VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Dr. iur. Matthias Suter
Gerichtsschreiberin: MLaw Andrea Henggeler

U R T E I L vom 12. September 2022 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A._____
Beschwerdeführerin
vertreten durch RA MLaw B._____

gegen

Visana Versicherungen AG, Weltpoststrasse 19, Postfach, 3000 Bern 15
Beschwerdegegnerin

betreffend

Unfallversicherung
(Leistungen)

S 2020 155

A. Die 1984 geborene A._____ war als Pflegefachfrau bei der C._____ AG angestellt und in dieser Eigenschaft obligatorisch bei der Visana Versicherungen AG (nachfolgend Visana) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als der Unfallversicherung am 23. Februar 2018 gemeldet wurde, die Versicherte sei am 6. Februar 2018 beim Abtrocknen in der Badewanne ausgerutscht. Sie habe sich dabei das rechte Knie verdreht (UV-act. 53). Die Erstbehandlung erfolgte im D._____, wo am 27. Februar 2018 eine MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks durchgeführt wurde (UV-act. 8). Da aufgrund einer seit 2015 einliegenden femoropatellaren Prothese eine genaue Beurteilung im MRI nicht möglich war, übernahm die Visana die Kosten für die am 21. März 2018 in der E._____ durchgeführte Arthroskopie des rechten Knies im Sinne einer erweiterten Diagnostik (UV-act. 10 und 14). Bei diesem Eingriff zeigte sich ein Riss im Bereich der Aufhängung am Hinterhorn, weshalb auch eine Naht des medialen Meniskus gesetzt wurde (UV-act. 15). In der Folge kam es zu einem intraartikulären Infekt mit weiteren Eingriffen (16. April 2018: Punktion und Infiltration [UV-act. 19]; 2. Mai 2018: Arthroskopie, Biopsieentnahme und Infiltration [UV-act. 24]; 9. Mai 2018: offene Revision und Biopsieentnahme [UV-act. 25]) und einer Hospitalisation in der F._____ vom 11. Mai bis 11. Juni 2018 (UV-act. 72/1). Im weiteren Verlauf wurden diverse weitere Eingriffe durchgeführt (4. September 2018: sekundärer Patellarückflächenersatz und mediale Teilmeniskusresektion [UV-act. 83/1]; 26. Februar 2019: Implantation einer Knietotalprothese [UV-act. 105/1]; 7. Mai 2019: Punktion und Entnahme von drei Synovialbiopsien [UV-act. 108/2]; 13. September 2019: Arthroskopie und Biopsieentnahme [UV-act. 119/2]; 21. November 2019: Knietotalprothesenrevision, Biopsieentnahme und Inlaywechsel [vgl. UV-act. 125]; 15. Dezember 2019: offene Revision, Debridement, Bakteriologie und Inlaywechsel [UV-act. 124]; 19. Dezember 2019: Inlaywechsel [vgl. UV-act. 125]; 20. Juni 2020: Prothesenwechsel [UV-act. 141/1]). Mit Verfügung vom 22. Februar 2019 schloss die Visana den Fall unter Einstellung der Versicherungsleistungen per 11. Juni 2018 (Datum des Austritts aus der F._____) ab (UV-act. 89). Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 22. Oktober 2020 vollumfänglich fest (UV-act. 151).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 19. November 2020 liess A._____ beantragen, der Einspracheentscheid vom 22. Oktober 2020 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin anzuweisen, im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 6. Februar 2018 auch nach dem 11. Juni 2018 Leistungen nach UVG auszurichten, insbesondere Übernahme der Heilkosten und Ausrichtung von Taggeldern. Eventualiter sei die Angelegenheit zur rechtsgenüglichen Abklärung des relevanten Sachverhalts an

die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, der Status quo sine vel ante sei mit Austritt aus der F._____ nicht erreicht gewesen. Vielmehr habe die eigentliche unfallbedingte Leidensgeschichte danach erst angefangen. Die Beschwerdegegnerin lege auch nicht dar, dass und inwiefern jede kausale unfallbedingte Unfallursache während der Hospitalisation in der F._____ dahingefallen sei. Die Beschwerdegegnerin gehe einzig und alleine aufgrund der Tatsache, dass während er Hospitalisation kein Erreger habe nachgewiesen werden können, davon aus, dass der definitive medizinische Endzustand erreicht worden sei. Aktenkundig sei jedoch, dass Beschwerden vorhanden gewesen seien, die nicht eindeutig haben erklärt werden können. Damit sei das Dahinfallen der unfallkausalen Gründe nicht belegt, zumal die initiale intraartikuläre Infektion unfallkausal gewesen sei, was von der Beschwerdegegnerin anerkannt worden sei. Im Weiteren habe sich die Beschwerdegegnerin einzig und alleine auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes, Dr. G._____, gestützt. Im vorliegenden Fall genüge diese Beurteilung offenkundig nicht, um dem Untersuchungsgrundsatz nach Art. 43 ATSG Genüge zu tun (act. 1).

C. Mit Vernehmlassung vom 4. Februar 2021 beantragte die Visana die Abweisung der Beschwerde. Begründend wurde ausgeführt, sie, die Beschwerdegegnerin, habe sich im angefochtenen Einspracheentscheid in medizinischer Hinsicht auf die Beurteilungen von Dr. G._____ abgestützt. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilungen sprechen würden, seien nicht ersichtlich. Anlässlich der Hospitalisation im F._____ hätten keine Infektionen mehr festgestellt werden können. Deswegen sei Dr. G._____ zum Schluss gekommen, dass der medizinische Endzustand in Bezug auf die diagnostische Arthroskopie vom 21. März 2018 am 11. Juni 2018, Datum des Austritts aus dem F._____, erreicht worden sei. Diese Schlussfolgerung sei aufgrund der Akten nachvollziehbar und begründet. Zu berücksichtigen sei zudem, dass das Ereignis vom 6. Februar 2018 ein Knie betroffen habe, das in den Jahren 2011 bis 2015 mehrfach operativ habe behandelt werden müssen (mit Infektkomplikationen), bis im April 2015 eine femoropatellare Teilprothese eingesetzt worden sei und dadurch die Schmerzen aufgehört hätten. Gemäss eigenen Angaben der Beschwerdeführerin habe sie seit dem Unfallereignis vom 6. Februar 2018 dieselben Schmerzen wie in der Zeit von 2011 bis 2015 verspürt. Gemäss Dr. G._____ hätten diese Schmerzen demzufolge nur wieder von einer femoropatellaren Problematik und nicht vom medialen femorotibialen Kompartiment, welches die Ärzte aber unfallbedingt als verletzt erachtet und behandelt hätten, herrühren können. Diese Schlussfolgerung sei begründet, habe sich doch in der

Folge gezeigt, dass sämtliche Behandlungen im medialen Kompartiment keine Besserung gebracht hätten. Die Schmerzen seien unverändert bestehen geblieben. Abschliessend ging die Beschwerdegegnerin mit Dr. G._____ davon aus, dass das Ereignis vom 6. Februar 2018 zu keinen objektivierbaren strukturellen Veränderungen von potentiell dauerhaftem Charakter geführt habe. Beim Unfall sei es zu einer Distorsion mit einer vorübergehenden Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes gekommen. Ohne den Eingriff vom 21. März 2018 wäre der Status quo innert drei Monaten erreicht gewesen. Der definitive medizinische Endzustand sei in Bezug auf die diagnostische Arthroskopie vom 21. März 2018 am 11. Juni 2018, Datum des Austritts aus dem F._____, erreicht gewesen. Die ab dem 11. Juni 2018 durchgeführten Untersuchungen, Behandlungen, Operationen und eingeholten Meinungen bei zahlreichen Fachspezialisten seien überwiegend wahrscheinlich ausschliesslich auf den degenerativen Vorzustand zurückzuführen (act. 4).

D. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren Anträgen und Begründungen fest (act. 7 und 10). Auf den Inhalt der Eingaben wird – soweit notwendig – erwägungsweise einzugehen sein.

E. Mit Akteneditionsbegehren vom 17. Dezember 2021 forderte das Gericht die IV-Stelle Zug auf, das betreffende Aktendossier zur Einsicht zukommen zu lassen (act. 12). Die entsprechenden Akten gingen daraufhin am 28. Dezember 2021 beim Gericht ein (act. 13).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (in casu 22. Oktober 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Art. 82a ATSG sieht vor, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt. Die hier zu beurteilende Beschwerde wurde am 19. November 2020 der Post übergeben, weshalb die bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen Normen des ATSG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1]). Örtlich zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Die Beschwerdeführerin hat Wohnsitz in H._____, ZG. Damit ist das Verwaltungsgericht des Kantons Zug in Anwendung von § 4 Abs. 1 lit. b der kantonalen Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung (BGS 842.5) örtlich und sachlich zuständig. Die Beschwerdegegnerin erliess den vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid am 22. Oktober 2020. Dieser ging dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin am 23. Oktober 2020 zu. Die Beschwerdeschrift wurde am 19. November 2020 der Post übergeben und ging tags darauf beim Verwaltungsgericht ein. Damit gilt die Beschwerde als rechtzeitig i.S.v. Art. 60 Abs. 1 ATSG eingereicht. Die Beschwerdeschrift entspricht sodann den formellen Anforderungen an eine Beschwerde und die Beschwerdeführerin ist als von der Verfügung des Unfallversicherers direkt Betroffene zur Beschwerde legitimiert. Somit ist die Beschwerde vom Gericht zu prüfen. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3.

3.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt nebst dem Vorliegen eines Unfalls (Art. 4 ATSG) oder einer körperähnlichen Schädigung (Art. 6 Abs. 2 UVG) zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) 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 bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann.

Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1).

3.2 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. 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 im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 139 V 176 E. 5.3) nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren

haben, also dahingefallen sind (BGer 8C_160/2012 vom 13. Juni 2012 E. 2 mit Hinweisen).

Medizinische Erfahrungssätze können, zumindest soweit sie der herrschenden Lehrmeinung entsprechen, im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden (BGer 8C_346/2008 vom 11. November 2008 E. 3.2.1).

3.3 Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallen ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen. Dabei ist zu beachten, dass ärztliche Auskünfte, die allein auf der Argumentation beruhen, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien erst nach dem Unfall aufgetreten, beweisrechtlich nicht zu verwerten sind (BGer 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.3.1; vgl. zur Unzulässigkeit der Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc": BGE 119 V 335 E. 2b/bb).

3.4 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2).

3.5 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger

Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen; BGer 8C_348/2016 vom 9. Dezember 2016 E. 2.4).

4.

4.1 Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass die Beschwerdeführerin am 6. Februar 2018 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat. Die Beschwerdegegnerin hat denn zunächst auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist demgegenüber, ob die Beschwerdeführerin auch nach der von der Beschwerdegegnerin per 11. Juni 2018 verfügten Leistungseinstellung weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Hierzu stellt sich die Frage nach dem Kausalzusammenhang. Den Akten ist im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

4.1.1 Mit Bagatellunfall-Meldung UVG vom 23. Februar 2018 meldete die C._____ AG der Visana, dass ihre Angestellte am 6. Februar 2018 beim Abtrocknen in der Badewanne ausgerutscht sei und sich dabei das rechte Knie verdreht habe (UV-act. 53).

4.1.2 Die Erstbehandlung erfolgte im D._____. Am 27. Februar 2018 wurde eine MRI-Untersuchung des rechten Knies durchgeführt. Soweit beurteilbar, konnte dabei keine Meniskusläsion oder eine Läsion der Kreuz- und Seitenbänder nachgewiesen werden. Eine Beurteilung war deshalb nur eingeschränkt möglich, da aufgrund der zum damaligen Zeitpunkt bereits eingesetzten Teilprothese Auslöschungsartefakte vorhanden waren (UV-act. 8).

4.1.3 Ab dem 8. März 2018 wurde die Versicherte in der E._____ weiterbehandelt. Dabei wurde die Verdachtsdiagnose einer Aufhängungsläsion des medialen Meniskushinterhornes gestellt und darauf hingewiesen, dass dieser Verdacht nur arthroskopisch bestätigt werden könne (UV-act. 9). Dementsprechend wurde am 21. März 2018 in der E._____ eine Arthroskopie des rechten Knies durchgeführt. Dabei bestätigte sich der Verdacht und es wurde eine Naht des medialen Meniskus gesetzt (UV-act. 15). Danach war die Versicherte zunächst weitgehend beschwerdefrei. Nach ca. zwei Wochen wurde die Versicherte am 16. April 2018 aufgrund zunehmender Schmerzen

erneut in der E._____ vorstellig, wo am gleichen Tag eine Punktion am rechten Knie und eine Infiltration mit Kenacort und Ropivacain durchgeführt wurden (UV-act. 19). Während der Wirkdauer des Ropivacains zeigte sich eine Schmerzfreiheit. Anschliessend traten wieder massive Schmerzen auf, weshalb die Versicherte stationär aufgenommen werden musste. Eine weitere MRI-Diagnostik brachte keinerlei Hinweise auf eine Pathologie. Bei unklarer Situation, jedoch massiven Schmerzen wurde am 2. Mai 2018 eine erneute Arthroskopie mit Biopsieentnahme, Entfernung von Adhäsionen, Entfernung des Nahtmaterials und Infiltration von Triamject durchgeführt (UV-act. 24). Die Biopsien am 16. April und 2. Mai 2018 zeigten eine Knieinfektion mit dem Propionibacterium acnes. Die behandelnden Ärzte der E._____ entschieden sich daher zu einer offenen Revision des rechten Kniegelenks, welche am 9. Mai 2018 durchgeführt wurde, und anschliessendem Beginn mit Antibiotikatherapie (UV-act. 25). In der Folge wurde die Versicherte ins F._____ zur infektiologischen Betreuung und Therapie, Abklärung der Penicillinallergie und Schmerztherapie verlegt (UV-act. 41). Die Hospitalisation in der F._____ dauerte vom 11. Mai bis 11. Juni 2018. Gemäss Austrittsbericht vom 11. Juni 2018 konnten in den Biopsien vom 9. Mai 2018 und ebenso nach der PCR-Untersuchung keine Keime nachgewiesen werden. Am 14. Mai 2018 konnte daher die Vancomycin-Therapie gestoppt werden (UV-act. 72/1).

4.1.4 Am 4. September 2018 wurden in der I._____ aufgrund der patellofemoralen Arthrose nach langjähriger patellofemoraler Instabilität ein sekundärer Rückflächenersatz der patellofemoralen Prothese und eine mediale Meniskusteilresektion vorgenommen (UV-act. 83/1).

4.1.5 Am 6. November 2018 wurde die Versicherte in der J._____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, durch Dr. med. K._____ untersucht. Er riet dringend von einem weiteren operativen Schritt mit Einsetzen einer allfälligen Knietotalprothese ab. Er beurteilte die Arthrose für keineswegs prothesenwürdig und empfahl die stationäre Rehabilitation in einer Schmerzklinik mit Versuch der zunehmenden Vollbelastung, gegebenenfalls über einen Femoraliskatheter mit zusätzlichem Angehen einer sicher latent vorhandenen Schmerzverarbeitungsstörung (UV-act. 82).

4.1.6 Die Versicherte wünschte weiterhin den Einsatz einer Totalprothese, weswegen eine Zweitmeinung bei Chefarzt PD Dr. med. L._____ des M._____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, eingeholt wurde. Am 22. November 2018 fand die Konsultation statt. Dabei sahen die Ärzte keine Indikation zur totalendoprothetischen

Versorgung als gegeben und schlugen nochmals konservative Behandlungsmöglichkeiten vor. Beurteilend wurde ausgeführt, es bestehe eine komplexe, schwierige Situation bei Status nach multiplen Voreingriffen am Kniegelenk. Die Patientin habe sich explizit mit dem Wunsch zur Knie-totalendoprothetischen Versorgung vorgestellt. Sie erhoffe sich dadurch eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität und eine Reduktion der heftigen Schmerzen. Möglicherweise sei in der Tat ein Teil der Beschwerden auf eine meniskoprive Situation zurückzuführen, dies bei Status nach ausgedehnter Teilmeniskektomie. In der MRI-Untersuchung vom Juli 2018 würden sich jedoch noch relativ gute Knorpelverhältnisse ohne wesentliche Degenerationen des medialen femorotibialen Gelenkes finden. Es sei daher versucht worden, der Patientin zu erklären, dass ein Kniegelenkersatz eigentlich nicht der richtige Eingriff sei, um den fehlenden Meniskus zu ersetzen. Da eine signifikante Abnutzung des Knorpels fehle, sei davon auszugehen, dass ein solcher Eingriff den Ansprüchen der Patientin nicht genügen werde. Die Patientin sei unglücklich über die Tatsache, dass ihr nicht die Durchführung eines Gelenkersatzes vorgeschlagen werde. Gerade im Kontext, dass im Vorfeld nach den Eingriffen mehrere Infekte aufgetreten seien, sei auch hier äusserste Vorsicht geboten (UV-act. 80).

4.1.7 Auf ausdrücklichen Wunsch der Versicherten und auf ihr Risiko erklärte sich PD Dr. med. N._____ schliesslich bereit, die Implantation einer Totalprothese vorzunehmen. Im Bericht vom 9. Januar 2019 wies PD Dr. N._____ indes noch einmal darauf hin, dass rein radiologisch und auch in der Arthroskopie die Knorpeldefekte am medialen und lateralen Hauptgelenk nicht in der Lage seien, die von der Patientin geäusserten starken Schmerzen hervorzurufen. Er habe der Patientin nochmals erklärt, dass normalerweise eine Knietotalprothese erst für ein Alter ab 55+ zur Auswahl stehe. Implantationen im jüngeren Alter führten dazu, dass Patienten trotzdem weiterhin Schmerzen und Schwellneigung sowie Fremdkörpergefühl hätten. Die Patientin möchte unbedingt das Risiko tragen und die Implantation einer Totalprothese möglichst rasch durchführen lassen (UV-act. 81). Die Implantation der Totalprothese fand schliesslich am 26. Februar 2019 statt. Im entsprechenden Operationsbericht wurde explizit erwähnt, dass die Indikation zur Implantation einer Knietotalprothese durchaus im vollen Bewusstsein gestellt worden sei, dass rein radiologisch das Femorotibialgelenk noch gut erhalten sei, jedoch aufgrund des Status nach medialer Meniskusnaht und an Infektion und mehrfachen Revisionen eine funktionelle Insuffizienz der bestehenden Knorpelschicht vorliegen müsse, da ansonsten die Schmerzen der Patientin nicht nachvollzogen werden könnten (UV-act. 105/1).

4.1.8 In der Folge litt die Versicherte an rezidivierenden Fieberschüben. Internistische Abklärungen, die der Hausarzt veranlasste, waren ohne Befund. Deshalb wurde am 7. Mai 2019 eine offene Synovialbiopsie und Arthrotomie durchgeführt (UV-act. 108/2). Die intraoperativen Befunde sprachen nicht für eine Infektion. Die Biopsie ergab ein negatives Bakteriologieergebnis (vgl. UV-act. 132/6).

4.1.9 Während des Aufenthalts in der O._____ vom 15. Mai bis 19. Juni 2019 wurden zahlreiche Abklärungen und Therapien durchgeführt (UV-act. 132/6). Doktor med. P._____, Facharzt für Orthopädie und Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, kam in seinem orthopädischen Konsilium vom 13. Juni 2019 zum Schluss, dass es sich in Kenntnis der seit über acht Jahren andauernden Kniegelenksanamnese sowie im Wissen um eine zweimalige Infektlage am ehesten um eine synoviale Reaktion bzw. einen residuellen synovialen Reizzustand handle. Diese synoviale Reizung könne unter Umständen auch als Memory-Effekt verstanden werden nach der langjährigen Infektanamnese. Aus der Erfahrung habe er auch nach Implantation von Totalendoprothesen Effekte ähnlicher Art immer wieder gesehen. Nachdem alle Entzündungsparameter stabil gewesen sind, schlug Dr. P._____ der Patientin vor, bei PD Dr. med. Q._____ aus der R._____ eine Zweitmeinung einzuholen (UV-act. 132/8).

4.1.10 Ende Juni 2019 suchte die Versicherte notfallmässig die R._____ auf. Es wurden am 1. Juli 2019 ein Kniepunktat, ein Orthoradiogramm sowie ein MRI durchgeführt. Im MRI und in der Punktion konnte ein Infekt des Knies ausgeschlossen werden. Eine klare Ursache für das persistierende Auftreten von Fieber und Schüttelfrost konnte nicht gefunden werden, weshalb eine weitere internistische stationäre Aufnahme zur weiteren Diagnostik und Behandlung empfohlen wurde. Aus Knie-chirurgischer Sicht sahen die Ärzte keine Verbesserungsmöglichkeiten (UV-act. 132/5).

4.1.11 In der Folge wünschte die Versicherte eine Zweitmeinung bei Dr. med. S._____ einzuholen (UV-act. 109). Anlässlich der Untersuchung vom 16. August 2019 stellte Dr. S._____ den hochgradigen Verdacht auf einen Protheseninfekt. Anamnestisch wurde darauf hingewiesen, dass die Versicherte seit dem Absetzen der Antibiose nach Knie-TP-Implantation vom 26. Februar 2019 immer wieder Fieber und eine Schwellung im Kniegelenk habe. Während den ersten zwei Wochen unter Antibiose sei die Patientin beschwerdefrei gewesen. Sie habe kein Fieber und eine sehr

gute Beweglichkeit des Knies gehabt. Beurteilend wies Dr. S._____ darauf hin, dass bis anhin alle Proben negativ gewesen seien. Trotzdem denke er, dass eine weitergehende Therapie im Sinne einer Revision rechts durchgeführt werden müsste. Doktor S._____ überwies die Versicherte an PD Dr. med. T._____, Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie (UV-act. 112).

4.1.12 Am 13. September 2019 wurde durch Dr. T._____ eine Kniearthroskopie mit Biopsieentnahme durchgeführt (UV-act. 119/2). Das Ergebnis dieser Biopsien fiel negativ aus (vgl. UV-act. 119/3–119/7 und 120/3). Doktor T._____ konnte jedoch einen Low Grade Infekt nicht ausschliessen, da die Versicherte intermittierende Fieberschübe beklagte, die sich nach Antibiotikagabe verbesserten. Er überwies die Versicherte in der Folge zur weiteren Abklärung an das U._____ (UV-act. 120/3). Dort wurde am 21. November 2019 bei Verdacht auf Low Grade Infekt eine Knietotalprothesenrevision durchgeführt. Ein Infekt konnte damals ausgeschlossen werden (vgl. UV-act. 125).

4.1.13 Vom 28. November bis 14. Dezember 2019 war die Versicherte in der stationären Rehabilitation in der O._____. Bei Eintritt zeigte sie sich in gutem Allgemeinzustand, aber dekonditioniert und psychisch angeschlagen. Gemäss den Ärzten der O._____ gestaltete sich der Rehabilitationsverlauf erschwert. Die Patientin war trotz initial negativem Infekt-Befund nach der Operation vom 21. November 2019 unverändert der festen Überzeugung, dass das Knie wieder ausgebaut werden müsse. Alle laborchemisch und klinisch blanden Befunde sowie der Operationsbericht und die intraoperativ erhobenen negativen Befunde einschliesslich negativer Sonifikation vermochten es nicht, die Patientin vom Gegenteil zu überzeugen. Am 14. Dezember 2019 wurde die Versicherte bei steigendem CRP (Entzündungsparameter) und Schüttelfrost mit Fieber sowie einer vermehrten Schwellung und Überwärmung im rechten Knie notfallmässig zurück ins U._____ verlegt (Bf-act. 3). Am 14. Dezember 2019 erfolgte eine Kniegelenkspunktion, ein klinisch-labortechnischer Ausschluss einer weiteren Infektionsquelle sowie die serologische Verlaufskontrolle. Aufgrund des Ergebnisses der Kniegelenkspunktion wurde am 15. Dezember 2019 eine erneute offene Knietotalprothesenrevision mit Probeentnahme zur mikrobiologischen Untersuchung, Débridement und Inlaywechsel durchgeführt. Im weiteren Hospitalisationsverlauf präsentierten sich die Punktions- und Biopsieresultate positiv auf Enterobacter cloacae. Am 19. Dezember 2019 erfolgte ein weiterer Inlaywechsel. Schliesslich konnte die Versicherte am 6. Januar 2020 in die O._____ entlassen werden (UV-act. 125).

4.1.14 Am 24. April 2020 konsultierte die Versicherte mit dem Wunsch eines erneuten Prothesenwechsels Dr. med. V._____ des W._____. Gemäss gleichentags verfasster Aktennotiz von Dr. V._____ erscheine ein Prothesenwechsel wenig aussichtsreich aufgrund der vorangegangenen drei Infektionen mit Problemkeimen. Möglicherweise sei eine Arthrodese des Kniegelenks am sinnvollsten. In der Folge überwies Dr. V._____ die Versicherte wieder ans U._____ zur weiteren Abklärung des infektiologischen Geschehens und zur Therapieplanung (UV-act. 131/2 f.).

4.1.15 Am 20. Juni 2020 erfolgte in der Privatklinik X._____, Y._____, eine vollständige Entfernung aller Prothesenanteile und eine Reimplantation einer zementfreien Totalprothese im rechten Knie. Gemäss Bericht der Privatklinik gilt die Diagnose eines chronischen Protheseninfekts als verifiziert (UV-act. 141/1).

4.1.16 Vom 20. August bis 18. September 2020 befand sich die Versicherte schliesslich erneut stationär in der O._____ (Bf-act. 4).

4.2 Zur Beurteilung der Kausalität legte die Visana die medizinischen Akten mehrfach ihrem beratenden Arzt, Dr. med. G._____, FMH Orthopädische Chirurgie, vor.

4.2.1 Beurteilend hielt Dr. G._____ am 2. Oktober 2018 fest, die Versicherte habe am 6. Februar 2018 ein distorsionelles Trauma des rechten Kniegelenks erlitten, woraufhin Schmerzen persistiert hätten. Im Rahmen der folgenden Abklärungen sei auch eine MRT durchgeführt worden, deren Beurteilbarkeit aufgrund einer liegenden femoropatellaren Prothese erschwert gewesen sei. Im Folgenden seien Veränderungen am medialen Meniskus in den Fokus gerückt, die zwar bildgebend durchaus sichtbar gewesen seien, allerdings in vergleichbarer Weise bereits 2014 vorgelegen und auch eine partielle mediale Meniskektomie mit sich gebracht hätten. Obwohl präoperativ somit keine Hinweise auf unfallkausale strukturelle Veränderungen vorgelegen hätten, habe sich die Visana in Anbetracht der erschwerten Bildbeurteilung entgegenkommenderweise bereit erklärt, die Kosten für eine diagnostische Arthroskopie zu übernehmen und nach dem Eingriff über eine allfällige weitere Kostenübernahme zu entscheiden. Bei der Operation vom 21. März 2018 hätten sich dann zwar Veränderungen am medialen Meniskushinterhorn gezeigt, ohne dass sich aber Hinweise darauf ergeben hätten, dass diese jüngeren Datums und somit eine Folge des Ereignisses vom 6. Februar 2018 seien. Das Vorliegen von unfallkausalen Strukturalterationen habe sich somit intraoperativ definitiv ausschliessen lassen, sodass zu diesem Zeitpunkt theoretisch von einem Status quo sine hätte

ausgegangen werden können. Im Verlauf sei es dann jedoch leider zur Entwicklung eines intraartikulären Infekts gekommen, der überwiegend wahrscheinlich eine Folge des Eingriffs vom 21. März 2018 gewesen sei. Trotz des Fehlens von behandlungsbedürftigen Strukturalterationen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 6. Februar 2018 sei der folgende ungünstige Verlauf somit nach wie vor eine indirekte Folge davon gewesen, nachdem die Indikation für die erwähnte Operation von der Visana als unfallkausal akzeptiert worden sei.

Weiter wies Dr. G._____ darauf hin, dass bei der Versicherten ein Zustand nach mehreren Voroperationen am rechten Knie, unter anderem mit einer partiellen Meniskektomie, aber auch mit der Implantation einer femoropatellaren Prothese, vorliege. Für ihn würden sich keine Hinweise darauf ergeben, dass das Ereignis vom 6. Februar 2018 zu neuen strukturellen Veränderungen im Sinne einer richtunggebenden Verschlimmerung geführt hätte. Vielmehr sei es zu einer schmerzhaften Aktivierung des erwähnten pathologischen Vorzustandes im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung gekommen und es sei als überwiegend wahrscheinlich anzusehen, dass sich ohne spezifische Behandlungen innert einiger Wochen bis weniger Monate ein Status quo sine entwickelt hätte. Nachdem die Operation vom 21. März 2018 aber als unfallkausal eingestuft worden sei und sich in deren Folge zudem ein intraartikulärer Infekt entwickelt habe, sei ein Status quo sine lebenslang kaum mehr erreichbar (UV-act. 61).

4.2.2 In einer weiteren Beurteilung vom 30. Januar 2019 führte Dr. G._____ aus, im weiteren Verlauf sei es zu verstärkten Schmerzen gekommen, die auf das Vorliegen eines intraartikulären Infekts zurückgeführt worden seien, womit wiederum ein kausaler Zusammenhang zur Operation vom 21. März 2018 gegeben gewesen wäre. Dies habe zu weiteren Abklärungen und letztlich zu einer erneuten Intervention am 9. Mai 2018 geführt, bei der auch Gewebeproben zur histologischen und bakteriologischen Aufarbeitung entnommen worden seien. Vor dem Erhalt des definitiven Ergebnisses sei im F._____ eine probatorische antibiotische Therapie unter stationären Bedingungen durchgeführt worden. Im Rahmen der bakteriologischen Untersuchung habe sich ein Infekt letztlich jedoch nicht nachweisen lassen, sodass auch die Antibiose per 23. Mai 2018 gestoppt worden sei. Die Hospitalisation sei danach noch bis am 11. Juni 2018 fortgeführt worden, ohne dass sich jedoch für die weiterhin bestehenden Schmerzen eine eindeutige Erklärung habe finden lassen. Somit sei auch in Bezug auf den Eingriff vom 21. März 2018 spätestens mit dem Austritt aus dem F._____ am 11. Juni 2018 der definitive medizinische Endzustand eingetreten. Sämtliche in der Folge durchgeführten Abklärungen

und Behandlungen seien somit überwiegend wahrscheinlich ausschliesslich auf unfallfremde Gründe zurückzuführen (UV-act. 86).

4.2.3 Am 28. Mai 2019 nahm Dr. G._____ zu den neu eingegangenen Unterlagen und der Einsprache der Versicherten Stellung und führte aus, obwohl die Bilder der MRT vom 27. Februar 2018 aufgrund der einliegenden femoropatellaren Prothese erschwert zu beurteilen gewesen seien, habe der mediale Meniskus korrekt eingesehen werden können und dabei hätten sich auch Alterationen gezeigt. Diese seien aber in vergleichbarer Weise bereits auf ebenfalls zur Verfügung stehenden MRT-Bildern von 2014 zu sehen gewesen und deshalb als unfallfremd zu bewerten. Im Sinne einer vertieften Abklärung habe die Visana zwar eine Kostengutsprache für die Arthroskopie vom 21. März 2018 abgegeben, worin sich auch die Läsion am medialen Meniskus bestätigt habe. Dabei habe sich aber auch intraoperativ kein Hinweis dafür ergeben, dass es sich um eine frische Läsion gehandelt habe, sodass diese weiterhin als bereits vorbestehend und damit in Bezug auf das Ereignis vom 6. Februar 2018 auch als unfallfremd zu betrachten gewesen sei. Der Verlauf im Nachgang zu diesem Eingriff sei zwar protrahiert gewesen, doch habe trotz intensiver Abklärungen ein Infekt als Ursache dafür nicht bestätigt werden können. Entsprechend sei auch die antibiotische Therapie im F._____ abgebrochen worden und es hätten sich auch in der Folge keine Hinweise für ein erneutes Aufflackern des Infekts gezeigt. Damit sei in Bezug auf das Ereignis vom 6. Februar 2018 mit dem Austritt aus dem F._____ der definitive medizinische Endzustand erreicht gewesen. Das Eintreten eines Status quo sine im formalen Sinn sei nur deshalb nicht mehr möglich gewesen, weil die Operation vom 21. März 2018 und deren Folgen als unfallkausal zu bewerten gewesen seien und Spuren in Form von lebenslang persistierenden Narben hinterlassen hätten, die aber keinen erkennbaren Einfluss auf die Funktion des Kniegelenks hätten. Am 10. April 2015 sei eine femoropatellare Teilprothese eingesetzt worden, worauf die von der Versicherten zuvor bekundeten Schmerzen gemäss ihren Angaben verschwunden seien. Es dürfe damit postuliert werden, dass diese vom femoropatellaren Kompartiment ausgegangen seien. Wenn die Versicherte in ihrer Einsprache nun schreibe, dass nach dem Ereignis vom 6. Februar 2018 wieder die gleichen Beschwerden aufgetreten seien wie schon von 2011 bis 2015 (also vor der erwähnten Teilprothesenimplantation), schliesse dies weitgehend aus, dass sie nun plötzlich vom medialen femorotibialen Kompartiment ausgehen sollten. Dieses sei aber das einzige, dass im Zusammenhang mit dem erlittenen neuen Trauma im Fokus gestanden habe und auch behandelt worden sei. Eine erneute femoropatellare Problematik habe hingegen nie ernsthaft zur Diskussion gestanden, womit belegt sei, dass

diesbezüglich wieder aufgetretene Beschwerden überwiegend wahrscheinlich auf den Vorzustand zurückzuführen gewesen seien und nichts mit dem neuen Ereignis zu tun gehabt hätten. Dabei sei nochmals betont, dass im Rahmen der Abklärungen nach dem Unfall vom 8. Februar 2018 [recte: 6. Februar 2018] überhaupt keine frische strukturelle Läsion von potentiell dauerhaftem Charakter habe nachgewiesen werden können. Doktor G._____ kam zum Schluss, dass in den neu eingegangenen Unterlagen keine medizinischen Fakten enthalten seien, die nicht schon zuvor bekannt gewesen seien. Die Argumentation der Versicherten basiere ausschliesslich auf einer zeitlichen Korrelation zwischen den Beschwerden und dem Ereignis vom 6. Februar 2018, nicht aber auf einer objektiv begründbaren natürlichen Kausalität (UV-act. 107).

4.2.4 Ergänzt um die inzwischen hinzugekommenen medizinischen Unterlagen wurde der Fall am 4. November 2019 erneut Dr. G._____ vorgelegt. Doktor G._____ hielt daran fest, dass mit dem Austritt aus dem F._____ am 11. Juni 2018 der definitive medizinische Endzustand in Bezug auf die Operation vom 21. März 2018 erreicht worden sei. Er wies explizit darauf hin, dass das Ereignis vom 6. Februar 2018 am rechten Knie der Versicherten nicht zu objektivierbaren strukturellen Veränderungen von potentiell dauerhaftem Charakter geführt habe, was sich mit einer MRT vom 27. Februar 2018 habe belegen lassen, und der Eingriff vom 21. März 2018 lediglich im Sinne einer erweiterten Diagnostik von der Visana als obligatorischer UVG-Versicherer übernommen worden sei. Nachdem der als Komplikation dieser Operation in Betracht gezogene Infekt nicht habe nachgewiesen werden können, was durch eine Vielzahl von Untersuchungen im Übrigen bis heute nicht gelungen sei, dürfe somit auch vom Erreichen eines definitiven medizinischen Endzustandes ausgegangen werden. Weiter hielt Dr. G._____ fest, dass die Beurteilung von Dr. K._____, einem ausgewiesenen Experten in der Behandlung von komplexen Knieproblemen, zur klaren Stellungnahme geführt habe, dass die vorliegenden Befunde keineswegs prothesenwürdig seien. Er habe dringend von einem weiteren operativen Schritt mit Einsetzen einer allfälligen Knietotalprothese abgeraten, was er der Versicherten auch in aller Deutlichkeit kommuniziert habe. Für Dr. G._____ würden keine namhaften Zweifel bestehen, dass generell keine Indikation für den Eingriff vom 26. Februar 2019 gegeben gewesen sei, was natürlich auch impliziere, dass der Eingriff auch unfallkausal nicht indiziert gewesen sei (UV-act. 121).

4.2.5 Unter Verweis auf die früheren Stellungnahmen wies Dr. G._____ am 22. Juni 2020 darauf hin, dass in Bezug auf das Ereignis vom 6. Februar 2018 am rechten Knie der Versicherten bereits am 11. Juni 2018 ein definitiver medizinischer Endzustand erreicht

worden sei. Dies bedeute, dass sämtliche ab diesem Zeitpunkt durchgeführten medizinischen Abklärungen und Behandlungen überwiegend wahrscheinlich ausschliesslich aus unfallfremden Gründen erfolgt seien, was somit auch die Implantation einer totalen Arthroplastik am 26. Februar 2019 beinhalte. Im Verlauf nach diesem Eingriff seien weitere Interventionen erfolgt; gemäss den Angaben in einem Bericht aus der Orthopädischen R._____ vom 19. Juli 2019 zumindest eine "Punktion und Entnahme von 3 Synovialbiopsien über Arthrotomie am 7. Mai 2019" und eine "Punktion Knie rechts am 2. Juli 2019", worauf aber "kein Keimwachstum" habe nachgewiesen werden können. Anlässlich einer Konsultation im U._____ am 1. November 2019 sei, trotz wiederholt negativer Biopsien, bei weiterhin geäussertem Verdacht auf einen Low-Grade-Infekt entschieden worden, eine Prothesenrevision mit Inlay-Wechsel vorzunehmen, was am 21. November 2019 durchgeführt worden sei. Diesbezüglich fehlten zwar die zeitnahen Dokumente, in Folgeberichten aus dem U._____ werde jedoch festgehalten, dass sich "sowohl in der Sonifikation, als auch in den Biopsien und der eubakteriellen PCR kein positives Wachstum" gezeigt habe. Im Anschluss an diesen Eingriff sei es dann allerdings zu einer zunehmenden Rötung und Schwellung gekommen, sodass am 15. Dezember 2019 bei nunmehr auch klinisch hochgradigem Verdacht auf einen Gelenkinfekt im U._____ eine erneute Prothesenrevision durchgeführt worden sei. In den dabei entnommenen Gewebeproben habe sich Enterobacter cloacae nachweisen lassen, worauf am 19. Dezember 2019 ein weiterer Revisionseingriff erfolgt sei. Seither werde offenbar eine anhaltende Antibiotika-Therapie durchgeführt, wozu aber keine kontinuierliche medizinische Dokumentation vorliege. Zusammenfassend sei im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 6. Februar 2018 beziehungsweise der zur vertieften Diagnostik von der Visana kostenmässig übernommenen Arthroskopie vom 21. März 2018, bei der sich eine seit 2014 bekannte Läsion am medialen Meniskus bestätigt habe, neue strukturelle Läsionen aber hätten ausgeschlossen werden können, am 11. Juni 2018 ein definitiver medizinischer Endzustand erreicht. Im Weiteren seien aus unfallfremden Gründen weitere Abklärungen und Behandlungen erfolgt und am 26. Februar 2019 auch die Implantation einer totalen Arthroplastik bei insgesamt aber kaum nachvollziehbarer Indikation, wie beispielhaft einem Bericht von Dr. K._____ vom 7. November 2018 entnommen werden könne. Auch nach diesem Eingriff sei es nicht zu einer Beschwerdebesserung gekommen und es sei wiederholt der Verdacht auf einen intraartikulären Infekt geäussert worden, der sich allerdings in entnommenen Gewebeproben nicht habe nachweisen lassen. Trotzdem sei am 21. November 2019 eine Prothesenrevision erfolgt, erneut ohne Nachweis eines Keimwachstums, in dessen Folge sich nun erstmals ein nachweisbarer Infekt entwickelt habe. Dabei würden sich unter

Berücksichtigung der vorliegenden Unterlagen keine namhaften Zweifel ergeben, dass dieser Infekt erst als Folge des Eingriffs vom 21. November 2019 im Sinne einer postoperativen Komplikation aufgetreten sei. Einerseits sei er mit einer im Vergleich zum präoperativen Vorzustand deutlich veränderten Klinik verbunden gewesen und andererseits sei auch erstmals ein Keimnachweis gelungen, was vorher trotz multipler Versuche nie der Fall gewesen sei. Da sämtliche seit dem 11. Juni 2018 durchgeführten Abklärungen und Behandlungen ausschliesslich unfallfremder Natur gewesen seien, gelte dies selbstverständlich auch für die im Anschluss an den Eingriff vom 21. November 2019 eingetretenen Gelenkinfekt (UV-act. 133).

5. Wie das soeben Dargelegte zeigt, stütze sich die Beschwerdegegnerin bei der Leistungseinstellung vollumfänglich auf die Beurteilung ihres Vertrauensarztes Dr. G._____.

5.1 Einleitend ist darauf hinzuweisen, dass es grundsätzlich zulässig ist, im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich gestützt auf intern eingeholte medizinische Unterlagen zu entscheiden. In solchen Fällen sind jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung in diesem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGer 9C_341/2007 vom 16. November 2007 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 122 V 157 E. 1d).

5.2 Vorweg ist festzustellen, dass die Visana die Akten mehrmals ihrem beratenden Arzt zur Stellungnahme vorgelegt hat. Doktor G._____ hat am 2. Oktober 2018, 30. Januar 2019, 28. Mai 2019, 4. November 2019 und 22. Juni 2020 umfassend Stellung zur Unfallkausalität der Meniskusläsion und der weiterhin geklagten Knieschmerzen genommen und dabei jeweils die neu hinzugekommen medizinischen Unterlagen berücksichtigt und gewürdigt. Er begründete seine Schlussfolgerung eingehend und nachvollziehbar. Als Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates war Dr. G._____ denn auch aus fachlicher Hinsicht ohne weiteres geeignet, die Frage, ob ein krankhafter Vorzustand bestand und ein status quo sine erreicht worden ist, zu beurteilen. Damit erfüllen seine Beurteilungen vom 2. Oktober 2018, 30. Januar 2019, 28. Mai 2019, 4. November 2019 und 22. Juni 2020 die Anforderungen an beweiskräftige Arztberichte.

Daran ändert auch der Umstand nichts, dass es sich bei der Beurteilung von Dr. G._____ um ein reines Aktenkonsil handelt und eine persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin nicht stattgefunden hat. Indem sich der versicherungsinterne Arzt auf die vorhandenen Dokumente abstützen konnte und seine Stellungnahmen offensichtlich in Kenntnis sämtlicher vorliegender medizinischer Berichte abgegeben hat, erscheint eine persönliche Untersuchung durch ihn als unnötig, zumal es vorliegend nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts ging (BGer 9C_25/2015 vom 1. Mai 2015 E. 4.1). Des Weiteren ist der Beschwerdeführerin entgegenzuhalten, dass das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 137 V 210 E. 1.4; 135 V 465 E. 4.4). Alleine aus dem Umstand, dass es sich bei Dr. G._____ um einen beratenden Arzt der Visana handelt, kann die Beschwerdeführerin somit nichts zu ihrem Gunsten ableiten.

Wie das Nachfolgende aufzeigen wird, vermag die Beurteilung von Dr. G._____ schliesslich auch in medizinischer Hinsicht zu überzeugen.

5.3 Hinsichtlich Meniskusläsionen gilt es zu beachten, dass die Kniegelenksmenisken zur Degeneration neigen. Zudem sind sie starker mechanischer Beanspruchung ausgesetzt. Meniskusläsionen können aber auch als Folge eines Traumas auftreten, indem die Menisken bei akuten schweren Knieverletzungen – meist im Rahmen von Sportunfällen – ein- oder abreissen. Typische Ursache dafür ist ein Flexions-Aussenrotations- bzw. Valgisationstrauma des Knies, das neben Bandverletzungen nicht selten eine Verletzung des medialen Meniskus zur Folge hat. Dabei tritt häufig ein tangentialer Längsriss, meist im hinteren Abschnitt des Innenmeniskus, auf. Weit häufiger als die akuten Verletzungen sind aber die meist tangential verlaufenden Risse chronisch degenerierter Menisken, die ohne Unfall oder bei nur geringfügigem Trauma, bei unphysiologischen, unkoordinierten Bewegungen auftreten. Davon betroffen ist häufig der innere Meniskus. Der erste Riss entsteht mit Vorliebe tangential am Hinterhorn. Es kann sich zum Lappen- oder Korbhenkelriss vergrössern (vgl. Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2002, S. 1056 f.).

5.4 Ein massgebendes Beurteilungskriterium für die Bestimmung der Ursächlichkeit einer Meniskusläsion bildet zunächst der Unfallmechanismus bzw. die Art und Weise der Einwirkung auf den betroffenen Körperteil. Unbestrittenermassen zog sich die Beschwerdeführerin am 6. Februar 2018 eine Kniedistorsion rechts zu, als sie in der

Badewanne ausrutschte. Eine Distorsion (Verdrehung/Zerrung/Verstauchung) ist eine geschlossene Verletzung eines oder mehrerer Gelenke, die dadurch entsteht, dass der physiologische Bewegungsspielraum des Gelenks durch äußere Krafteinwirkung überschritten wird. Die Bandstrukturen des Gelenks werden dabei verletzt (vgl. http://flexikon.doccheck.com/de/Distorsion; zuletzt besucht am 30. Juni 2022). Eine Verdrehung ist grundsätzlich geeignet, eine Meniskusläsion zu verursachen (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 1057). Abgesehen davon ist jedoch folgendes zu beachten: Ein Flexions-Aussenrotationstrauma des Knies hat in der Regel Bandverletzungen und nicht selten mediale Meniskusverletzungen zur Folge. Traumatische Meniskuseinrisse entstehen aus anatomischen Gründen tatsächlich stets mit begleitenden, wenn auch manchmal nur minimalen Verletzungen an den Knochen- und/oder Kapselbandstrukturen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 624 ff.). Derartige typische Begleitverletzungen sind bei der Beschwerdeführerin indes nicht festgestellt worden. Die am 15. Februar 2018 durchgeführte konventionell-radiologische Untersuchung war unauffällig. Ossäre Läsionen zeigten sich nicht. Zudem gab es auch keine Hinweise auf eine Kreuzband-Seitenbandläsion (vgl. dazu die Einträge in der Krankengeschichte vom 15. Februar und 5. März 2018 [UV-act. 106 S. 7 f.]). Gemäss MRI vom 27. Februar 2018 waren die Kreuzbänder sowie das mediale und laterale Kollateralband intakt und es zeigten sich ebenfalls keine frischen ossären Läsionen (vgl. UV-act. 8). Von intakten Kreuzbändern ist schliesslich auch im Arthroskopiebericht vom 21. März 2018 die Rede (vgl. UV-act. 15). Wie die Beschwerdegegnerin somit zutreffend dargelegt hat, ist vorliegend von einem isolierten Auftreten des Meniskusrisses ohne die bei einem Verdrehtrauma zu erwartenden Läsionen auszugehen, was gegen eine Unfallkausalität spricht.

5.5 Des Weiteren ist zu beachten und in die Würdigung miteinzubeziehen, dass zum Zeitpunkt des Unfallereignisses ein relevanter Vorzustand am rechten Kniegelenk bestand. Wie sich aus den Akten ergibt, litt die Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall von Februar 2018 an erheblichen Knieschmerzen rechts und zwar seit 2011 (vgl. dazu den Auszug der Krankengeschichte [UV-act. 106] und die IV-Anmeldung von April 2012 mit Hinweis auf eine seit September 2011 bestehende Knieverletzung rechts mit einem Infekt und fünf Operationen [IV-act. 29]). Dementsprechend wurde das rechte Knie in den Jahren 2011 bis 2015 auch mehrfach operativ behandelt, wobei sich bereits damals Infektkomplikationen ergaben (vgl. dazu die umfangreichen IV-Akten). Zum damaligen Zeitpunkt war sodann auch von degenerativen Veränderungen die Rede. Im MRI vom 23. September 2014 zeigte sich eine Chondropathie Grad II–III des lateralen und des

medialen, aber auch des retropatellofemoralen Kompartiments (vgl. UV-act. 17 S. 1). Im entsprechenden Befundbericht war gar von einem weitläufig ausgedünnten Knorpel der Femurkondylen medial wie auch lateral die Rede (vgl. UV-act. 49). Ein Knorpelschaden und eine Chondropathie I–II im medialen Kompartiment zeigten sich auch anlässlich der am 5. November 2014 durchgeführten Arthroskopie. Zudem wies der mediale Meniskus im Hinterhornbereich bereits zu diesem Zeitpunkt an der Unterseite eine eingeschlagene Struktur auf. Gemäss Operateur handelte es sich evtl. um einen alten Lappenriss. Angesichts dessen wurde bei der Beschwerdeführerin bereits mehr als drei Jahre vor dem aktuell geltend gemachten Ereignis am rechten Knie eine Teilmeniskektomie vorgenommen, ohne dass die Akten Anhaltspunkte für ein damals erlittenes Trauma ergeben (vgl. UV-act. 12). Es muss demnach davon ausgegangen werden, dass bereits damals degenerative Veränderungen im Bereich des medialen Meniskus bestanden. Zudem ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin als Pflegefachfrau in einer Rehaklinik überwiegend stehend und gehend tätig war. Die degenerative Gesundheitsschädigung entsteht im Laufe der Zeit im Rahmen eines Prozesses bzw. ist wiederholten, im täglichen Leben erfolgten Mikrotraumata zuzuschreiben, welche eine allmähliche Abnützung und schliesslich infolge eines letzten Mikrotraumas das Ausmass einer die Behandlung erfordernde Schädigung jederzeit bewirken können (vgl. Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 1057 ff.; Alfred Bühler, Die unfallähnliche Körperschädigung, in: SZS 1996, S. 85 und 88). Genauso wie die Knorpelflächen eines Gelenks sich im Laufe der Zeit degenerativ verändern, verschleissen auch die Menisken. Unter Last wird das Meniskusgewebe ausgewalzt, wird immer dünner, bis es schliesslich zerreisst. Diese Veränderungen werden zusammenfassend als Meniskopathie bezeichnet und sind Teil des Geschehens bei der Entwicklung einer Arthrose. Die Arthrose ist das Endstadium aller Gelenkschäden (vgl. Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 579 ff., S. 1068). Neben der Läsion am medialen Meniskus zeigten sich auch im Rahmen der im Februar/März 2018 durchgeführten Untersuchungen degenerative Veränderungen. Osteophyten sowie Notchosteophyten konnten in mehreren Kompartimenten nachgewiesen werden. Zudem zeigte sich eine Chondropathie Grad II–III (vgl. UV-act. 8 und 42). Damit lag ein Kniegelenk mit degenerativen Gesundheitsschäden, eine Situation also, die auf einen degenerativ entstandenen Meniskusriss hindeuten könnte, vor.

5.6 Wie ein Blick in die Aktenbeurteilungen von Dr. G._____ zeigt, hat dieser seine Kausalitätsbeurteilung nach Einsichtnahme in die bis zum 22. Juni 2020 aufgelaufenen Akten, insbesondere in den MRI-Untersuchungsbericht vom 27. Februar 2018 (UV-act. 8) und den Arthroskopiebericht vom 21. März 2018 (UV-act. 15), abgegeben. Dabei zeigten

sich für Dr. G._____ zwar bereits auf den MRT-Bildern Signalalterationen am medialen Meniskus. Ein Vergleich dieser Bilder mit dem MRI-Ergebnis aus dem Jahr 2014 ergab für ihn indes, dass diese in vergleichbarer Weise bereits dazumals vorgelegen hätten. Einen eigentlichen Riss konnte Dr. G._____ auf den neuen MRT-Bildern noch nicht erkennen. Anderer Auffassung war offenbar Dr. AA._____, der bereits aufgrund der MRT-Bildern den Verdacht auf eine Aufhängungsläsion des medialen Meniskushinterhorns stellte. Der Riss in der Aufhängung des medialen Meniskus bestätigte sich schliesslich bei der am 21. März 2018 durchgeführten Arthroskopie, was auch Dr. G._____ nicht bestreitet. Er kam aber zum Schluss, dass auch bezüglich der am 21. März 2018 bestätigten Läsion identische Veränderungen schon auf früheren MRT-Bildern sichtbar waren und verweist in diesem Zusammenhang auf eine seit 2014 bekannte Läsion am medialen Meniskus, infolgedessen am 5. November 2014 bereits eine Teilresektion erfolgte. Angesichts dessen ging er davon aus, dass die Läsion am medialen Meniskus weiterhin als bereits vorbestehend und damit auch als unfallfremd zu betrachten ist. Auch wenn es zutreffen mag, dass der Vertrauensarzt seine diesbezüglichen Ausführungen nicht mit konkreten MRI-Befunden aus der Zeit von 2014 untermauert, kann die Beschwerdeführerin daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten, stehen die Ausführungen von Dr. G._____ doch im Einklang mit den medizinischen Akten. So wies der mediale Meniskus bereits anlässlich der am 5. November 2014 durchgeführten Arthroskopie im Hinterhornbereich an der Unterseite eine eigeschlagene Struktur auf. Gemäss Operateur handelte es sich evtl. um einen alten Lappenriss (vgl. UV-act. 12). Mit der Beschwerdegegnerin und damit auch Dr. G._____ ist somit einig zu gehen, dass ein Riss im medialen Kompartiment bereits dem Arthroskopiebericht vom 5. November 2014 zu entnehmen ist, der schliesslich auch zu einer gleichentags durchgeführten partiellen Meniskektomie führte. Diese Tatsache des vorgeschädigten medialen Meniskus hat Dr. G._____ in seine Beurteilung miteinbezogen und diesem Umstand im Rahmen seiner Würdigung auch Rechnung getragen. Angesichts des soeben Dargelegten erscheint es plausibel, wenn der Vertrauensarzt in Bezug auf die festgestellte Läsion am medialen Meniskus von einer chronischen Pathologie ausgeht und diese in Bezug auf das Ereignis vom 6. Februar 2018 als unfallfremd betrachtet. Hierfür spricht auch der Umstand, dass Dr. G._____ intraoperativ keine Hinweise dafür finden konnte, dass die Veränderungen am medialen Meniskushinterhorn jüngeren Datums und somit eine Folge des Unfalls aus dem Jahr 2018 sein könnten. Die Schlussfolgerung des Vertrauensarztes ist somit als schlüssig und nachvollziehbar zu bezeichnen, zumal Dr. G._____ sowohl den klinischen Verlauf und die Anamnese als auch die präoperative Bildgebung und die intraoperativen Befunde berücksichtigt und in seine Abwägung

miteinbezogen hat. Insbesondere ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass Dr. G._____ die MRT-Bilder aus dem Jahr 2014 und den Untersuchungsbefund der im gleichen Jahr durchgeführten Arthroskopie mit dem MRI- und Arthroskopiebefund des Frühjahres 2018 verglichen und daraus seine Schlussfolgerung gezogen hat.

Soweit die Beschwerdeführerin gegen die versicherungsinterne Beurteilung einwendet, es sei widersprüchlich, wenn Dr. G._____ einerseits das MRI vom 27. Februar 2018 als Ausschlusskriterium für eine Meniskusläsion aufführe andererseits aber gleichzeitig behaupte, dass eine alte Läsion im Unfallzeitpunkt bereits vorbestehend gewesen sei, kann ihr nicht gefolgt werden. Nicht unberücksichtigt bleiben darf, dass sich für Dr. G._____ bereits bei der Beurteilung der MRT-Bildern Signalalterationen am medialen Meniskus zeigten, er diese aber als in vergleichbarer Weise bereits 2014 vorgelegen beurteilte. Bereits nach Einsichtnahme in den MRT-Befund ging Dr. G._____ damit nicht von einem völlig intakten medialen Meniskus aus, sondern berücksichtigte den Vorzustand und die damit einhergegangene partielle Meniskektomie. Im Unterschied zu Dr. AA._____ konnte er einen eigentlichen Riss in den MRT-Bildern zwar noch nicht erkennen, er wies jedoch bereits im Hinblick auf den von Dr. AA._____ unter Bezug auf die gleichen Bildern gestellte Verdacht einer Aufhängungsläsion des medialen Meniskushinterhorns darauf hin, dass identische Veränderungen schon auf früheren MRT-Bildern sichtbar waren. An dieser Auffassung hielt Dr. G._____ auch nach Bestätigung des Risses in der Aufhängung des medialen Meniskus fest. Was daran nicht nachvollziehbar sein sollte, erschliesst sich dem Gericht nicht.

Beurteilt Dr. AA._____ demgegenüber den Riss in der Aufhängung des medialen Meniskus als unfallbedingt (vgl. UV-act. 15), berücksichtigte er nicht, dass der mediale Meniskus bereits vorgeschädigt war und deswegen am 5. November 2014 eine Teilresektion erfolgte. Auf die Thematik, ob die Veränderungen am medialen Meniskushinterhorn, wie von Dr. G._____ angenommen wird, degenerativer Natur sein könnten, ging Dr. AA._____ mit keinem Wort ein. Ein Vergleich der MRI-Ergebnisse sowie Arthroskopiebefunde des Jahres 2014 mit denjenigen von Februar bzw. März 2018 nahm er nicht vor. Da Dr. AA._____ schliesslich jegliche Begründung für seine Schlussfolgerung vermissen liess, ist davon auszugehen, dass er sich in erster Linie auf die im Sozialversicherungsrecht verpönte Beweismaxime "post hoc – ergo propter hoc" stützt. Nach deren Bedeutung gilt eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht, weil sie nach diesem aufgetreten ist. Dies vermag zum Beweis

natürlicher Kausalzusammenhänge nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/bb). Das soeben Ausgeführte hat auch für die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. Z._____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 11. Dezember 2018 (IV-act. 112) zu gelten. Mit seiner Äusserung, die Versicherte habe am 6. Februar 2018 ein Kniedistorsionstrauma rechts erlitten und sich dabei einen Aufhängungsriss des medialen Meniskushinterhorns zugezogen, bejahte er die Unfallkausalität lediglich implizit, ohne sich konkret dazu zu äussern bzw. seine Auffassung zu begründen. Hinzu kommt, dass RAD-Arzt Dr. Z._____ im Unterschied zu Dr. G._____ lediglich über einen Facharzttitel für Allgemeine Innere Medizin verfügt. Somit lässt auch die Beurteilung von RAD-Arzt Dr. Z._____ keinerlei Zweifel an der Richtigkeit der Beurteilung von Dr. G._____ aufkommen. Ernsthafte Zweifel an der Richtigkeit der Berichte von Dr. G._____ vermögen auch die übrigen in den Akten liegenden Arztberichte nicht zu begründen, zumal keinerlei ärztliche Berichte bzw. Stellungnahmen vorliegen, die sich mit der versicherungsinternen Einschätzung auseinandersetzen bzw. aufzeigen würden, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Darüber hinaus ist noch einmal zu betonen, dass sich – abgesehen von der Beurteilung durch Dr. G._____ – keinem der sich im UV-Dossier befindenden Arztbericht eine begründete Aussage zur Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 6. Februar 2018 und der in der Arthroskopie vom 21. März 2018 gezeigten Meniskusläsion entnehmen lässt. Es darf davon ausgegangen werden, dass der ausgewiesene Facharzt den Kausalzusammenhang besser einzuschätzen vermag als die Beschwerdeführerin selbst als medizinische Laiin. Am Beweiswert der versicherungsinternen Stellungnahmen vermag die anderweitige Einschätzung der Beschwerdeführerin somit nichts zu ändern.

Das oben Festgestellte – isoliertes Auftreten des Meniskusrisses, berufliche Tätigkeit der Beschwerdeführerin, Vorzustand am medialen Meniskus, degenerative Gesundheitsschäden, keine Anhaltspunkte für eine frische Läsion – weist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen degenerativen Verschleissprozess hin.

Doktor G._____ merkte sodann zu Recht an, dass bei der Beschwerdeführerin im April 2015 eine femoropatellare Teilprothese eingesetzt wurde (vgl. z.B. UV-act. 9), infolge dessen die von ihr zuvor seit 2011 bekundeten Knieschmerzen aufhörten (vgl. dazu auch die Angaben der Versicherten in ihrer Einsprache vom 23. März 2019 [UV-act. 101 S. 1] sowie den Auszug der Krankengeschichte ohne relevante Einträge zwischen April 2015 und Februar 2018 [UV-act. 106 S. 8]). Daraus folgerte der Vertrauensarzt, dass die damaligen Schmerzen vom femoropatellaren Kompartiment ausgingen, was angesichts

des soeben Ausgeführten nachvollziehbar ist. Nachdem die Beschwerdeführerin seit dem Unfallereignis vom 6. Februar 2018 wieder über dieselben Schmerzen wie in der Zeit von 2011 bis 2015, mithin vor der erwähnten Teilprothesen-Implantation klagte (vgl. UV-act. 101 S. 2), erscheint auch die Schlussfolgerung des Vertrauensarztes, wonach diese Schmerzen demzufolge nur wieder von einer femoropatellaren Problematik und nicht vom medialen femorotibialen Kompartiment, welches die Ärzte aber unfallbedingt als verletzt erachteten und behandelten (vgl. UV-act. 9), herrührten, als zutreffend. In Einklang mit Dr. G._____ ist damit belegt, dass die wieder aufgetretenen Beschwerden überwiegend wahrscheinlich auf den Vorzustand zurückzuführen sind und in keinem Zusammenhang zum Unfallereignis vom 6. Februar 2018 stehen. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend feststellte, ist diese Schlussfolgerung auch insofern begründet, als sämtliche nach dem Unfallereignis im medialen Kompartiment durchgeführten Behandlungen keinerlei Besserung brachten und die Schmerzen unverändert bestehen blieben.

5.7 Als Zwischenfazit ist mithin festzuhalten, dass hinsichtlich der Kausalitätsfrage die Beurteilung von Dr. G._____, insbesondere mit Blick auf die von ihm festgehaltenen, auf die medizinischen Akten abstützenden und für die Beurteilung der Unfallkausalität massgebenden Gegebenheiten, überzeugend und schlüssig ist. Entsprechend seiner Beurteilung ist somit davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt des Unfalls ein pathologischer Vorzustand bestand, welcher durch den Unfall aktiviert wurde. Mangels aktenkundiger entsprechender Anhaltspunkte ist indes auszuschliessen, dass es unfallbedingt zu einer signifikanten und damit dauernden Verschlimmerung der vorbestehend degenerativen Schäden gekommen ist. Hinweise für eine richtungsgebende Verschlimmerung des pathologischen Vorzustandes ergaben sich für Dr. G._____ jedenfalls nicht. Treten im Anschluss an einen Unfall davor nicht bestandene Beschwerden auf und ist davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (BGer 8C_1029/2012 vom 22. Mai 2013 E. 3.2.2). Vorliegend waren die Beschwerden nach der erlittenen Distorsion ohne neue strukturelle Veränderungen gemäss der Beurteilung von Dr. G._____ nach einigen Wochen bis wenigen Monaten nicht mehr auf den Unfall vom 6. Februar 2018 zurückzuführen. Damit wäre der Status quo sine ohne den Eingriff vom 21. März 2018 zu diesem Zeitpunkt erreicht gewesen, was zur

Folge gehabt hätte, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu diesem Zeitpunkt hätte einstellen können. Zu diesem Zeitpunkt hätten Unfallfolgen im Beschwerdebild der Versicherten jedenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr gespielt. In diesem Zusammenhang ist der Beschwerdeführerin im Übrigen entgegenzuhalten, dass der Unfallversicherer den Beweis des Wegfalls der natürlichen Kausalität nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen zu erbringen hat. Ebenso wenig muss der Unfallversicherer den negativen Beweis erbringen, dass überhaupt kein Gesundheitsschaden mehr vorliege. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen ihre kausale Bedeutung nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verloren haben (EVG U 225/06 vom 22. Juni 2007 E. 5.2 mit etlichen Hinweisen).

5.8 Zu berücksichtigen ist vorliegend jedoch, dass sich im weiteren Verlauf ein intraartikulärer Infekt entwickelte, der gemäss Dr. G._____ überwiegend wahrscheinlich eine Folge des arthroskopischen Eingriffs vom 21. März 2018 war. Angesichts dessen, dass die Arthroskopie von der Beschwerdegegnerin im Sinne einer vertieften Abklärung als unfallkausal akzeptiert worden war, war der darauffolgende ungünstige Verlauf mit offener Revision des rechten Kniegelenks am 9. Mai 2018 und anschliessendem Beginn mit Antibiotikatherapie sowie Aufenthalt im F._____ somit nach wie vor eine indirekte Folge des Unfallereignisses vom 6. Februar 2018, weshalb die Unfallversicherung auch hierfür leistungspflichtig war. Dieser Leistungspflicht kam die Visana denn auch ohne weiteres nach. Stellte sie die Leistungen schliesslich gestützt auf die Beurteilung von Dr. G._____ per 11. Juni 2018 ein, ist dies nicht zu beanstanden. Einleitend ist dabei noch einmal darauf hinzuweisen, dass ohne den Eingriff vom 21. März 2018 bereits einige Wochen bzw. wenige Monate nach dem Unfallereignis der Status quo sine eingetreten wäre. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass in den Biopsien vom 9. Mai 2018 und ebenso nach der PCR-Untersuchung keine Keime mehr nachgewiesen und die gesamte antibiotische Therapie am 23. Mai 2018 gestoppt werden konnte, ohne dass sich in der Folge Hinweise für ein erneutes Aufflackern des Infekts zeigten. Die Beschwerdeführerin konnte daher am 11. Juni 2018 bei ordentlichem Allgemeinzustand und reizlosen Narbenverhältnissen das F._____ verlassen und in die ambulante Nachbehandlung entlassen werden (vgl. UV-act. 72/1 S. 2). Angesichts dessen ist mit dem Vertrauensarzt einig zu gehen, dass die Behandlung im Zusammenhang mit dem postulierten postoperativen Infekt zum Zeitpunkt des Austritts aus dem F._____ am 11. Juni 2018 als abgeschlossen bezeichnet werden konnte – zum damaligen Zeitpunkt konnten keine Infektionen festgestellt werden. Daher erscheint es auch nachvollziehbar, wenn Dr. G._____ zu diesem Zeitpunkt vom Erreichen des medizinischen

Endzustands in Bezug auf die am 21. März 2018 durchgeführte Operation ausgegangen ist. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass sich für die weiterhin bestehenden Schmerzen keine eindeutige Erklärung finden liess. Für das Gericht erscheint es jedenfalls plausibel, wenn die Beschwerdegegnerin gestützt auf die versicherungsinterne Beurteilung davon ausgegangen ist, dass die ab dem 11. Juni 2018 durchgeführten Untersuchungen, Behandlungen, Operationen und eingeholten Meinungen bei zahlreichen Fachspezialisten überwiegend wahrscheinlich auf den degenerativen Vorzustand zurückzuführen waren.

5.9 Was den weiteren Verlauf anbelangt, zeigt sich, dass der Beschwerdeführerin am 26. Februar 2019 eine Knietotalprothese eingesetzt wurde (vgl. UV-act. 105/1), infolgedessen wiederholt der Verdacht auf einen intraartikulären Infekt gestellt wurde, ohne dass sich ein solcher in den entnommenen Gewebeproben jedoch nachweisen liess. Trotzdem erfolgte daraufhin am 21. November 2019 eine Prothesenrevision, erneut ohne Nachweis eines Keimwachstums (vgl. UV-act. 125 unter "Diagnose"). Im Anschluss an diesen Eingriff kam es zu einer zunehmenden Rötung und Schwellung, weshalb am 15. Dezember 2019 bei hochgradigem Verdacht auf einen Gelenkinfekt eine weitere Prothesenrevision durchgeführt wurde, anlässlich dessen sich erstmals ein Infekt nachweisen liess (vgl. UV-act. 125).

Doktor G._____ beurteilte auch diesen soeben dargelegten medizinischen Sachverhalt und stellte dabei zutreffend fest, dass der Eingriff vom 26. Februar 2019 medizinisch und damit auch unfallkausal nicht indiziert war. Aktenkundig ist nämlich, dass gleich mehrere Ärzte von einer Knietotalprothese abrieten und angesichts der Leidensgeschichte und des jungen Alters der Beschwerdeführerin vielmehr ein abwartendes und konservatives Vorgehen vorschlugen. Doktor K._____ beurteilte die Arthrose für keineswegs prothesenwürdig und riet deshalb dringend von einem weiteren operativen Schritt mit Einsetzen einer Knietotalprothese ab (vgl. UV-act. 82). Die Ärzte des M._____ sahen ebenfalls keine Indikation zur totalprothetischen Versorgung als gegeben und schlugen nochmals konservative Behandlungsmöglichkeiten vor. Sie hielten explizit fest, dass ein Kniegelenkersatz eigentlich nicht der richtige Eingriff sei, um den fehlenden Meniskus zu ersetzen (vgl. UV-act. 80). Trotz dessen hielt die Beschwerdeführerin an ihrem Wunsch zur Knie-totalendoprothetischen Versorgung fest, sodass Dr. N._____ sie schliesslich am 26. Februar 2019 auf ihren ausdrücklichen Wunsch und ihr eigenes Risiko hin operierte. Wie dem Operationsbericht entnommen werden kann, war sich auch Dr. N._____ bewusst, dass das Femorotibialgelenk radiologisch noch gut erhalten war und die Knorpeldefekte die von der Beschwerdeführerin geäusserten starken Schmerzen

nicht hervorrufen konnten. Er stellte sich jedoch auf den Standpunkt, dass aufgrund des Status nach medialer Meniskusnaht und Infektion und mehrfachen Revisionen eine funktionelle Insuffizienz der bestehenden Knorpelschicht vorliegen müsse, da ansonsten die Schmerzen der Beschwerdeführerin nicht nachvollzogen werden könnten (vgl. UV-act. 105/1). Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht feststellte, traf diese Annahme von Dr. N._____ indes nicht zu, verbesserte sich der Zustand der Beschwerdeführerin doch auch nach der Operation vom 26. Februar 2019 nicht und sie litt weiterhin an den gleichen Beschwerden. Dementsprechend kann die Beschwerdeführerin aus dem soeben zitierten Bericht von Dr. N._____ nichts zu ihren Gunsten ableiten.

Ebenfalls nicht zu beanstanden ist die Schlussfolgerung des versicherungsinternen Arztes, dass der am 15. Dezember 2019 erstmals nachgewiesene Infekt als Folge des Eingriffs vom 21. November 2019 im Sinne einer postoperativen Komplikation aufgetreten sei. Nachvollziehbar begründete dies Dr. G._____ mit der im Vergleich zum präoperativen Vorzustand deutlich veränderten Klinik und dem erstmals gelungenen Keimnachweis. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang sodann der Umstand, dass in den Biopsien vom 15. Dezember 2019 ein anderer Keim gefunden wurde als noch im Jahr 2018. Während die Biopsien vom 16. April und 2. Mai 2018 eine Knieinfektion mit dem Propionibacterium acnes zeigten (vgl. UV-act. 25), liess sich in den am 15. Dezember 2019 entnommenen Gewebeproben der Keim Enterobacter cloacae nachweisen (vgl. UV-act. 125). Entwickelte sich der nachgewiesene Gelenkinfekt nun aber als Folge der am 21. November 2019 erfolgten Prothesenrevision und müssen nach dem unter Erwägung 5.8 bereits Gesagten sämtliche seit dem 11. Juni 2018 durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen als unfallfremd beurteilt werden, hat dies auch für den eingetretenen Gelenkinfekt zu gelten.

6. Zusammenfassend ist festzustellen, dass keinerlei Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung bestehen. Dementsprechend ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Beurteilung von Dr. G._____ abgestellt hat, weshalb sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 22. Oktober 2020 als rechtens erweist und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

7. Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung und/oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei überwiegend wahrscheinlich und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, kann auf die Abnahme

weiterer Beweise in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 122 V 157 E. 1d).

In Berücksichtigung sämtlicher Akten ist noch einmal festzustellen, dass die Beschwerdeführerin genügend medizinisch abgeklärt wurde, konnten aus den entsprechenden medizinischen Unterlagen doch Schlussfolgerungen gezogen werden, die in ihrer Begründung zu überzeugen vermögen. Auch für die Beschwerdegegnerin gab es keinen Grund mehr, weitere Abklärungen einzuholen, durfte sie doch – wie oben ausführlich dargelegt – auf die ihr vorliegenden Akten, insbesondere auf die versicherungsinternen Beurteilungen von Dr. G._____ abstellen, weshalb es keiner weiteren Abklärungen oder einer Begutachtung bedarf und der Beschwerdegegnerin keine Verletzung der Abklärungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG vorzuwerfen ist. In Anwendung der antizipierten Beweiswürdigung ist dem Antrag der Beschwerdeführerin auf Einholung eines Gerichtsgutachtens somit nicht stattzugeben.

8. Mangels einer entsprechenden Bestimmung im UVG ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenlos (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG) und eine Parteientschädigung ist der Beschwerdeführerin – bei vollständigem Unterliegen – nicht zuzusprechen (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Dem obsiegenden Sozialversicherer ist in Übereinstimmung mit Art. 61 lit. g ATSG – welcher nur für die obsiegende Beschwerde führende Partei eine Entschädigung vorsieht – ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Kosten erhoben.

3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.

5. Mitteilung an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (im Doppel), an die Beschwerdegegnerin sowie an das Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Zug, 12. September 2022

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am