossen. Von weiteren Beweisvorkehren können keine neuen entscheidwesentlichen Aufschlüsse erwartet werden, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung auf solche verzichtet wird (BGE 144 V 361 E. 6.5).

6. Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Es sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 61 lit. ^fbis 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:
 - die Beschwerdeführerin (R)
 - die Vorinstanz (R)
 - die Beigeladene (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. Januar 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: 26. Januar 2026