

# **BL\_GERICHTE 725 11 145/245 vom 16. August 2010**

BL Gerichte, 2010-08-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725\\_11\\_145\\_245](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_11_145_245)

FR: BL\_GERICHTE 725 11 145/245 du 16 août 2010

IT: BL\_GERICHTE 725 11 145/245 del 16 agosto 2010

## **Regeste**

Leistungen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Auf die frist- und formgerecht beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht eingereichte Beschwerde ist einzutreten. 2.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). 2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 2.3 Zur 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 (vgl. BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat die 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes 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 Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 f. E. 1c mit Hinweisen). Auch einem 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 (vgl. RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95; nicht publ. E. 5b des Urteils BGE 114 V 109, veröffentlicht in RKUV 1988 Nr. U 56 S. 366). Widersprechen sich medizinische Berichte, darf das Gericht den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So führte das Bundesgericht zu den Gerichtsgutachten aus, dass das Gericht "nicht ohne zwingende Gründe" von den Einschätzungen des medizinischen Experten abweicht, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen (BGE 125 V 352 f. E. 3b/aa). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 118 V 290 E. 1b, 112 V 32 f. mit Hinweisen).

2.4 Schliesslich ist in verfahrensrechtlicher Hinsicht noch darauf zu verweisen, dass der Sozialversicherungsprozess vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht ist. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen).

3.1 Vorliegend ist die Diagnosestellung unter den beteiligten Fachpersonen unbestritten. Streitig ist dagegen die natürliche Kausalität der Beschwerden an der linken Schulter zum Unfallereignis vom 5. September 2009.

3.2.1 Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

3.2.2 Dr. med. F. und Dr. med. G., Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital C., diagnostizieren in ihrem Bericht vom 5. September 2009 eine distale Radiusfraktur links 23 A2.1 mit Fraktur Processus styloideus ulnae und eine Rissquetschwunde an der Stirn. Der

Patient habe nach seiner Arbeit als Rangierlokführer in die Führerkabine steigen wollen und sei dabei mit dem Kopf angestossen. Anschliessend sei er auf den linken Arm gefallen. Er habe keine Übelkeit verspürt und habe sich nicht übergeben müssen. Es bestehe eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit bis 20. Oktober 2009. Im Bericht vom 21. September 2009 halten die behandelnden Ärzte fest, dass der Patient über gelegentliche Dysästhesien proximal am volaren Unterarm sowie über Kribbelparästhesien am Daumen berichte. Dr. F. und Dr. G. halten in ihrem Bericht vom 22. April 2010 als Diagnosen eine Läsion der Sehne des Musculus subscapularis und supraspinatus linke Schulter bei verlängertem Heilungsverlauf bei Status nach distaler Radiusfraktur links mit Fraktur Processus styloideus ulnae vom 5. September 2009 fest. Mit Bericht vom 11. Mai 2010 stellen die behandelnden Ärzte die Diagnosen einer Tendinopathie der Supraspinatussehne und Bizepssehne links nach verlängertem Heilungsverlauf und Status nach distaler Radiusfraktur links mit Fraktur Processus styloideus ulnae vom 5. September 2009 (Bericht vom 20. Mai 2010). Die Schmerzproblematik der linken Schulter habe unter physiotherapeutischer Hilfe weiter abgenommen.

3.2.3 In der Aktennotiz vom 10. August 2010 hält der Kreisarzt Dr. med. H. , FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, fest, dass die Schulterbeschwerden abgelehnt werden müssten, weil sie drei Monate nach dem Unfallereignis gemeldet worden seien. Sie seien bloss mögliche Folge des Unfallereignisses.

3.2.4 Dr. F. und Dr. G. halten in ihrem Bericht vom 1. September 2010 fest, dass sie mit der Verneinung des Kausalzusammenhangs nicht einverstanden seien. Der Patient habe erstmals vier Monate nach dem Unfall über vermehrte Schulterschmerzen berichtet. Einer eventuellen Erwähnung von leichten Schulterschmerzen sei aufgrund der vordringlichen Diagnose der Radiusfraktur und dem schleppenden Verlauf wahrscheinlich zunächst keine Bedeutung beigemessen worden. Nach Abklingen der Symptomatik am linken Handgelenk habe der Patient die Schmerzen in der Schulter erst richtig wahrgenommen. Entsprechend der klinischen Erfahrung mit Patienten, die einen Unfall erlitten hätten, sei es häufig so, dass die Patienten nach erfolgter Therapie der Hauptsymptomatik erst verspätet über sekundäre Beschwerden klagen würden, da die Patienten diesen Beschwerden zunächst keine Bedeutung zumessen würden oder weil die primären Beschwerden die sekundären überdecken würden. Zudem halte man die Beschwerden in der linken Schulter bei initialem Trauma an der linken Extremität für nicht so unwahrscheinlich, weil der Patient bereits in der initialen Anamnese vom 5. September 2009 einen Sturz auf den linken Arm angegeben habe. Eine Traumatisierung der Supraspinatussehne und Bizepssehne sei hier keineswegs unwahrscheinlich. Zudem habe sicherlich eine Schonhaltung bei persistierenden Schmerzen und sechswöchigem Gipstragen zur schleichenden Exazerbation einer bereits bestehenden Symptomatik beigetragen. Das Schultergelenk bedürfe im Allgemeinen einer regelmässigen Bewegung, wie die Problematiken der Schultersteife nach längerdauernder Ruhigstellung in der Medizinhistorie zeigen würden. Schliesslich sehe man einen wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 5. September 2009 und den gemeldeten Schulterbeschwerden.

3.2.5 In der ärztlichen Beurteilung vom 6. Oktober 2010 hält Kreisarzt Dr. H. fest, dass aktenkundig keine Schulterpathologie in unmittelbarer Folge des Unfallereignisses dokumentiert worden sei. Die Ausführungen der Ärzte des Spitals C. seien spekulativ. Die Aussage der Ärzte, eine Traumatisierung der Supraspinatus- und Bizepssehne sei hier keineswegs unwahrscheinlich, schliesse die Zuständigkeit der Unfallversicherung geradewegs aus. Auch genüge die Argumentation des Betriebs, vor dem Ereignis vom September 2009 sei der Versicherte von Seiten der Schulter her

beschwerdefrei gewesen, nicht, um die Unfallkausalität zu begründen. Die vorliegende medizinische Beurteilung erfolge aufgrund der vorgelegten Akten. Es würde nicht erstaunen, wenn die weiteren Abklärungen einen davon divergierenden Sachverhalt ergeben würden mit einem früheren Auftreten von Schulterbeschwerden, erklärt durch die Ruhigstellung der Radiusfraktur auf einer Gipsschiene und schmerzbedingt vermindertem Gebrauch der oberen Extremität. Hier wäre die Unfallkausalität als wahrscheinlich anzunehmen. Dies sei jedoch eine andere Einschätzung als diejenige, die die behandelnden Ärzte im Schreiben des Spitals C. geäußert hätten.

### 3.2.6 Das Kantonsgericht beauftragte in der Folge Prof. E. mit der gutachterlichen Abklärung der Kausalitätsfrage. In seinem orthopädischen Gutachten vom 31. Januar 2012 diagnostiziert er nach Aktenlage eine Rotatorenmanschetten-Tendinopathie (Supraspinatus-/Bizeps longus-Sehne) links, den Status nach distaler Radiusfraktur links (dorsaler knöcherner Abriss am Radius) und Fraktur des Processus styloideus ulnae links durch Sturzereignis am 5. September 2009, konservativ behandelt sowie den Status nach möglicher Schulterkontusion links anlässlich des Sturzereignisses am 5. September 2009. In seiner Beurteilung stellt Prof. E. fest, dass sich aus dem leeren Vorerkrankungsverzeichnis keine Schlüsse ziehen lassen würden, da auch die häufige unfallfremde Degeneration der Rotatorenmanschette über lange Zeiträume normalerweise stumm verlaufe. Der vom Explorand beschriebene Ereignisverlauf, bei welchem eine direkte Schulterverletzung weder subjektiv geltend gemacht worden sei noch irgendwelche zeitnahe objektive Befundangaben oder Hinweise für eine solche vorliegen würden, sei auch vom theoretisch möglichen Unfallmechanismus (Fall auf die Schulter aus geringer Höhe) her nicht geeignet, eine bleibende ernsthafte Schädigung der Rotatorenmanschette zu verursachen. Allenfalls geeignete Mechanismen wie Luxation, übermässige Elevation oder Abduktion, die einen Zangenmechanismus denkbar machen würden, oder gewaltsame Auslenkung gegen maximalen muskulären Widerstand, seien nicht erfolgt. Auch das Verletzungsbild mit den zystischen Veränderungen habe eine degenerative Ursache. Aus dem zeitlichen Verlauf könnten weiterführende Schlüsse gezogen werden. Ganz generell gelte, dass nach einem Trauma ein Decrescendoverlauf folge. Die Schmerzintensität sei am Beginn der Verletzung am höchsten und klinge in den folgenden Stunden, Tagen oder Wochen (je nach Ausmass der Verletzung) dem Heilungsverlauf entsprechend ab. Umgekehrt sei bei nichttraumatischen degenerativen Entwicklungen ein Crescendoverlauf entsprechend der Progression häufig zu erwarten. In casu sei der "Onset" der Beschwerden, wie ihn der Explorand am 15. Oktober 2010 ausführlich beschreibe, typisch für ein degeneratives Leiden. Er beschreibe, dass die Schulterschmerzen im Dezember 2009 einfach plötzlich aus vorherigem Wohlbefinden dagewesen seien. Sie seien weder durch eine körperliche Verrichtung ausgelöst noch durch etwas Aussergewöhnliches ausgelöst worden. Die Beschwerden hätten im Verlauf des Dezembers zugenommen (Crescendoverlauf), so dass der Explorand Ende 2009/Anfang 2010 seine Ärzte im Spital C. erstmals informiert habe. Mit Sicherheit sei beim Sturz am 5. September 2009 keine Kontinuitätsdurchtrennung (Rotatorenmanschettenruptur) ausgelöst worden, wie das MRI vom 30. April 2010 beweise. Als Möglichkeit sei eine einfache Prellung nicht auszuschliessen. Eine unkomplizierte Weichteilprellung heile aber gewöhnlich im Decrescendoverlauf innerhalb von spätestens zwei bis drei Monaten anatomisch aus. Sie würde daher zum Zeitpunkt des subjektiven langsamen Schmerzbeginns als somatisch begründbare Schmerzursache nicht mehr wahrscheinlich sein. In der gesamten Gutachtensliteratur bezüglich Rotatorenmanschettenruptur werde ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen postuliertem Unfallereignis und

Beschwerdebeginn als obligat gefordert und ein erster Arztbesuch zur Schulterbefunderhebung später als 72 Stunden bereits als nicht mehr aussagekräftig für einen unfallkausalen Zusammenhang gesehen. Zwar gehe es in casu um eine allfällige weniger bedeutsame anatomische Läsion und es sei gleichzeitig eine schmerzhafte Handgelenksverletzung vorgelegen, sodass der Zusammenhangszeitraum etwas weiter gefasst werden könne. Wenn aber gemäss Aussage des Beschwerdeführers dieser vor Dezember 2009, also einem Zeitpunkt, als die Handgelenksfraktur bereits konsolidiert gewesen und der Gips bereits abgenommen worden sei, in keinsten Weise Beschwerden an der linken Schulter wahrgenommen habe – nicht einmal ein geringes Ziehen oder dergleichen –, dann sei das anschliessende spontane Neuauftreten von Schulterbeschwerden mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen unfallfremden degenerativen Prozess und nicht mehr auf eine höchstens mögliche Schulterkontusion am 5. September 2009 mit vorübergehenden, durch die Handgelenksbeschwerden kaschierten Schmerzen zurückzuführen. Zusammenfassend kommt Prof. E. zum Schluss, dass die am 15. April 2010 ärztlich festgestellte schmerzhafte Funktionsbeeinträchtigung der linken Schulter durch die am 30. April 2010 kernspintomographisch aufgezeigten anatomischen Veränderungen an Supraspinatus- und langer Bizepssehne sowie die Zystenbildung im Ansatz der Teres minor-Sehne vollständig erklärt seien. Diese schmerzhafte Funktionsbeeinträchtigung und die genannten anatomischen Veränderungen stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in keinem kausalen Zusammenhang – auch nicht in einem teilkasualen Sinne – zum Unfallereignis vom 5. September 2009. Es handle sich vielmehr um Erstmanifestationen einer eigenständigen degenerativen Entwicklung, die zudem aus eigener Dynamik in der Zukunft noch fortschreiten könne.

3.3.1 Mit Beschluss vom 15. September 2011 hielt das Kantonsgericht fest, dass die beiden vorliegenden Meinungen des Spitals C. einerseits und des SUVA-Kreisarztes Dr. H. andererseits bezüglich der Frage der Unfallkausalität der Schulterbeschwerden diametral auseinander liegen würden. Ohne eine weitere, unabhängige Beurteilung des Sachverhalts könne die Frage der Unfallkausalität nicht abschliessend beantwortet werden. Aus diesem Grund ordnete es die gutachterliche Abklärung des Sachverhalts durch den Orthopäden Prof. E. an. Hintergrund dieses Gerichtsgutachtens bildet das Grundsatzurteil des Bundesgerichts, wonach ein Anspruch auf ein Gerichtsgutachten besteht und es sich aufdränge, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall selbst ein gerichtliches Gutachten einholt, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen medizinischen Sachverhalt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine bereits eingeholte Expertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht ausreichend beweiskräftig ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

3.3.2 Das vom Kantongericht in Auftrag gegebene Gutachten von Prof. E. vom 31. Januar 2012 erfüllt sämtliche rechtsprechungsgemässe Voraussetzungen an ein Gutachten. Es weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. Erwägung 2.3 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und es ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Das Gutachten weist sodann keine Widersprüche auf. Es enthält eine ausführliche Darlegung und eingehende Würdigung der medizinischen Aktenlage. Prof. E. legt in nachvollziehbarer Weise und unter Offenlegung seiner Beurteilungskriterien und der medizinischen Fachliteratur dar, dass die Schulterbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine – auch nicht teilweise –

direkte oder indirekte Folge des Unfallereignisses vom 5. September 2009 waren. Weiter zeigt er schlüssig auf, weshalb es nicht überwiegend wahrscheinlich ist, dass die Schulterbeschwerden aufgrund der Ruhigstellung des linken Handgelenks mit dorso-volarer Gipsschiene ganz oder teilweise eine indirekte Folge des Unfallereignisses sind. In diesem Zusammenhang führt er aus, dass keine Ruhigstellung des Schultergelenks durch Fixation des Oberarmes an den Rumpf erfolgt sei, was allenfalls eine Schultersteife durch Kapselschrumpfung, nicht aber eine Zystenbildung und organisch objektivierbare Tendopathien auslösen würde. Schliesslich legt er überzeugend dar, dass für die Beschwerden aufgrund der organisch objektivierbaren Befunde an der linken Schulter typischerweise und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine beginnende Rotatorenmanschettdeneration in Frage komme. In Bezug auf die abweichende ärztliche Einschätzung von Dr. F. und Dr. G. in ihrem Bericht vom 1. September 2010 legt Prof. E. unter eingehender Würdigung dieser Auffassung schlüssig dar, weshalb ihr nicht gefolgt werden kann. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprächen, gibt es somit keine. Auch der Umstand, dass es sich um ein reines Aktengutachten handelt, vermag den Beweiswert nicht zu schmälern, denn der medizinische Sachverhalt stand im Wesentlichen bereits fest. Es ging lediglich noch um die Beurteilung der Kausalitätsfrage. Dem Gutachten von Prof. E. kommt somit volle Beweis-kraft zu, weshalb es bei der Beurteilung der medizinischen Sachlage massgebend ist.

#### **E. 4**

Die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Gestützt auf das orthopädische Gutachten von Prof. E. vom 31. Januar 2012 ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerden an der linken Schulter keine direkte oder indirekte Folge des Unfallereignisses vom 5. September 2009 sind. Der Kausalzusammenhang muss daher verneint werden. Da es an einer Anspruchsvoraussetzung fehlt, hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht abgelehnt. Der angefochtene Entscheid erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

#### **E. 5**

Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, dass das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die Kosten der Begutachtung durch Prof. E. in der Höhe von Fr. 3'488.45 sind der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. August 2012, 8C\_336/2012, E. 6 und BGE 137 V 210 E. 4.4.2). Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Kosten für die gerichtliche Begutachtung in der Höhe von Fr. 3'488.45 werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. 4. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen. Gegen diesen Entscheid wurde von der Beschwerdegegnerin am 18. Januar 2013 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. 8C\_61/2013 ) erhoben.