Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 19. Juli 2012 (725 12 83 / 197)

Unfallversicherung

Leistungen

Besetzung	Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Michael Guex, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber i.V. Simon Kaufmann
Parteien	**Wincare Versicherungen AG**, c/o Sanitas, Rechtsdienst Departement Leistungen, Postfach 2010, 8021 Zürich, Beschwerdeführerin
	gegen
	ÖKK, Leistungen Unfall, Bahnhofstrasse 9, 7302 Landquart, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Dr. Martin Schmid, Rechtsanwalt, Hartbertstrasse 11, Postfach 180, 7002 Chur
Beigeladene	A.____
Betreff	Leistungen

A. Die 1950 geborene A.____ arbeitete seit 2004 als Leiterin für Pflege und Betreuung im X.____ und war durch die Arbeitgeberin bei der Öffentlichen Krankenkasse Schweiz (ÖKK) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 30. März 2005

war A.____ in der Turnhalle Y.____ ausgerutscht und hatte sich das rechte Knie angeschlagen und verdreht (vgl. Unfallmeldung vom 12. April 2005). Eine Erstbehandlung fand am 11. April 2005 durch Dr. med. B.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, statt. Bei der am 14. April 2005 durch Dr. med. C.____, FMH Radiologie, durchgeführten MRI-Untersuchung wurde eine mediale und laterale Meniskusverletzung diagnostiziert. Am 25. Mai 2005 wurde schliesslich durch Dr. med. D.____, FMH Chirurgie, eine Operation durchgeführt, bei der eine arthroskopische Teilmeniskektomie medial und lateral am Knie rechts vorgenommen wurde.

B. Mit Schadensmeldung vom 8. August 2006 meldete A.____ bei der ÖKK einen Rückfall an. Eine am 7. August 2006 durch Dr. med. E.____, FMH Radiologie, durchgeführte MRI-Untersuchung ergab eine erneute Meniskusverletzung in der Art einer residuellen, schräg verlaufenden Signalerhöhung durch das Hinterhorn des medialen Meniskus. Am 18. Oktober 2006 wurde durch Dr. D.____ eine Operation im Umfang einer arthroskopischen Teilmeniskektomie medial, Trimming des Meniskus lateral und Knorpelglättung durchgeführt.

C. Am 15. April 2011 meldete A.____ einen weiteren Rückfall an. Die daraufhin durch Dr. med. F.____, FMH Radiologie, durchgeführte MRI-Untersuchung vom 21. April 2011 ergab für den hyalinen Gelenksknorpel eine ausgeprägte Chondropathie im medialen Femorotibialgelenk, tiefe Ulzerationen und eine osteochondrale Reaktion im Tibiakopf (Chondropathie vierten Grades). Ferner wurde ein besser erhaltenes laterales Kompartiment mit einer Chondropathie ersten Grades festgestellt. Der behandelnde Arzt, Dr. B.____, ging von einer Knorpelschädigung bei Status nach Meniskusentfernung (Bericht vom 23. Mai 2011), Dr. med. G.____, FMH Chirurgie und Traumatologie, von einer posttraumatischen Varusgonarthrose aus (Bericht vom 1. Juni 2011). Nachdem der Vertrauensarzt der ÖKK, Dr. med. H.____, FHM Allgemeine Innere Medizin, am 9. Juni 2011 und am 23. Juni 2011 den Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 30. März 2005 und der Gonarthrose im Kniegelenk rechts als wahrscheinlich bezeichnete, erklärte sich die ÖKK mit Schreiben vom 28. Juni 2011 bereit, vorläufig die Leistung von Taggeldern für die operationsbedingte Arbeitsunfähigkeit zu erbringen.

D. Infolge einer erneuten Beurteilung des Falls durch den Vertrauensarzt der ÖKK, Dr. med. I.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation und Rheumatologie, vom 21. November 2011, und dessen Schlussfolgerung, dass die Gonarthrose nicht auf den Unfall zurückzuführen sei, verfügte die ÖKK am 24. November 2011 die Einstellung der Leistungen ab dem 13. April 2011. Daran hielt die ÖKK auf Einsprache von A.____ vom 15. Dezember 2011 und deren Krankenversicherer, der Wincare Versicherungen AG, c/o Sanitas, vom 4. Januar 2012, hin mit Einspracheentscheid vom 8. Februar 2012 fest.

E. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Wincare Versicherungen AG am 7. März 2012 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragt sie, es sei der Einspracheentscheid vom 8. Februar 2012 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zur Vergütung der gesetzlichen UVG-Leistungen über den 13. April 2011 hinaus zu verurteilen.

F. In ihrer Vernehmlassung vom 4. April 2012 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde unter; o/e-Kostenfolge.

G. Mit Verfügung vom 23. April 2012 wurde die Versicherte, welche von der Erhebung einer Beschwere abgesehen hatte, zum Verfahren beigeladen. Mit Schreiben vom 4. Mai 2012 verzichtete sie auf eine Stellungnahme.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1.1 Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in Z.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2 Art. 59 ATSG sieht vor, dass zur Beschwerde berechtigt ist, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. Die Beschwerdebefugnis ist zu bejahen, wenn ein praktisches oder rechtliches Interesse an der Aufhebung oder Änderung der Verfügung geltend gemacht wird (BGE 130 V 560 E. 3). Die Beschwerdelegitimation gemäss Art. 59 ATSG ist dabei in erster Linie auf Privatpersonen zugeschnitten. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung schliesst dies indessen nicht aus, dass sich auch eine Behörde zur Begründung ihrer Beschwerdebefugnis auf diese Bestimmung berufen kann, sofern sie mit der Beschwerdeführung nicht nur ein öffentliches Interesse an der richtigen Durchführung des Bundesrechts, sondern wie ein Privater ein bestimmtes, eigenes finanzielles Interesse verfolgt (BGE 133 V 192 E. 4.3.2). Im Rahmen der sogenannten Drittbeschwerde, bei welcher nicht die versicherte Person selbst, sondern ein Dritter den Entscheid anficht, muss Letzterer ein unmittelbares und konkretes Interesse an der Aufhebung oder Änderung der Verfügung vorweisen. Im vorliegenden Fall müsste die Beschwerdeführerin mangels Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die von der Versicherten geforderten Leistungen aufkommen (Art. 64 Abs. 2 ATSG). So wurde der Beschwerdeführerin auch - entsprechend Art. 49 Abs. 4 ATSG - sowohl die Verfügung vom 24. November 2011 als auch der Einspracheentscheid vom 8. Februar 2012 durch die Beschwerdegegnerin eröffnet. Demzufolge hat die Beschwerdeführerin ein unmittelbares und konkretes Interesse an der Aufhebung oder Änderung der Verfügung und des Einspracheentscheids und ist zur Erhebung der Beschwerde legitimiert. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde vom 7. März 2012 ist demnach einzutreten.

2.1 In ihrer Verfügung vom 24. November 2011, welche sie mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 8. Februar 2012 bestätigte, stellte die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen rückwirkend per 13. April 2011 ein. Streitig und zu prüfen ist, ob die Versicherte über dieses Datum hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung hat.

2.2 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

2.3 Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 hält fest, dass Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt werden. 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 psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen). Sowohl Spätfolgen als auch Rückfälle können 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 vom 4. Mai 2012, 8C_714/2011, E. 3.2.1).

3.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.2 Da der Rückfall oder die Spätfolge nach dem vorstehend Gesagten (vgl. E. 2.3 hiervor) begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis anschliessen, muss für eine Bejahung der Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung bestehen (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen). In diesem Zusammenhang gilt es klarzustellen, dass der Unfallversicherer in Bezug auf den geltend gemachten Rückfall nicht auf der Anerkennung des natürlichen Kausalzusammenhangs beim Grundfall behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem *neuen* Beschwerdebild und dem Unfall muss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein, damit eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers entsteht. Im Falle der Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus, die aus dem unbewiesen gebliebenen natürlichen Kausalzusammenhang als anspruchsbegründender Tatsache Rechte ableiten wollte (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).

3.3 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 181 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch

der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b).

Zu beachten ist, dass sich bei organischen Unfallfolgen die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt, sodass die Adäquanz hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbstständige Bedeutung hat (BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweisen).

3.4 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach 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 Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). 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 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a).

3.5 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung des Bundesgerichts mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

3.6 Ferner hält das Bundesgericht in ständiger Rechtsprechung fest, dass eine reine Aktenbeurteilung bzw. ein reines Aktengutachten nicht an sich als unzuverlässig zu beurteilen ist. Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. Dezember 2011, 8C_476/2011, E. 7.1 mit zahlreichen Hinweisen und Urteil des Bundesgericht vom 23. September 2009, 8C_33/2009, E. 3.4.1 bezüglich psychiatrische Gutachten). In casu wurde der relevante Befund, die Gonarthrose im rechten Kniegelenk, mehrfach und ohne wesentliche Widersprüche erhoben. Die Frage, ob diese Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall der Versicherten vom 30. März 2005 zurückzuführen ist, lässt sich im Einklang mit vorgenannter Rechtsprechung auch aufgrund reiner Aktengutachten beurteilen.

4.1 Vorliegend sind im Hinblick auf die Frage nach dem Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 30. März 2005 und der Gonarthrose am Knie rechts, im Wesentlichen folgende Berichte zu berücksichtigen:

4.2 Im Befundbericht zur MRI-Untersuchung vom 14. April 2005 diagnostizierte Dr. C.____ neben der medialen und lateralen Meniskusverletzung keinen Nachweis einer Knorpelläsion.

4.3 Im Arztzeugnis des behandelnden Facharztes, Dr. B.____, zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 28. April 2005, wurde ebenfalls eine mediale und laterale Meniskusverletzung, ohne Verweis auf eine Schädigung des Knorpelgewebes, diagnostiziert.

4.4 Im Operationsbericht vom 25. Mai 2005 diagnostizierte Dr. D.____ neben der Meniskusverletzung im medialen Kompartiment, ein Knorpelüberzug femoral mit oberflächlicher Abschilferung, keine tiefer gehenden Defekte, ebenso tibial geschlossener Knorpelüberzug Outerbridge ersten Grades. Im lateralen Kompartiment sei der Knorpelüberzug femoral und tibial altersentsprechend normal.

4.5 Die MRI-Untersuchung vom 7. August 2006 zeigte eine erneute Meniskusverletzung in der Art einer residuellen, schräg verlaufenden Signalerhöhung durch das Hinterhorn des medialen Meniskus. Ferner wurde im Rahmen der Untersuchung unter anderem eine normale Breite sowie homogene Signalgebung des hyalinen Gelenkknorpels des medialen und lateralen Kompartiments festgestellt und darauf verwiesen, es gäbe keinen Hinweis auf einen fokalen Knorpeldefekt.

4.6 Im Rahmen der zweiten Operation vom 18. November 2006 diagnostizierte Dr. D.____ neben der erneuten Meniskusverletzung medial, einen Knorpelüberzug femoral mit deutlicher chondraler Aufrauhung im medialen Kompartiment. Ferner stellte er eine allseitig gedeckte subchondrale Knochengrenze, tibial ebenso, fest. Lateral bestehe ein Knorpelüberzug femoral und tibial mit nur oberflächlicher Aufrauhung und allseitig gedeckter subchondraler Knochengrenze.

Schliesslich wurde retropatellar ein Knorpelüberzug mit erheblichem Knorpeldefekt vorwiegend zentral, Outerbridge dritten Grades und ein femorales Gleitlager mit geschlossenem Knorpelüberzug festgestellt.

4.7 Die MRI-Untersuchung vom 21. April 2011 durch Dr. F.____ ergab für den hyalinen Gelenksknorpel eine ausgeprägte Chondropathie im medialen Femorotibialgelenk, tiefe Ulzerationen und eine osteochondrale Reaktion im Tibiakopf (Chondropathie vierten Grades). Ferner diagnostizierte er ein besser erhaltenes laterales Kompartiment, Chondropathie ersten Grades. Dr. F.____ beurteilte den Befund als Status nach Teilmeniskektomie.

4.8 Der behandelnde Arzt, Dr. B.____, weist im Schreiben vom 23. Mai 2011 an die Beschwerdegegnerin, hinsichtlich der im Jahre 2011 aufgetretenen Beschwerden der Versicherten, darauf hin, es handle sich bei den festgestellten Knorpelschädigungen um einen Status nach Meniskusentfernungen, infolge Überlastungen des medialen Tibiaplateaus am rechten Knie. Seines Erachtens handle es sich eindeutig um einen Rückfall der damals als Unfall versicherten Schädigung.

4.9 Der im Rahmen eines Konsiliums durch Dr. B.____ beigezogene Dr. G.____ kommt in seinem Bericht vom 1. Juni 2011 zum Schluss, es liege eine posttraumatische Varusgonarthrose im rechten Kniegelenk vor.

4.10 Am 9. Juni 2011 kommt der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. H.____, zum Schluss, ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 30. März 2005 und den durch Dr. B.____ am 23. Mai 2011 diagnostizierten Beschwerden der Versicherten sei wahrscheinlich. Am 23. Juni 2011 bezeichnet Dr. H.____ einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und einer Varusgonarthrose im rechten Kniegelenk (Diagnose Dr. G.____ vom 1. Juni 2011) als wahrscheinlich.

4.11 In dem durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Aktengutachten vom 21. November 2011, kommt Dr. I.____ zu einem anderen Schluss als Dr. G.____. Gemäss Dr. I.____ sei nicht nachvollziehbar, dass es aus posttraumatischen Gründen zu einer Valgus-Fehlstellung (wird später von der Beschwerdegegnerin auf Varus-Fehlstellung korrigiert) kommen konnte, da bei den Eingriffen in den Jahren 2005 und 2006 sowohl der mediale und der laterale Meniskus teilreseziert worden seien. Selbst eine einseitige Meniskus-Teilresektion führe nie zu einer Varus- oder Valgus-Fehlstellung, da es sich nicht um Gewicht tragende Elemente des Kniegelenkes handle. Schliesslich führt Dr. I.____ zur Erklärung der vorliegenden Gonarthrose aus, diese sei die Folge der äusserst sportlichen Aktivitäten der nun 60-jährigen Versicherten. Folglich seien die Beschwerden nicht auf unfallbedingte Gründe zurück zu führen, welche zu der Valgus-Fehlstellung und schliesslich zur medial betonten Gonarthrose geführt hätten.

4.12 Dr. J.____ kommt im Rahmen seiner Beurteilung vom 19. Dezember 2011 zum Schluss, die Gonarthrose der Versicherten sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 30. März 2005 zurückzuführen, im Sinne von Spätfolgen. Es gelte im vorliegenden

Fall zu beurteilen, ob ein Vorzustand diese jetzt bestehende - vor allem mediale - Arthrose erklären würde, oder ob der Unfall mit den mehrmaligen Arthroskopien und Teilmeniskektomien die Arthrose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verursacht haben könnte. Betreffend einen Vorzustand hält Dr. J.____ fest, es hätten keine früheren Knieverletzungen bestanden. Es seien in den Akten keine Angaben betreffend Beinachsen zu finden, bis auf die Bemerkung von Dr. G.____ vom 1. Juni 2011, wonach eine "nahezu physiologische Gelenkachse" vorliege und von einer Valgisation abgeraten werde. Daraus schliesst Dr. J.____, es sei nicht nachgewiesen, dass ein vorbestehender Varus die mediale Gonarthrose ausgelöst habe. Dr. J.____ nimmt Bezug auf den MRI-Befund vom 14. April 2004, bei welchem keine Knorpelläsion nachgewiesen werden konnte. Gleiches gelte schliesslich für die Kniearthroskopie vom 25. Mai 2005, welche ebenfalls nicht auf einen Vorzustand schliessen lasse, sei im dortigen Bericht doch die Rede von einem Knorpelüberzug femoral mit oberflächlicher Abschilferung, keinen tiefer gehenden Defekten und ebenso tibial abgeschlossenem Knorpelüberzug (mediales Kompartiment), sowie von einem altersentsprechend normalen Knorpelüberzug femoral und tibial (laterales Kompartiment). Weiter nimmt Dr. J.____ Bezug auf den MRI-Befund vom 7. August 2006, bei welchem eine normale Breite des hyalinen Gelenkknorpels des medialen und lateralen Kompartimentes und kein Hinweis auf einen fokalen Knorpeldefekt diagnostiziert wurden. Folglich seien auch 15 Monate nach dem Trauma tomografisch keine gonarthrotischen Zeichen nachgewiesen worden, wie dies bei einem schicksalsmässigen Verlauf (also ohne Meniskusläsion) hätten erwartet werden können. Bei der Kniearthroskopie vom 18. November 2006 könne erstmals von einer beginnenden medialen Gonarthrose gesprochen werden, aufgrund der im medialen Kompartiment nachgewiesenen deutlichen chondralen Aufrauhung femoral, allseitig gedeckter subchondraler Knochengrenze, ebenso tibial, sowie lateral einem Knorpelüberzug femoral und tibial mit nur oberflächlicher Aufrauhung. Mit MRI Befund vom 21. April 2011 seien schliesslich eine ausgeprägte Chondropathie im medialen Femorotibialgelenk, tiefe Ulzerationen und eine osteochondrale Reaktion im Tibiakopf, eine Chondropathie vierten Grades, sowie ein besser erhaltenes laterales Kompartiment und eine Chondropathie ersten Grades, diagnostiziert worden. Insgesamt lässt sich gemäss Dr. J.____ eine Crescendo-Symptomatik der Gonarthrose rekonstruieren, welche nach dem Trauma vom 30. März 2005 begonnen habe. Ein Vorzustand bestehe nicht, weshalb nicht von einem schicksalsmässigem Verlauf eines solchen ausgegangen werde könne. Ferner sei bekannt, dass vor allem Schäden am medialen Meniskus zu einer (medialen) Gonarthrose führten, wie es bei der Versicherten der Fall sei. Schliesslich nimmt Dr. J.____ in seinem Aktengutachten Bezug auf den Bericht von Dr. I.____ vom 21. November 2011. Dieser habe recht, wenn er schreibe, eine einseitige Meniskus-Teilresektion könne nicht zu einer Varus- oder Valgus-Fehlstellung führen. Die Achse spiele keine Rolle, da ja gemäss Dr. G.____ eine nahezu physiologische Beinachse bestehe. Der Zusammenhang zwischen Meniskus und Gonarthrose bestehe nicht in der veränderten Beinachse, sondern vielmehr im veränderten Bewegungsablauf und den veränderten Knorpelbeanspruchungen im Kniegelenk.

4.13 Dr. K.____, FMH Orthopädie und Traumatologie, kommt in seinem Aktengutachten zum gleichen Schluss wie Dr. J.____. Er verweist auf die Arthroskopien vom 25. Mai 2005 und vom 18. November 2006 sowie auf den MRI-Befund vom 21. April 2011 und beschreibt die fortlaufende Verschlechterung des Zustandes als Vollbild einer Varus-Gonarthrose. Es bestehe eine lückenlose Dokumentation einer zunehmenden posttraumatischen Gonarthrose medial, die

sich als direkte Folge des jetzt fast vollständig fehlenden medialen Meniskus entwickelt habe. Im Gegensatz zu den Angaben von Dr. I.____ bestehe keine Valgus-Fehlstellung. Vielmehr würde sich bei einer Aufnahme der Kniegelenke (ap stehend), aufgrund des grösstenteils fehlenden medialen Meniskus und der zunehmenden Destruktion der medialen Knorpelanteile, eine sich sukzessiv verschlechternde posttraumatische Varus-Gonarthrose feststellen lassen. Dr. K.____ kommt folglich zum Schluss, dass die mediale Varus-Gonarthrose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 30. März 2005 zurückzuführen ist.

4.14 Am 23. Januar 2012 nimmt der durch die Beschwerdegegnerin beauftragte Dr. L.____, im Rahmen eines Aktengutachtens Stellung zur Frage der Kausalität. Nachdem dieser die Befunde des Operationsberichts vom 25. Mai 2005 und des MRI-Berichts vom 7. August 2006, der Kniegelenksarthroskopie vom 18. November 2006, sowie des MRI-Berichts vom 21. April 2011 wiedergibt, nimmt er Bezug auf den Bericht von Dr. G.____ vom 1. Juni 2011. Dieser Bericht beschreibe die sportlichen Aktivitäten der Versicherten seit 2006 (Turnen, Walking, Schwimmen, Wandern und Hockeyspielen), wobei festgehalten werde, dass das Hockeyspielen nicht mehr möglich sei. Zum Argument der Crescendo-Symptomatik führt Dr. L.____ aus, diese lasse sich mit den vorliegenden Akten nicht belegen. Hingegen sei auf die hohe und altersmässig überdurchschnittliche sportliche Aktivität der Versicherten zwischen 2006 und mindestens Mitte 2010 hinzuweisen, inklusive Unihockey. Des weiteren sei beachtlich, wie die Knorpelschäden im Detail beschrieben würden. Der bereits 2006 beschriebene erhebliche Knorpeldefekt retropatellar sei kaum auf das Unfallereignis zurückzuführen. Im Weiteren sei darauf hinzuweisen, dass 2006 eine oberflächliche Abschilferung im femoralen Bereich medialseits beschrieben wurde, bei eigentlich intakten Knorpelverhältnissen tibialseitig. Ferner sei bereits 2006 eine laterale oberflächliche Aufrauhung femoral und tibialseitig beschrieben worden. Eine tiefergreifende Läsion, welche man wohl als Präarthrose verstehen könnte, würde nicht beschrieben. Die im MRI-Befund vom 21. April 2011 festgestellte Pathologie einer Pangonarthrose mit Schwerpunkt mediales Kompartiment, speziell tibialseitig betont, lasse sich nicht als alleinige kausale Ursache auf eine Meniskusläsion vor fünf Jahren bei einer 61-jährigen Patientin zurückführen. Vielmehr handle es sich um eine arthrotische Entwicklung bei welcher die Meniskusläsion zwar eventuell ein Mosaikstein bilde, jedoch bei weitem nicht als Ursache bezeichnet werden könne. In diesem Zusammengang hält Dr. L.____ fest, die Meniskusläsion lasse sich allenfalls als möglicher Teilfaktor bei der Entwicklung der Gonarthrose verstehen, könne jedoch bei Weitem nicht mit einer Wahrscheinlichkeit von fünfzig Prozent oder mehr als natürliche Ursache bezeichnet werden. Es handle sich bei der Gonarthrose, welche zwar im medialen Kompartiment fokussiert sei, jedoch das ganze Gelenk betreffe, am ehesten um eine krankheitsbedingte Problematik.

4.15 Mit Schreiben vom 13. Februar 2012 kommt Dr. J.____, nach Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin und nochmaliger Durchsicht der Akten, erneut zum gleichen Schluss wie bereits am 19. Dezember 2011. Es sei kein Vorzustand vorgelegen und aus posttraumatischen Gründen liege keine Valgus-Fehlstellung vor. Vielmehr sei von einer zunehmend posttraumatischen Varus-Fehlstellung im Sinne einer Crescendo-Symptomatik auszugehen, die lückenlos durch radiologische und arthroskopische Befunde dokumentiert sei. Ferner seien keinerlei An-

haltspunkte für einen krankheitsbedingten Einfluss auf die Ausbildung einer Gonarthrose vorhanden.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrer Verfügung vom 24. November 2011 und ihrem Einspracheentscheid vom 8. Februar 2012 ausschliesslich auf die Ausführungen ihrer Vertrauensärzte Dr. I.____ und Dr. L.____ vom 21. November 2011 und 23. Januar 2012. Sie kommt zum Schluss, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 30. März 2005 und den geltend gemachten Beschwerden (medial betonte Gonarthrose) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben ist. Die Beschwerdeführerin stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass der natürliche Kausalzusammenhang zu bejahen ist.

5.2 Wie oben unter E. 3.5 f. ausgeführt, ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, auch wenn diese lediglich infolge eines Aktenstudiums ergehen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen und diese bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen.

5.3 Die in den durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Gutachten der Fachärzte Dr. L.____ und Dr. I.____ vorgebrachten Argumente, welche die Ursächlichkeit des Unfallereignisses in Bezug auf die vorliegende Gonarthrose verneinen, stehen im Widerspruch zu den vorstehend dargestellten übrigen Berichten und Gutachten und vermögen nicht zu überzeugen. Wie durch Dr. J.____ ausgeführt (vgl. 4.12 hiervor), ist das Argument von Dr. I.____, eine Meniskus-Teilresektion führe nicht zu einer Varus- oder Valgus-Fehlstellung und damit nicht zur Gonarthrose, nicht behilflich. Gleiches gilt für das Argument von Dr. L.____, welcher das Vorliegen einer Crescendo-Symptomatik ohne substantiierte Begründung in Abrede stellt, lässt sich diese durch die radiologischen und arthroskopischen Befunde doch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen. Beide Fachärzte verweisen ferner auf das Alter der Versicherten, welches im Zusammenhang mit der altersmässig überdurchschnittlichen sportlichen Betätigung für eine nicht unfallbedingte Ursache der Gonarthrose spreche. Diese Schlussfolgerung wird durch beide Ärzte nicht näher begründet, sondern pauschal als Argument gegen die Ursächlichkeit des Unfallereignisses angeführt, weshalb dieses Argument wenig substantiiert erscheint. Gemäss den Akten ist lediglich das rechte Knie von einer ausgeprägten Gonarthrose betroffen und bei der Versicherten sind bis im Jahr 2005 (Zeit der ersten Untersuchungen infolge Unfall) und demnach bis im Alter von 53 Jahren, trotz regelmässigem Sport, noch keine Anzeichen einer Gonarthrose diagnostiziert worden. Letztere traten erst im Jahr 2006 auf. Zwar ist nicht auszuschliessen, dass die sportliche Betätigung den Krankheitsprozess der Gonarthrose begünstigt hat. Sollte dies der Fall sein, schliesst dies aber keineswegs aus, dass auch der Unfall für die Gonarthrose ursächlich gewesen ist. Demzufolge vermag das generell gehaltene Argument, nicht der Unfall sondern lediglich der durch die Versicherte betriebene Sport sei ursächlich für die Gonarthrose, nicht zu überzeugen. Schliesslich bleibt zu erwähnen, dass auch Dr. L.____ in seinem Gutachten zumindest von einer möglichen Teilursächlichkeit der Meniskusläsion ausgeht.

5.4 Die durch die Beschwerdegegnerin ins Recht gelegten ärztlichen Gutachten vermögen nicht zu überzeugen und lassen daher nicht auf eine Abweisung der Beschwerde mangels Leistungspflicht der Unfallversicherung schliessen. Aufgrund der Tatsache, dass die Argumentation der Beschwerdegegnerin nicht überzeugt - da nicht auf die Gutachten von Dr. L.____ und Dr. I.____ abgestellt werden kann - stellt sich die Frage, ob die Sache zur erneuten Abklärung an die Vorinstanz zurückgewiesen werden muss. Von einer Rückweisung zur rechtsgenüglichen Abklärung des fraglichen Kausalzusammenhangs kann indessen abgesehen werden, wenn sich aufgrund der gesamten Aktenlage ein eindeutiges Beweisergebnis ergibt (vgl. 3.4 hiervor). Letzteres trifft, wie nachfolgende Ausführungen aufzeigen, vorliegend zu.

5.5 Die Spezialärzte Dr. K.____ und Dr. J.____ kommen, nach eingehender Würdigung der medizinischen Vorakten, zum Schluss, dass die medial betonte Gonarthrose der Versicherten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 30. März 2005 zurückzuführen ist. Dr. J.____ legt in seinem Gutachten vom 19. Dezember 2011 ausführlich und nachvollziehbar dar, dass vor dem Unfallereignis im Jahr 2005 kein krankhafter Vorzustand bestanden hat, welcher die im Jahr 2011 diagnostizierte medial betonte Gonarthrose erklären würde. Zu dieser Schlussfolgerung gelangt Dr. J.____ nach umfassender Würdigung der MRI-Befunde vom 14. April 2005, 7. August 2006 und 21. April 2011, sowie des Arztberichts von Dr. G.____ vom 1. Juni 2011, und beider Kniearthroskopien vom 25. Mai 2005 und 18. November 2006. Er zeigt in überzeugender Weise auf, dass eine beginnende mediale Gonarthrose im Kniegelenk rechts erstmals im Jahre 2006 festgestellt werden konnte. Frühere, im Jahr 2005 vorgenommene, gleichartige medizinische Abklärungen haben hingegen keine vergleichbaren Diagnosen ergeben. Die radiologischen und arthroskopischen Befunde belegen eine chronologische Verschlechterung der Zustandes zwischen 2005 und 2011. Demzufolge ist es - entsprechend den Ausführungen von Dr. J.____ - auch gerechtfertigt, von einer Crescendo-Symptomatik zu sprechen. Dr. J.____ weist zudem darauf hin, dass ein derartiger Krankheitsverlauf (Gonarthrose infolge Schädigung des medialen Meniskus) allgemein bekannt sei, da es aufgrund des veränderten Bewegungsablaufs zu einer neuen Knorpelbeanspruchung im Kniegelenk komme. Auch dieses Argument ist nachvollziehbar und im Bezug auf den vorliegenden Fall überzeugend. Das vermeintlich entkräftende Argument von Dr. I.____, wonach eine einseitige Meniskus-Teilresektion nicht zu einer Varus- oder Valgus-Fehlstellung und dadurch zur Gonarthrose führe, greift ins Leere. Auch Dr. J.____ stimmt dieser Meinung zu, führt die Gonarthrose jedoch gleichzeitig auf eine andere, nachvollziehbare Ursache (veränderter Bewegungsablauf und Knorpelbeanspruchung infolge Meniskus-Teilresektion) zurück. Diese Schlussfolgerungen vom 19. Dezember 2011 werden schliesslich am 13. Februar 2012, nach wiederholtem Aktenstudium und mittlerweile auch in Kenntnis der Diagnose von Dr. L.____ vom 23. Januar 2012, erneut durch Dr. J.____ bestätigt.

5.6 Neben Dr. J.____ vermag auch Dr. K.____ den posttraumatischen Krankheitsverlauf nachvollziehbar darzustellen. Er beschreibt ebenso die lückenlose Dokumentation einer zunehmend posttraumatischen Gonarthrose medial, die sich als direkte Folge des Unfalls entwickeln hat. Neben den Fachärzten Dr. J.____ und Dr. K.____ kommen schliesslich auch der behandelnde Facharzt, Dr. B.____, sowie die Fachärzte Dr. F.____ und Dr. G.____ zum Schluss, dass die mediale Gonarthrose eine posttraumatische Folge darstellt. Schliesslich bleibt an die-

ser Stelle darauf hinzuweisen, dass auch Dr. H.____, der Facharzt und Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, die Ursächlichkeit des Unfalls im Rahmen seiner Schreiben vom 9. Juni 2011 und 23. Juni 2011 als wahrscheinlich bezeichnet.

5.7 Nach pflichtgemässer Würdigung der erwähnten Berichte ist zusammenfassend festzuhalten, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 30. März 2005 und der medial betonten Gonarthrose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann. Die angefochtene Verfügung vom 24. November 2011 und der Einspracheentscheid vom 8. Februar 2012 ist aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Die Beschwerde ist somit gutzuheissen.

6. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. In Gutheissung der Beschwerde werden die Verfügung vom 24. November 2011 sowie der Einspracheentscheid vom 8. Februar 2012 aufgehoben und die ÖKK verpflichtet, über den 13. April 2011 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Präsident Gerichtsschreiber i.V.