

VBE.2021.328, VBE.2021.342 / aw / ce

Art. 38

Urteil vom 4. April 2022

Besetzung	Oberrichter Roth, Präsident Oberrichterin Fischer Oberrichterin Schircks Denzler Gerichtsschreiberin Fricker
Beschwerde- führerin	A. _____ vertreten durch Nicolai Fullin, Advokat, c/o Indemnis Rechtsanwälte, Rain 63, 5001 Aarau 1
Beschwerde- gegnerin 1	SWICA Versicherungen AG , Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur
Beschwerde- gegnerin 2	Suva , Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern
Gegenstand	Beschwerdeverfahren betreffend UVG (Einspracheentscheide vom 10. Juni und 12. Juli 2021)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

1.1.

Die 1990 geborene Beschwerdeführerin war seit dem 1. August 2006 für die B. als Detailhandelsassistentin tätig und in dieser Eigenschaft bei der Beschwerdegegnerin 1 gegen die Folgen von Nichtberufs- und Berufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als sie sich am 7. März 2007 während des Turnunterrichts das rechte Knie verdrehte. In der Folge richtete die Beschwerdegegnerin 1 die gesetzlichen Leistungen für das fragliche Ereignis aus. Am 20. April 2010 verdrehte sich die Beschwerdeführerin abermals das rechte Knie beim Turnen. Auch hinsichtlich dieses Ereignisses richtete die Beschwerdegegnerin 1 die gesetzlichen Leistungen aus. Die beiden Schadenfälle wurden noch im jeweiligen Ereignisjahr 2007 beziehungsweise 2010 folgenlos abgeschlossen und die vorübergehenden Leistungen eingestellt. Per 6. September 2010 ging die Beschwerdeführerin ein neues (zwischenzeitlich per 31. Juli 2017 wieder aufgelöstes) Anstellungsverhältnis ein und war in dessen Rahmen bei der C. AG unfallversichert. Im Jahr 2011 anerkannte die Beschwerdegegnerin 1 ihre Leistungspflicht für einen im Mai 2011 am rechten Knie festgestellten Gesundheitsschaden im Sinne eines Rückfalls zum Ereignis des Jahres 2010 und erbrachte auch hierfür die gesetzlichen Leistungen bis zum folgenlosen Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen im November 2011. Für einen im September respektive Oktober 2017 gemeldeten weiteren Rückfall anerkannte ferner – nach erfolgter Leistungsverweigerung seitens der C. – die zuständige Krankenkasse ihre Leistungspflicht.

1.2.

Am 5. Oktober 2018 trat die Beschwerdeführerin in ein Schlagloch und stürzte; dabei verletzte sie sich wiederum am rechten Knie. Die Beschwerdegegnerin 2, bei der die Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt aufgrund des Bezugs von Arbeitslosenentschädigung unfallversichert war, richtete für dieses Ereignis die gesetzlichen Leistungen aus, bis sie den Fall mit Schreiben vom 17. Mai 2019 – unter Hinweis darauf, dass die persistierenden rechtsseitigen Kniebeschwerden in keinem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 5. Oktober 2018 mehr stünden – per 16. November 2018 folgenlos abschloss und die vorübergehenden Leistungen einstellte. In der Folge verlangte die Beschwerdeführerin von der Beschwerdegegnerin 1 am 4. Juli 2019 eine Stellungnahme zur deren Leistungspflicht für die rechtsseitigen Kniebeschwerden. Als diese untätig blieb, erneuerte die Beschwerdeführerin dieses Begehren am 26. August 2019, worauf die Beschwerdegegnerin 1 wiederum nicht reagierte.

1.3.

Die Beschwerdeführerin erhob in der Folge am 11. September 2019 beim hiesigen Versicherungsgericht eine Rechtsverweigerungsbeschwerde gegen die Beschwerdegegnerin 1. Mit Urteil VBE.2019.604 vom 3. Dezember 2019 wies das hiesige Versicherungsgericht diese Beschwerde ab und hielt unter anderem fest, dass sich die Beschwerdegegnerin 1 bereits mit Stellungnahme vom 14. Oktober 2019 (jedoch in Verletzung von Art. 124 lit. b UVV) zu den beiden vorerwähnten Schreiben der Beschwerdeführerin im Sinne einer Leistungsverweigerung (vgl. E. 3.2.) geäußert habe.

1.4.

Sodann verneinte die Beschwerdegegnerin 1 mit Verfügung vom 10. Februar 2020 betreffend die über die von der Beschwerdegegnerin 2 per 16. November 2018 verfügte Leistungseinstellung hinaus bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigung einen Rückfall mangels natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den rechtsseitigen Kniebeschwerden und den Ereignissen sowohl vom 7. März 2007 als auch vom 20. April 2010 und somit einen Leistungsanspruch. Dagegen erhob die Beschwerdeführerin am 12. März 2020 eine vorsorgliche Einsprache und beantragte unter anderem die Sistierung des Einspracheverfahrens bis zur Einreichung weiterer medizinischer Berichte.

1.5.

Zwischenzeitlich war die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 16. Oktober 2019 und 14. Februar 2020 an die Beschwerdegegnerin 2 gelangt mit der Frage, ob nach deren Ansicht über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus noch Unfallfolgen vorlägen (gegebenenfalls von einem früheren Unfall) und welchen der früheren Unfälle die Behandlungsbedürftigkeit gegebenenfalls zuzuordnen wäre, woraufhin die Beschwerdegegnerin 2 keine weiteren Abklärungen tätigte, sondern auf die bisherigen Stellungnahmen verwies. Mit Schreiben vom 24. April 2020 reichte die Beschwerdeführerin beiden Beschwerdegegnerinnen weitere medizinische Unterlagen bezüglich der Frage der Kausalität des Unfalls vom 5. Oktober 2018 für die rechtsseitigen Kniebeschwerden ein.

1.6.

Nach Einholung einer sich auf ein externes radiologisches Gutachten stützenden kreisärztlichen Beurteilung bestätigte die Beschwerdegegnerin 2 mit Verfügung vom 20. April 2021 schliesslich die Einstellung der Versicherungsleistungen betreffend den Unfall vom 5. Oktober 2018 per 16. November 2018. Die von der Beschwerdeführerin dagegen erhobene Einsprache vom 21. Mai 2021 wies die Beschwerdegegnerin 2 mit Einspracheentscheid vom 12. Juli 2021 ab. Zwischenzeitlich hatte auch die Beschwerdegegnerin 1 die vorsorgliche Einsprache vom 12. März 2020 mit Einspracheentscheid vom 10. Juni 2021 abgewiesen.

2.

2.1.

Gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin 1 vom 10. Juni 2021 erhob die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 12. Juli 2021 fristgerecht Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

- "1. Es sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 10. Juni 2021 aufzuheben, und es sei diese zu verpflichten, der Beschwerdeführerin weitere Versicherungsleistungen für deren Rückfall zu den Schadenfällen vom 7. März 2007 und vom 20. April 2010 zu erbringen.
2. Es seien weitere medizinische Abklärungen zur Unfallkausalität der nach dem 5. Oktober 2018 aufgetretenen Beschwerden und der Behandlungsbedürftigkeit sowie der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin zu den genannten Unfällen zu tätigen, und es sei im Anschluss erneut über die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu entscheiden.
3. Es sei das vorliegende Verfahren zu sistieren, bis die Suva ihren Einspracheentscheid betreffend den Unfall der Beschwerdeführerin vom 5. Oktober 2018 erlassen hat. Es seien danach diese beiden Verfahren zu vereinigen.
4. Unter o/e-Kostenfolge."

Das Verfahren wurde am hiesigen Versicherungsgericht unter der Verfahrensnummer VBE.2021.328 erfasst.

2.2.

Mit Eingabe vom 22. Juli 2021 erhob die Beschwerdeführerin auch gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin 2 vom 12. Juli 2021 fristgerecht Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

- "1. Es sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 12. Juli 2021 aufzuheben, und es sei diese zu verpflichten, der Beschwerdeführerin über den 16. November 2018 hinaus Versicherungsleistungen für deren Unfall vom 5. Oktober 2018 zu erbringen.
2. Es seien weitere medizinische Abklärungen zur Unfallkausalität der nach dem 16. November 2018 weiterhin vorhandenen Beschwerden und der Behandlungsbedürftigkeit sowie der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin zum genannten Unfall zu tätigen, und es sei im Anschluss erneut über die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu entscheiden.
3. Es seien das vorliegende Verfahren und das Verfahren gegen die SWICA Gesundheitsorganisation, Römerstrasse 38, 8400 Winterthur, betreffend deren Einspracheentscheid vom 10. Juni 2021 (Beschwerde vom 12. Juli 2021) zu vereinigen.
4. Unter o/e-Kostenfolge."

Dieses Verfahren wurde am hiesigen Versicherungsgericht unter der Verfahrensnummer VBE.2021.342 erfasst.

2.3.

Mit Vernehmlassung vom 9. September 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin 1 sodann die Abweisung der gegen ihren Einspracheentscheid gerichteten Beschwerde. Die Beschwerdegegnerin 2 beantragte mit Beschwerdeantwort vom 7. September 2021 die Abweisung der Beschwerde vom 22. Juli 2021.

2.4.

Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 13. September 2021 wurden die Verfahren VBE.2021.328 und VBE.2021.342 vereinigt.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1.

Im Einspracheentscheid vom 10. Juni 2021 ging die Beschwerdegegnerin 1 im Wesentlichen davon aus, es stehe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass ein Rückfall vorliege bzw. die bestehenden Kniebeschwerden rechts überhaupt auf einen Unfall, namentlich auf eines der bei ihr versicherten Unfallereignisse, zurückzuführen seien. So führe die Beschwerdegegnerin 2 die bestehenden Kniebeschwerden rechts gestützt auf eine entsprechende kreisärztliche Beurteilung auf vorbestehende degenerative Veränderungen und nicht auf frühere Unfallereignisse zurück (Vernehmlassungsbeilage SWICA [VB SW] 61). Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber zusammengefasst geltend, dass zur "Frage der natürlichen Kausalität der Kniebeschwerden ab dem 16. November 2018, als die [Beschwerdegegnerin 2] die Leistungen einstellte", keine abschliessende medizinische Abklärung durchgeführt worden sei. Aus der Beurteilung des Kreisarztes der Beschwerdegegnerin 2, med. pract. D., Facharzt für Chirurgie, vom 17. Februar 2021 gehe hervor, dass die weiterbestehenden Beschwerden der Beschwerdeführerin offenbar Folge der VKB-Plastik sein müssten, die ihrerseits wiederum Folge der bei der Beschwerdegegnerin 1 versicherten Unfälle sei, da die Beschwerdegegnerin 1 diese operativen Eingriffe (VKB-Plastik) finanziert und eine Leistungspflicht dafür anerkannt habe (Beschwerde vom 12. Juli 2021 S. 5).

1.2.

Im Einspracheentscheid vom 12. Juli 2021 ging die Beschwerdegegnerin 2 gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung durch med. pract. D. vom 17. Februar 2021 davon aus, dass das Ereignis vom 5. Oktober 2018 nicht mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer strukturellen Läsion im Bereich des rechten Knies geführt habe, sondern lediglich zu einer

vorübergehenden Verschlimmerung vorbestehender Veränderungen. Spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Zustand erreicht gewesen, wie er sich auch ohne die vorliegend in Frage stehenden Ereignisse eingestellt hätte (Vernehmlassungsbeilage SUVA [VB SU] 100). Die Beschwerdeführerin bringt dagegen vor, dass die Beschwerdegegnerin 2 aufgrund der von der kreisärztlichen Einschätzung abweichenden orthopädischen Beurteilungen durch Dr. med. E., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 22. April 2020 verpflichtet gewesen wäre, ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Zudem sei für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen sei; es genüge, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Beeinträchtigungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt habe (Beschwerde vom 22. Juli 2021 S. 5 f.).

1.3.

Damit ist strittig und nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin 1 und die Beschwerdegegnerin 2 (ab dem Leistungseinstellungszeitpunkt vom 16. November 2018) zu Recht einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit den Ereignissen vom 7. März 2007, 20. April 2010 und 5. Oktober 2018 verneint haben.

2.

2.1.

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden die Versicherungsleistungen, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten gewährt. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld.

2.1.1.

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 beziehungsweise 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 andern Worten nicht weggedacht werden

kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f. und 129 V 402 E. 4.3.1 S. 406).

2.1.2.

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise 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 Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen). Die Sozialversicherungsorgane und das Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs ist in erster Linie mittels Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.3.1; vgl. auch RUMO-JUNGO/HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 55).

2.1.3.

Die Anerkennung der Leistungspflicht durch den Unfallversicherer ist in rechtlicher Hinsicht von Belang. Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der Leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein Leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend. Diese Rechtsprechung beschlägt dabei einzig die rechtlichen Folgen der Abklärung, insofern als dem

Unfallversicherer die Beweislast zugewiesen wird für den Fall, dass ungeklärt bleibt, ob dem Unfall (noch) eine kausale Bedeutung für den andauernden Gesundheitsschaden zukommt. Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9, 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen).

2.2.

Gemäss Art. 11 UVV werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (Art. 22 UVG; vgl. BGE 127 V 456 E. 4b S. 457 und 118 V 293 E. 2d S. 297). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1 S. 254). Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis (Grundfall) an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (Urteil des Bundesgerichts 8C_382/2018 vom 6. November 2018 E. 2.2; BGE 118 V 293 E. 2c S. 296). Der Nachweis dieser Kausalität obliegt dem Leistungsansprecher. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 78 f.).

2.3.

Nach dem Untersuchungsgrundsatz haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht von sich aus und ohne Bindung an die Parteibehörden für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG; BGE 133 V 196 E. 1.4 S. 200).

3.

Der wesentliche (medizinische) Sachverhalt präsentiert sich wie folgt:

3.1.

3.1.1.

Gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 16. April 2007 und Schadenmeldung UVG vom 21. April 2010 verdrehte sich die Beschwerdeführerin am 7. März 2007 und abermals am 20. April 2010 beim Turnen das rechte Knie und litt in der Folge an Beschwerden (VB SU 68/2 ff.). Die Beschwerdeführerin 1 anerkannte für beide Ereignisse eine Leistungspflicht und erbrachte

Versicherungsleistungen, wobei die beiden Schadenfälle noch im jeweiligen Ereignisjahr abgeschlossen und die (vorübergehenden) Leistungen eingestellt wurden (VB SU 68/2 ff.; VB SW 1 ff.).

3.1.2.

Ein am 17. Mai 2010 durchgeführtes MRI des rechten Knies beurteilte Dr. med. F., Fachärztin für Radiologie, wie folgt (VB SU 72):

- Alte vordere Kreuzbandruptur
- Leicht dislozierter Riss des medialen Meniskushinterhorns
- Knochenmarksödeme posteriore Tibiaepiphyse, lateral ausgeprägter als medial, möglicherweise bei Überlastung; DD: Traumatisch
- Beginnende degenerative Knorpelveränderung im lateralen Kompartiment und retropatellar.

3.1.3.

Am 5. Mai 2011 liess die Beschwerdeführerin aufgrund vermehrter Schmerzen im rechten Knie bei den Diagnosen einer vorderen Kreuzbandruptur und Korbhenkelläsion des medialen Meniskus rechts eine arthroskopische Teilmenishektomie und vordere Kreuzbandplastik mit Semitendinosus-/Gracilis-Sehne durch Dr. med. G., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, im Spital H. durchführen (VB SW 15). In Anerkennung eines Rückfalls zum Ereignis vom 20. April 2010 anerkannte die Beschwerdeführerin 1 ihre entsprechende Leistungspflicht, wobei sie den Fall in der Folge (unter Einstellung der Leistungen) per 8. November 2011 abschloss (VB SW 24/3; VB SU 68/8 ff.).

3.1.4.

Dr. med. G. diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin am 9. November 2011 ein erneutes Distorsions-Trauma am rechten Knie (VB SW 20).

3.2.

3.2.1.

Mit Schadenmeldung vom 28. Juni 2017 meldete der damalige Arbeitgeber der Beschwerdeführerin der C. ein erneutes Ereignis. Die Beschwerdeführerin habe sich bei einem Training am 22. Juni 2017 mit dem Springseil aufgewärmt und sich beim Landen das rechte Knie verdreht. Dabei sei ein kleiner Teil des Knochens abgebrochen (VB SW 28/3). Die C. verneinte mangels Erfüllung des Unfallbegriffs bzw. mangels einer unfallähnlichen Körperschädigung mit Schreiben vom 31. Juli 2017 eine entsprechende Leistungspflicht und die zuständige Krankenkasse rechnete das Ereignis daraufhin als Krankheitsfall ab (VB SW 27/1 f.; 42).

3.2.2.

Ein am 26. Juni 2017 durchgeführtes MRI des rechten Knies beurteilte Dr. med. I., Facharzt für Radiologie, wie folgt (VB SU 73): "Traumatischer Knorpeldefekt mit geringem Knochenmarksödem am gewichtstragenden

Aspekt des medialen Femurkondylus. Entsprechender Knorpelfragment stellt sich als freier Gelenkkörper am kaudalen Aspekt des femoropatellaren Gelenkes dar. Weitere diskrete Bonebruise am lateralen Aspekt des lateralen Femurkondylus. Meniscus medialis nach aussen subluxiert, Volumenminderung nach Teilmeniskektomie im Hinterhornbereich. Kein Meniskusriss. Proximal verdickte Kollateralbänder beidseits im Rahmen chronischen Veränderungen, keine Bandruptur. VKB-Plastik erhalten. Diffuse Synovitis, moderater Reizerguss. Keine Patellaluxation."

3.2.3.

Gemäss Bericht vom 13. Juli 2017 unterzog sich die Beschwerdeführerin an diesem Datum im Spital H. bei Dr. med. G. einem operativen Eingriff mit Plica-Resektion, freien Gelenkskörper-Entfernung und Mikrofrakturierung im medialen Femurkondylus aufgrund der Diagnose einer "Knorpelläsion medialer Femurkondylus, freier Gelenkskörper Plica bei Status nach vorderer Kreuzbandplastik 2011" (VB SW 28/18 f.).

3.3.

3.3.1.

Mit Bagatellunfallmeldung vom 24. Oktober 2018 zeigte die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin 2 an, dass sie am 5. Oktober 2018 in ein Schlagloch getreten und gestürzt sei und sich wiederum am rechten Knie verletzt habe (VB SU 1). Bei der Erstbehandlung vom 9. Oktober 2018 durch Hausarzt Dr. med. J., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, veranlasste dieser eine MRI-Untersuchung (VB SU 11). Das am 18. Oktober 2018 durchgeführte MRI des rechten Knie beurteilte Dr. med. K., Fachärztin für Radiologie, wie folgt (VB SU 19): "Erheblich elongiertes vorderes Kreuzband mit deutlichem Tibiavorschub, vereinbar mit einer Insuffizienz der VKB-Plastik. 7 x 6 mm grosser Knorpeldefekt an der zentralen femoralen Belastungszone im medialen Gelenkkompartiment mit assoziierten subchondralen Signalstörungen. Intrasubstanzielle Einrisse des Innenmeniskushinterhorns mit radiärer Risskomponente am Übergang zum Corpus. Keine signifikante Chondropathie im lateralen Gelenkkompartiment. Fokaler viertgradiger Knorpelriss an der zentralen Trochlea. Geringer suprapatellarer Gelenkerguss".

3.3.2.

Dr. med. L., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Sprechstundenbericht vom 19. Dezember 2018 eine VKB-Insuffizienz, eine mediale Meniscusinsuffizienz, einen Knorpelschaden medialer Condylus bei St. n. VKB-Rekonstruktion 2011 und Teilmeniskektomie Korbhenkel und eine Mikrofrakturierung medialer Condylus 2017; zudem gab Dr. med. L. weitere bildgebende Abklärungen (Ganzbeinaufnahme und CT-Kontrolle) in Auftrag (VB SU 2, 9, 15 f.). Am 6. Mai 2019 unterzog sich die Versicherte bei Dr. med. L. im Spital H. einer VKB-Revision mit Bohrkanalauffüllung (VB SU 34/2 f.).

3.4.

3.4.1.

Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von med. pract. D. vom 3. Mai 2019 (VB SU 30/1) verneinte die Beschwerdegegnerin 2 mit Schreiben vom 17. Mai 2019 (VB SU 37) ihre Leistungspflicht für die noch über den 16. November 2018 hinaus persistierenden rechtsseitigen Kniebeschwerden. Kreisarzt med. pract. D. ging in seiner Stellungnahme vom 3. Mai 2019 davon aus, dass keine Hinweise auf eine frische strukturelle traumatische Verletzung durch das Ereignis vom 5. Oktober 2018 vorlägen und daher davon auszugehen sei, dass die Distorsionsfolgen innerhalb von 4-6 Wochen vollständig abgeheilt seien (VB SU 30/1).

3.4.2.

In seiner Stellungnahme zuhanden der Beschwerdeführerin vom 25. März 2020 vertrat Dr. med. E. die Auffassung, das Unfallereignis vom 5. Oktober 2018 könne per se durchaus zu einer VKB Re-Ruptur geführt haben, ebenfalls zu einer Meniskusruptur. Aus der aktuellen Dokumentation könne er jedoch nicht klar schliessen, dass durch den Unfall eine strukturelle Schädigung entstanden sei. Im MRI des rechten Kniegelenks vom 18. Oktober 2018 werde ein Verdacht auf eine radiale Risskomponente des medialen Meniskus geäussert. Im Operationsbericht von Dr. med. L. vom 6. Mai 2019 werde jedoch ein zwar volumengeminderter medialer Meniskus beschrieben, jedoch mit guter Randleiste und ohne Instabilitäten. Auch würden im MRI kein traumatisches Knochenmarksödem oder Ähnliches beschrieben. Der Knorpelschaden sei bereits im Jahre 2017 vorhanden gewesen. Es werde auch kein intraligamentäres Ödem der VKB-Rekonstruktion, sondern lediglich eine Elongation beschrieben. Diese könne auch schon vor dem Unfall bestanden haben. In Zusammenschau der Befunde werde es aus seiner Sicht schwierig, das Unfallereignis vom 5. Oktober 2018 für die längerfristigen Beschwerden der Patientin verantwortlich zu machen. Gegebenenfalls "bestünde noch eine Chance, wenn [ihm] das MRI vom 18.10.2018 vorliegen würde". Hier würde er auf das intraligamentäre Ödem und ein traumatisches Knochenmarksödem schauen. Dies wäre noch eine kleine Chance, die Beurteilung umzukehren. Insgesamt müsse jedoch bei Elongation von einem Rückfall der primären VKB-Ruptur mit deren Rekonstruktion ausgegangen werden (VB SU 61/3 f.).

3.4.3.

Nach Einsicht in das MRI vom 18. Oktober 2018 führte Dr. med. E. am 22. April 2020 in einer erneuten Stellungnahme zuhanden der Beschwerdeführerin sodann aus, dass sich in der Tat ein intraligamentäres Ödem zeige, "was eher für das Unfallereignis vom 5.10. 2018 sprechen würde als für einen Rückfall der primären VKB-Rekonstruktion". Es befinde sich wenig Flüssigkeit im Knie. Dies sei jedoch bei Wiederreißen (Reruptur) eines VKBs häufig der Fall. Somit könne ein fehlender Gelenkserguss nicht als

Hinweis dafür gelten, dass hier kein akut traumatisches Geschehen vorgelegen habe. Mit anderen Worten: Kein Erguss heisse in diesem Falle nicht kein Trauma. Der Knorpelschaden an der inneren Femurkondyle scheine chronisch zu sein, ein traumatisches Knochenmarksödem sei ebenfalls nicht sichtbar. In Zusammenschau der Befunde scheine es für ihn so, dass das Ereignis vom 5. Oktober 2018 mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Reruptur bei vorbestehender Elongation geführt habe. Das Ereignis erfüllte in seinen Augen auch den Unfallbegriff. Ohne dieses Ereignis wäre das Kreuzband nicht nochmals gerissen (VB SU 61/5).

3.4.4.

Die Beschwerdegegnerin 2 liess daraufhin Dr. med. M., Facharzt für Radiologie, eine Aktenbeurteilung vornehmen. Diese wurde am 10. Februar 2021 erstattet. Dr. med. M. gab im Wesentlichen an, dass sich die vordere Kreuzbandplastik in der Untersuchung vom 18. Oktober 2018 unverändert im Vergleich zur Untersuchung vom 26. Juni 2017 präsentiere. Der Knorpeldefekt am medialen Femurkondylus respektive am Ort der Knorpelfraktur in der Untersuchung vom 26. Juni 2017 sei kleiner geworden und zeige "jetzt" als Folge der Mikrofrakturierung kleine subchondrale Zysten. Die Morphologie des resezierten medialen Meniskus sei in der Untersuchung vom 18. Oktober 2018 ebenfalls unverändert. Er erkenne keine eindeutige Veränderung im postoperativen veränderten Rest des Meniskushinterhorns und den übrigen Anteilen des resezierten medialen Meniskus. Auch die Protrusion des medialen Meniskusrestes sei verglichen mit der Untersuchung vom 26. Juni 2017 unverändert. Auch in den übrigen Kniebinnenstrukturen erkenne er keine Veränderung und es beständen keine Hinweise für ein stattgehabtes Trauma "in den Weichteilen oder Knochenmark". Der Kniegelenkserguss sei unspezifisch (VB SU 76/1 f.).

3.4.5.

Kreisarzt med. pract. D. kam in der darauffolgenden Stellungnahme vom 18. Februar 2021 zusammengefasst zum Schluss, dass nach dem Unfall vom 5. Oktober 2018 anhand der zeitnahen klinischen, radiologischen sowie auch operativen Befunde und aufgrund der vorliegenden, bildgebenden Diagnostik "die strukturell objektivierbaren Unfallfolgen am rechten Knie mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen" seien. Die rechtsseitigen Kniebeschwerden seien durch die vorbestehenden degenerativen Veränderungen und die vorbestehende VKB-Insuffizienz bei St. n. VKB-Rekonstruktion mit Teilmeniskektomie des Korbhenkels von 2011 und bei St. n. Mikrofrakturierung des medialen Femurkondylus von 2017 erklärbar. Die im MRI vom 18. Oktober 2018 dargestellten pathologischen Befunde im Sinne von einer Insuffizienz der VKB-Plastik mit einem begleitendem Knorpeldefekt an der zentralen femoralen Belastungszone und Veränderungen des Innenmeniskus seien degenerativer Natur bei oben erwähnten, mehreren operativen Eingriffen und als Zufallsbefund im

Rahmen der Abklärung der Kniebeschwerden rechts zu werten (VB SU 78).

4.

4.1.

Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 und 125 V 351 E. 3a S. 352). 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 und 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352).

4.2.

Die Rechtsprechung hat den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt. Diesen kommt praxisgemäss jedoch nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 ff. und 122 V 157 E. 1c S. 160 ff.). Zwar lässt das Anstellungsverhältnis der versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 ff.). 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 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. und 122 V 157 E. 1d S. 162 f.).

4.3.

Voll beweistauglich kann auch eine reine Aktenbeurteilung sein, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen (Urteil des Bundesgerichts 9C_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.1 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts U 357/06 vom 28. Februar 2007 E. 4.3 mit Hinweisen). Eine medizinische Aktenbeurteilung als Entscheidungsgrundlage ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bundesgerichts 8C_833/2009 vom 26. Januar 2010 E. 5.1 mit Hinweis). Aktenbeurteilungen 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 einer Aktenbeurteilung das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_540/2007 vom 27. März 2008 E. 3.2 mit Hinweis). Entscheidend ist insbesondere, ob genügend Unterlagen aufgrund anderer persönlicher Untersuchungen vorliegen, die ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben. Der medizinische Sachverständige muss sich insgesamt aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild machen können (Urteile des Bundesgerichts 8C_889/2008 vom 9. April 2009 E. 3.3.1 und U 224/06 E. 3.5; je mit Hinweisen).

5.

5.1.

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Aktenbeurteilung von Dr. med. M. um einen vertrauensärztlichen Bericht handelt, der – ohne Durchführung des Verfahrens gemäss Art. 44 ATSG – von einem externen Arzt erstellt wurde. Dieser ist gleich zu werten wie eine versicherungsinterne Beurteilung, was es rechtfertigt, ihm die Beweiskraft eines versicherungsinternen Berichtes zukommen zu lassen (vgl. zum Ganzen Urteile des Bundesgerichts 9C_580/2018 vom 14. November 2018 E. 4.1 und 8C_682/2017 vom 14. Februar 2018 E. 5 mit Verweis auf BGE 135 V 465).

5.2.

Aufgrund der Aktenlage erweist sich das Abstellen auf eine reine Aktenbeurteilung, wie sie Kreisarzt med. pract. D. in seiner Stellungnahme vom 17. Februar 2021 vorgenommen hat, als zulässig. Insbesondere ergibt sich aus den auf persönlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin beruhenden

den sowie ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status zeigenden Akten mit zahlreichen klinischen und apparativen Untersuchungsbefunden ein feststehender medizinischer Sachverhalt, womit sich weitere Untersuchungen erübrigen (vgl. dazu vorne E. 4.3.). Die kreisärztliche Stellungnahme ist zudem umfassend, berücksichtigt die massgebenden Beschwerden sowie sämtliche Vorakten und ist in ihrer Beurteilung des medizinischen Sachverhalts einleuchtend begründet (vgl. dazu vorne E. 4.1.).

5.3.

Soweit med. pract. D. in der Beurteilung vom 18. Februar 2021 davon ausgeht, dass die am 6. Mai 2019 durchgeführte Operation des rechten Kniegelenks mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht auf den Unfall vom 5. Oktober 2018 zurückzuführen sei und die Distorsionsfolgen am rechten Knie der Beschwerdeführerin innerhalb von 4-6 Wochen vollständig abgeheilt seien, steht dem einzig die Beurteilung von Dr. med. E. vom 22. April 2020 entgegen (VB SU 78/6; VB SU 61/5). Weder im Befundbericht der MRI-Aufnahmen des rechten Knies vom 18. Oktober 2018 noch in den Berichten über die CT-Aufnahme und Ganzbeinaufnahme des rechten Knies vom 2. Januar 2019 wurden Hinweise auf eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes festgestellt (VB SU 15 f.; 19). Des Weiteren lassen auch die Berichte des behandelnden Arztes Dr. med. L. vom 19. Dezember 2018 und 3. Januar 2019, welcher insbesondere keine anamnestischen Angaben bezüglich des Ereignisses vom 5. Oktober 2018 machte, nicht auf eine beim Unfall vom 5. Oktober 2018 erlittene Ruptur des vorderen Kreuzbandes schliessen (VB SU 2; 9). Auch Dr. med. M. konnte im fachradiologischen Gutachten vom 10. Februar 2021 keine Hinweise für ein stattgehabtes Trauma in den Weichteilen oder im Knochenmark feststellen (VB SU 76/2).

Der Bericht von Dr. med. E. vermag somit keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellung von med. pract. D. in dessen Aktenbeurteilung zu begründen. Diese ist damit als beweiskräftig anzusehen, zumal die weiteren Akten ebenfalls keine diesbezüglichen Zweifel zu begründen vermögen (vgl. vorne E. 4.2.). Es ist demnach auf die Schlussfolgerung in der erwähnten Aktenbeurteilung von med. pract. D. abzustellen, wonach die am 6. Mai 2019 durchgeführte Operation des rechten Kniegelenks (VKB-Revision mit Bohrkanalauffüllung) nicht auf den Unfall vom 5. Oktober 2018 zurückzuführen ist und die Folgen der damals erlittenen Distorsion am rechten Kniegelenk der Beschwerdeführerin innerhalb von 4-6 Wochen vollständig abgeheilt sind.

Die mit Einspracheentscheid vom 12. Juli 2021 per 16. November 2018 erfolgte Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin 2 ist folglich nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 22. Juli 2021 ist daher abzuweisen.

5.4.

Hingegen kann den Ausführungen der Beschwerdegegnerin 1 nicht gefolgt werden, wonach die vorliegenden Arztberichte bzw. versicherungsinternen Beurteilungen der Beschwerdegegnerin 2 eine abschliessende Beurteilung der Kausalität der bei ersterer versicherten Unfälle vom 7. März 2007 und 20. April 2010 für die über den 16. November 2018 hinaus persistierenden Beschwerden am rechten Knie und damit ihrer entsprechenden Leistungspflicht unter dem Titel "Rückfall" zulassen. So führte med. pract. D. in der Beurteilung vom 18. Februar 2021 aus, dass es sich bei den beschriebenen strukturellen Veränderungen – in Bezug auf den Unfall vom 5. Oktober 2018 – eindeutig um degenerative, postoperative, multiple und vorbestehende Veränderungen des rechten Kniegelenks handle, ohne dass weitere Abgrenzungen oder Konkretisierungen vorgenommen wurden (vgl. VB SU 78/7). In Anbetracht dessen gilt es insbesondere auch darauf hinzuweisen, dass sich med. pract. D. als Kreisarzt der Beschwerdegegnerin 2 im Rahmen des Untersuchungsauftrages lediglich mit der Frage des Vorliegens von Folgen des Ereignisses vom 5. Oktober 2018 auseinandersetzte und nicht mit derjenigen der Ursächlichkeit der bei der Beschwerdegegnerin 1 versicherten Ereignissen für die noch über den 16. November 2018 hinaus anhaltende Kniesymptomatik rechts (vgl. "Grund der Vorlage" VB SU 78/1). Diesbezüglich ist der kreisärztlichen Beurteilung immerhin zu entnehmen, dass die rechtsseitigen Kniebeschwerden durch die vorbestehenden degenerativen Veränderungen und vorbestehende VKB-Insuffizienz bei St. n. VKB-Rekonstruktion mit Teilmeniskektomie des Korbhakens von 2011 und bei St. n. Mikrofrakturierung des medialen Femurkondylus von 2017 erklärbar seien (VB SU 78/6f.). Wie die Beschwerdeführerin zu Recht vorbringt (Beschwerde vom 12. Juli 2021, S. 5), besteht somit die Möglichkeit, dass die weiterhin bestehenden Kniebeschwerden Folge der durch die Beschwerdegegnerin 1 veranlasste VKB-Rekonstruktion ist, was aber in medizinischer Hinsicht bislang nicht abgeklärt wurde.

Der medizinische Sachverhalt erweist sich damit im Lichte der Untersuchungsmaxime (vgl. E. 2.3. hiervor) als ungenügend abgeklärt, weshalb nicht abschliessend über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin 1 entschieden werden kann. Die Beurteilung der strittigen Frage des Vorliegens eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den Beschwerden am rechten Knie und den bei der Beschwerdegegnerin 1 versicherten Ereignissen ist wegen unzureichender Abklärungen der Beschwerdegegnerin 1 nicht möglich. Der Einspracheentscheid vom 10. Juni 2021 ist daher in teilweiser Gutheissung der Beschwerde vom 12. Juli 2021 aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin 1 zurückzuweisen.

6.

6.1.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

6.2.

Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz ihrer richterlich festzusetzenden Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG), gilt doch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks Vornahme ergänzender Abklärungen als anspruchsbegründendes Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235).

6.3.

Der Beschwerdegegnerin 2 steht aufgrund ihrer Stellung als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf Parteientschädigung zu.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde vom 12. Juli 2021 wird der Einspracheentscheid vom 10. Juni 2021 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen sowie zur neuerlichen Entscheidung an die Beschwerdegegnerin 1 zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerde vom 22. Juli 2021 gegen den Einspracheentscheid vom 12. Juli 2021 wird abgewiesen.

3.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

4.

Die Beschwerdegegnerin 1 wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin die Parteikosten in richterlich festgesetzter Höhe von Fr. 2'450.00 zu bezahlen.

Zustellung an:

die Beschwerdeführerin (Vertreter; 2-fach)

die Beschwerdegegnerin 1

die Beschwerdegegnerin 2

das Bundesamt für Gesundheit

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Aarau, 4. April 2022

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

4. Kammer

Der Präsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Roth

Fricker

