

SO_GERICHTE VSBES.2016.139 vom 14. April 2016

SO Obergericht, 2016-04-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.139

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.139 du 14 avril 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.139 del 14 aprile 2016

Erwägungen

E. 1

1.1 Mit Schadenmeldung UVG vom 11. Mai 2010 (KA [Korrespondenzakten der Helsana] 2) wurde der Helsana Unfall AG (nachfolgend Beschwerdegegnerin) mitgeteilt, A.____ (nachfolgend Beschwerdeführerin), geb. 1977, sei am 25. Februar 2010 beim Skifahren gestürzt und habe sich dabei am linken Knie verletzt. Im Bericht von Dr. med. B.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, vom 12. Mai 2010 (MA [Medizinische Akten der Helsana] 1) wurde dazu ausgeführt, die erste ärztliche Beurteilung sei erst drei Wochen nach dem Unfallereignis bei Dr. med. C.____ erfolgt. Eine spezifische Therapie sei nicht eingeleitet worden. Aufgrund der Beschwerdepersistenz bei gewissen Bewegungen mit medialisseitigen Schmerzen sei dann am 19. April 2010 eine MRI-Untersuchung durchgeführt worden. Es bestehe ein Status nach proximaler Ruptur des medialen Seitenbandes am Knie links mit nach wie vor stark ödematöser Aufsplitterung. Es bestehe keine Meniskusläsion und die Kreuzbänder seien unauffällig. Mit Bericht vom 10. Juni 2010 (MA 2) hielt Dr. med. B.____ sodann fest, die Beschwerdeführerin sei relativ beschwerdearm. Bei recht guter Situation erfolge im Moment der Behandlungsabschluss.

1.2 Am 31. Oktober 2011 meldete sich die Beschwerdeführerin wegen Schmerzen im Kniegelenk in der D.____ (MA 7). Am 20. Februar 2012 erfolgte eine Kniearthroskopie, eine arthroskopische TME medial, eine Knorpelglättung sowie eine Entfernung freier Gelenkkörper (MA 3). Das MRI vom 25. Juni 2013 (MA 13) ergab im linken Knie Zeichen der medialen Gonarthrose, eine progrediente Chondropathie femorotibial mediales Kompartiment, Grad III ■ IV, eine femoropatellare Chondropathie Grad III, insbesondere der Trochlea und retropatellar mediales Kompartiment, einen medialen Meniskus, Riss im Corpus, eine Bursitis Pes anserinus, einen Gelenkerguss sowie eine kleine Baker-Zyste.

1.3 Am 4. Januar 2014 meldete die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin einen Rückfall zum Unfall vom 25. Februar 2010 (KA 40). Am 7. April 2014 wurde der Beschwerdeführerin am Knie links eine mediale Schlittenprothese eingesetzt (MA 32).

1.4 Mit Aktenbeurteilung vom 31. Juli 2015 (MA 43) kam der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Prof. Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, zum Schluss, durch neue Fakten und Erkenntnisse könne keine Rückfallkausalität für die Kniegelenkspathologie ab Juni 2010 in Anspruch genommen werden.

Gestützt darauf kam die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 10. August 2015 (KA 108) zum Schluss, ab dem 10. Juni 2010 bestehe kein Anspruch mehr auf Versicherungsleistungen. Auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Leistungen werde verzichtet. Der Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 25. Februar 2010 und dem Meniskusschaden sowie den bestehenden Beschwerden am linken Knie werde

verneint. Hinsichtlich der Ruptur des medialen Kollateralbandes am linken Knie sei der Status quo sine vel ante am 10. Juni 2010 erreicht worden. Dagegen liess die Beschwerdeführerin am 14. September 2015 Einsprache erheben (KA 113), welche die Beschwerdegegnerin mit Entscheid vom 14. April 2016 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) abwies.

2. Gegen diesen Entscheid lässt die Beschwerdeführerin am 14. Mai 2016 fristgerecht Beschwerde beim Versicherungsgericht erheben (A.S. 17 ff.) mit den Rechtsbegehren:

1. Es sei der Einspracheentscheid vom 14. April 2016 aufzuheben und es sei festzustellen, dass die Beschwerdeführerin über den 10. Juni 2010 hinaus Anspruch auf Versicherungsleistungen hat.

2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

3. Mit Beschwerdeantwort vom 30. Mai 2016 (A.S. 25 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

4. Mit Replik vom 31. August 2016 (A.S. 37 ff.) hält die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Gleichzeitig lässt sie eine ärztliche Stellungnahme von Dr. med. F.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 20. Juli 2016 einreichen. Die Beschwerdegegnerin verzichtet in der Folge auf eine Duplik (A.S. 42)

5. Mit Verfügung vom 10. November 2016 (A.S. 47 f.) hält der Präsident des Versicherungsgerichts fest, es sei vorgesehen, ein gerichtliches Gutachten zu veranlassen.

6. Mit Verfügung vom 13. Februar 2017 (A.S. 57 f.) wird zur Ausarbeitung des Gutachtens Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, von der H.____ bestimmt.

7. Das Gutachten von Dr. med. G.____ ergeht am 30. Juni 2017 (A.S. 62 ff.).

8. Mit Stellungnahme vom 10. Juli 2017 (A.S. 95 f.) lässt sich die Beschwerdegegnerin zum Gutachten vernehmen.

9. Mit Stellungnahme vom 29. August 2017 (A.S. 98 f.) beantragt die Beschwerdeführerin, es sei ein neues Gutachten anzuordnen, da Dr. med. G.____ in seinem Gutachten den Bericht von Dr. med. F.____ ignoriert habe und damit den Anschein der Befangenheit erwecke.

10. Mit Verfügung vom 14. September 2017 (A.S. 107 f.) wird festgestellt, dass der Bericht von Dr. med. F.____ vom 20. Juli 2016 im Gutachten von Dr. med. G.____, H.____, vom 30. Juni 2017 nicht mit einbezogen worden sei. Deshalb gingen die vollständigen Akten inklusive des Berichts von Dr. med. F.____ vom 20. Juli 2016 an Dr. med. G.____, damit dieser unter Einbezug des vorgenannten Berichts von Dr. med. F.____ sein Gutachten ergänze und die Gutachtensfrage noch einmal beantworte.

11. Das ergänzte Gutachten von Dr. med. G.____ ergeht am 29. September 2017 (A.S. 115 ff.).

12. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist

einzutreten.

E. 2

2.1 Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20]). Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 % des versicherten Verdienstes; bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG).

2.2 Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]).

E. 3

3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) setzt 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter 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 181 E. 3.1, 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

3.2 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, 123 V 103 E. 3d, 139 E. 3c, 122 V 416 E. 2a, 121 V 49 E. 3a mit Hinweisen).

4. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin sei sie nach dem Unfallereignis vom 25. Februar 2010 bezüglich des linken Knies zu keinem Zeitpunkt beschwerdefrei

gewesen. Es habe auch eine durchgängige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Die Beschwerdegegnerin habe ihre Leistungspflicht vollumfänglich anerkannt. Entsprechend sei sie für alle Heilungskosten aufgekommen. Die Beschwerdegegnerin habe die Unfallkausalität mehrmals durch ihre beratenden Ärzte beurteilen lassen. Diese seien jedes Mal zum Schluss gekommen, dass die Kausalität der Befunde gegeben sei. Erst im Rahmen des Einspracheverfahrens gegen die Verfügung vom 19. November 2014 bzw. im diesbezüglichen Einspracheentscheid habe die Beschwerdegegnerin erstmals behauptet, dass zwischen den bestehenden Kniebeschwerden bzw. -verletzungen und dem Unfallereignis vom 25. Februar 2010 angeblich kein Kausalzusammenhang bestehen solle. Die Beschwerdegegnerin stütze diese Behauptung auf eine Aktenbeurteilung durch Prof. Dr. med. E. ___ vom 31. Juli 2015. Dabei sei klar festzuhalten, dass selbst Prof. Dr. med. E. ___ in früheren Beurteilungen zum Schluss gekommen sei, dass der Kausalzusammenhang ausgewiesen sei. Bei den Aktenbeurteilungen durch Prof. Dr. med. E. ___ handle es sich um versicherungsinterne medizinische Gutachten. Gemäss BGE 135 V 465 bestehe kein förmlicher Anspruch des Versicherten auf eine versicherungsexterne Begutachtung. Eine solche sei indessen anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestünden. Vorliegend bestünden mehr als nur geringe Zweifel an der Beurteilung durch Prof. Dr. med. E. ___. Dieser sei in seiner früheren Beurteilung zum Schluss gelangt, dass der Kausalzusammenhang ausgewiesen sei. Erstmals in seiner Beurteilung vom 31. Juli 2015 habe er die Kausalität verneint. Alleine diese widersprüchlichen Beurteilungen würden grosse Zweifel an den Einschätzungen durch Prof. Dr. med. E. ___ wecken. Hinzu komme, dass die Beurteilung von Prof. E. ___ vom 31. Juli 2015 auch inhaltlich nicht zu überzeugen vermöge. So setze er sich mit den Berichten des behandelnden Orthopäden Dr. med. F. ___ nicht auseinander. Dr. F. ___ lege im Bericht vom 20. Juli 2016 unter anderem dar, dass die Einschätzung von Prof. Dr. med. E. ___ falsch sei, hingegen die Einschätzung des I. ___, welches die Meniskusschädigungen beschrieben habe, als korrekt einzustufen sei. Ein bone bruise müsse nicht zwangsläufig vorhanden sein. Vor allem handle es sich um eine Valgustrauatisierung mit einer Ruptur des medialen Seitenbandes, was dazu geführt habe, dass die Stabilität auf der Innenseite stärker beschädigt worden sei, als initial angenommen worden sei, da primäre Stabilisationsfaktoren wie der Faserring des medialen Meniskus beschädigt worden seien und dies nicht initial erkannt worden sei. Sodann zeige Dr. med. F. ___ auf, dass die Arthroskopie vom 3. Dezember 2013 das Bild einer rasch progredient fortschreitenden posttraumatischen Veränderung zeige und somit klar in Bezug zum Ereignis vom 25. Februar 2010 zu setzen sei. Des Weiteren sei festzustellen, dass die Auffassung von Prof. Dr. med. E. ___, wonach die Arthrose nicht posttraumatischen Ursprungs sein solle, von ihm nicht begründet werde. Diesbezüglich sei in Erinnerung zu rufen, dass die Versicherte zum Unfallzeitpunkt erst 33 Jahre alt gewesen sei und sich die Arthrose sehr schnell entwickelt habe. Diese Tatsache spreche für eine unfallbedingte Entwicklung. Hierzu mache Prof. Dr. med. E. ___ keine Erläuterungen.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, keine der drei Begründungen in der Stellungnahme von Prof. Dr. med. E. ___ vom 8. Mai 2012 vermöchten zu überzeugen. Es stelle sich insbesondere die Frage, inwiefern die in der Operation vom 20. Februar 2012 erstmals dokumentierte Läsion im medialen Kompartiment überwiegend wahrscheinlich unfallbedingt sein könne, wenn diese erstmals 2 Jahre nach dem Unfallereignis festgestellt werde und in den zeitnahen medizinischen Unterlagen und Bildgebungen gerade keine Läsion im medialen Kompartiment ausgewiesen, bzw. sogar

ausgeschlossen worden sei. Die späteren Stellungnahmen von Prof. Dr. med. E.____ würden allesamt auf der Fehlbeurteilung in seiner ersten Stellungnahme vom 8. Mai 2012 beruhen. In den nachfolgenden Stellungnahmen sei jeweils von der falschen Kausalitätsbeurteilung gemäss der ersten Beurteilung ausgegangen worden, weshalb auf diese nicht abgestellt werden könne. Mit Stellungnahme vom 31. Juli 2015 habe Prof. Dr. med. E.____ die Kausalitätsfrage neu beurteilt und revidiert, nachdem er das MRI persönlich nachbefundet habe. Die revidierte Kausalitätsbeurteilung von Prof. Dr. med. E.____ sei schlüssig und stehe im Einklang mit den zum Unfallereignis zeitnahen medizinischen Unterlagen. Demnach stünden der Meniskusschaden sowie die osteochondralen Läsionen der Femurkondylen am linken Knie nicht überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 25. Februar 2010 und zwar insbesondere deswegen, weil sie erst mehrere Jahre nach dem Unfallereignis erstmals dokumentiert würden und bis dahin in den echtzeitlich, zum Unfallereignis zeitnahen Bildgebungen gerade nicht ausgewiesen bzw. sogar ausgeschlossen worden seien. Hinzuweisen sei zudem darauf, dass der Meniskusschaden sowie die osteochondralen Läsionen erstmals nach einem längeren beschwerdefreien Intervall von 9, bzw. 17 Monaten in den medizinischen Unterlagen dokumentiert würden. Zudem bestünden diverse degenerative Veränderungen, sowohl im hier fraglichen linken, als auch im unfallfreien rechten Knie sowie weitere unfallfremde Faktoren. Sodann habe das MRT vom linken Knie vom 19. April 2010 gemäss Bericht von Dr. med. J.____ vom selben Tage eine proximale Ruptur des medialen Seitenbandes ergeben. Das laterale Seitenband sei intakt gewesen. Im Arztbericht vom 12. Mai 2010 habe Dr. med. B.____ festgehalten, dass die Beschwerdeführerin im Moment im Alltag beschwerdefrei gewesen sei. In ihrer Funktion als Tennislehrerin habe sie nur bei eigenem Spiel gelegentlich Schmerzen medialseitig am Knie links, es bestehe keine wesentliche subjektive Instabilität. Die Seitenbandläsion sei glücklicherweise ohne adäquate Behandlung in einigermaßen stabiler Situation am Ausheilen. Im Verlaufsbericht vom 10. Juni 2010 habe Dr. med. B.____ sodann festgehalten, dass die Beschwerdeführerin relativ beschwerdearm sei. Bei recht guter Situation erfolge der Behandlungsabschluss. Die Physiotherapie sei noch bis zum 31. Januar 2011 durchgeführt worden. In diesem Zeitpunkt sei die Behandlung beendet und der Fall bei der Helsana formlos abgeschlossen worden. Somit sei die ärztliche Behandlung bei recht guter Situation bereits im Juni 2010, d.h. knapp 4 Monate nach dem Unfallereignis, wieder abgeschlossen worden. Die Physiotherapie sei noch bis am 31. Januar 2011 weitergeführt und von der Beschwerdegegnerin übernommen worden. Danach sei der Fall bei der Beschwerdegegnerin abgeschlossen worden. Seit dem Zeitpunkt des Fallabschlusses seien bezüglich dem medialen Seitenband keine Leistungen mehr zur Diskussion gestanden. Demzufolge sei der Status quo sine vel ante hinsichtlich dem medialen Seitenband mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit dem 10. Juni 2010 erreicht. Abschliessend sei festzuhalten, dass zwischen dem Meniskusschaden sowie den osteochondralen Läsionen der Femurkondylen am linken Knie und dem Ereignis vom 25. Februar 2010 nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ein Kausalzusammenhang ausgewiesen und dass hinsichtlich der Bandverletzung der Status quo sine vel ante mit überwiegender Wahrscheinlichkeit am 10. Juni 2010 erreicht worden sei. Die Leistungseinstellung ex nunc et pro futuro unter Verzicht auf die Rückforderung der bis zum 22. Oktober 2014 erbrachten Leistungen für Heilbehandlung und bis zum 1. Februar 2015 erbrachten Taggeldleistungen sei somit nicht zu beanstanden.

5. Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin ihre weitergehende Leistungspflicht mit Verfügung vom 10. August 2015 bzw. Einspracheentscheid vom 14. April 2016 zu Recht verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

5.1 Im Bericht von Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, vom 12. Mai 2010 (MA 1) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin habe am 25. Februar 2010 beim Skifahren eine Kniegelenksdistorsion links mit sofortigen medialen Knieschmerzen erlitten. Die erste ärztliche Beurteilung sei dann erst 3 Wochen später bei Dr. med. C.____ erfolgt. Eine spezifische Therapie sei nicht eingeleitet worden. Aufgrund der Beschwerdepersistenz bei gewissen Bewegungen mit mediallyseitigen Schmerzen sei am 19. April 2010 eine MRI-Untersuchung durchgeführt worden. Diese habe einen Status nach proximaler Ruptur des medialen Seitenbandes mit nach wie vor stark ödematöser Aufsplitterung sowie Bakerzyste von 5x4x2cm ergeben, keine Meniskusläsion, die Kreuzbänder seien unauffällig. Im Moment sei die Beschwerdeführerin im Alltag beschwerdefrei. In ihrer Funktion als Tennislehrerin verspüre sie nur bei eigenem Spiel gelegentlich Schmerzen mediallyseitig am Knie links, es bestehe keine wesentliche subjektive Instabilität.

5.2 Im Verlaufsbericht vom 10. Juni 2010 (MA 2) führte Dr. med. B.____ aus, die Beschwerdeführerin sei relativ beschwerdearm, habe nach einem längeren Arbeitstag mit 10 ■ 12 h Tennis etwas Schmerzen im proximalen Seitenbandansatz, fühle sich subjektiv jedoch nicht wesentlich instabil. Bei recht guter Situation erfolge im Moment der Behandlungsabschluss.

5.3 Im Bericht der D.____ vom 14. Dezember 2011 (MA 4) wurde festgehalten, die Tennislehrerin leide unter persistierenden Kniegelenksschmerzen seit einem Unfall vor knapp 2 Jahren. Das MRT zeige einen grossen, mehrkammerigen Flüssigkeitsbefund dorsal und dorsomedial vorwiegend in Höhe des Gelenkes mit direktem Kontakt zum medialen Meniskushinterhorn, Meniskus mit Zeichen der Inhomogenität, jedoch keine Rissbildung nach klassischen MRT Kriterien, mässige Chondropathie.

5.4 Am 20. Februar 2012 (MA 3) erfolgte in der D.____ eine Kniearthroskopie, eine arthroskopische TME medial, eine Knorpelglättung sowie die Entfernung freier Gelenkkörper (Plicaresektion und Ganglionenfernung). Zur Indikation wurde festgehalten, am 25. Februar 2010 sei es zu einer Distorsion des Kniegelenkes links beim Skifahren gekommen. In der Folge seien wiederkehrende Schmerzen und Schwellungszustände aufgetreten. Die sportlich aktive Patientin und Tennistrainerin sei durch die wiederkehrende Symptomatik erheblich eingeschränkt. In der MRT-Dokumentation würden sich eine mediale Meniskusläsion, eine Partiailläsion des vorderen Kreuzbandes bei erhaltener Kontinuität, ein zystischer Befund dorsal des Meniskus, Zeichen der Chondropathie des femoropatellaren Kompartimentes und medial zeigen.

5.5 Prof. Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, hielt in seinem Bericht vom 8. Mai 2012 (MA 8) fest, es handle sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um einen Rückfall bzw. um eine Spätfolge zum Unfallereignis. Seit dem Ereignis klage die Beschwerdeführerin über rezidivierende Schmerzen und Schwellungszustände. Im MRT sei zweimalig eine Meniskusläsion diagnostiziert worden.

5.6 Im Bericht betreffend MRI Knie rechts vom 1. Juni 2012 wurden folgende Befunde erhoben:

5.7 Im Bericht vom 11. Juni 2013 (MA 12) führte Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH und Traumatologie des Bewegungsapparates, von der aus, die Beschwerdeführerin habe sich erneut wegen zunehmender Beschwerden des linken Kniegelenkes bei Status nach arthroskopischer Operation im Februar D.____ 2012 gemeldet. Intraoperativ würden die erheblichen Chondropathien des medialen Femurkondylus sowie des femoropatellaren Kompartimentes beschrieben. Die Schmerzen und Schwellungszustände seien belastungsabhängig. Sie bemühe sich um Erhaltung sportlicher Aktivitäten, dies auch berufsbezogen im Beruf als Tennislehrerin.

5.8 Im MRI-Bericht betreffend das Knie links vom 25. Juni 2013 (MA 13) wurden folgende Befunde erhoben:

5.9 Im Bericht von Dr. med. F.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, von der L.____, vom 7. Oktober 2013 (MA 16) wurde ausgeführt, es bestehe eine traumatisch bedingte osteochondrale Läsion des medialen Femurcondylus sowie auch am medialen Tibiaplateau und eine deutliche Meniskusextrusion medialseitig bei noch intaktem lateralem Kompartiment und deutlicher klinischer hypovalgischer Beinachse.

5.10 Im Bericht betreffend Dreiphasenskelettszintigraphie und SPECT-CT der Knie vom 23. Oktober 2013 (MA 18) wurden folgende Befunde erhoben:

5.11 Am 3. Dezember 2013 (MA 22) wurden bei der Beschwerdeführerin eine Arthroskopie und Knorpelglättung lateraler und medialer Femurkondylus sowie Chondropics lateraler Femurkondylus Knie links durchgeführt.

5.12 Prof. Dr. med. E.____ führte im Bericht vom 19. Dezember 2013 (MA 24) aus, bei der Operation vom 3. Dezember 2013 seien Schäden medial, aber auch lateral aufgedeckt worden, die ungünstig seien für die ursprünglich geplante Umstellungsosteotomie. Aufgrund dieser Tatsache sei als knorpelregenerierende Massnahme eine Mikrofrakturierung durchgeführt worden. Diese Massnahme stehe in einem überwiegenden wahrscheinlichen Zusammenhang mit der ursprünglichen Verletzung vom 25. Februar 2010. Sofern in Zukunft weitere operative Massnahmen geplant würden, z.B. Osteotomie oder Knorpelregeneration, sollte das Dossier dem beratenden Arzt vorgelegt werden. Schliesslich handle es sich bei der Versicherten auch um eine Varusfehlstellung (O-Bein) des linken Kniegelenkes.

5.13 Im Austrittsbericht vom 7. April 2014 (MA 29) wurde von Dr. med. F.____ festgehalten, am 7. April 2014 sei eine mediale Schlittenprothese am Knie links eingesetzt worden. Zudem wurden folgende Diagnosen gestellt:

5.14 Prof. Dr. med. E.____ führte in seinem Bericht vom 15. Mai 2014 (MA 33) aus, aus den MRIs im Verlauf seit 8. Dezember 2010 seien nebst einer grossen Bakerzyste eine Knorpelschädigung medial bei stummelförmigem Meniskus zu sehen. Eine schwere Arthrose liege noch nicht vor, diese habe sich jedoch im weiteren Verlauf medial ausgebildet, wie auf RXganz Beinaufnahme vom 23. Oktober 2013 zu erkennen sei. Zusammengefasst handle es sich um einen auffallend raschen Verlauf von Meniskus und Knorpelschädigung im Jahre 2010 bis zur Ausbildung einer namhaften Gonarthrose. Der Kausalzusammenhang zwischen initialer Schädigung und dem ungünstigen weiteren

Verlauf sei gegeben.

5.15 Im Bericht vom 2. September 2014 (MA 40) hielt Dr. med. K. ___ zuhause der Beschwerdegegnerin fest, die letzte Untersuchung sei am 30. Oktober 2012 erfolgt, damals mit dem Entscheid zur abwartenden Haltung bei bekannter, schwergradiger Chondropathie. Zu diesem Zeitpunkt habe sich keine dringende, umgehend weiterführende Behandlung ergeben, so dass der vorläufige Fallabschluss erreicht worden sei. Die Schädigung des Gelenkknorpels sei entsprechend gut dokumentiert, über die Problematik der erneuten Beschwerdeakzentuierung sei die Beschwerdeführerin damals aufgeklärt worden, ebenso über das Rückfallrecht. Die Beschwerdeführerin sei beim Behandlungsabschluss nicht schmerzfrei gewesen. Es hätten glaubhafte Restbeschwerden, insbesondere belastungsabhängig bestanden. Es gelte festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin zu keiner Zeit vollständig schmerzfrei gewesen sei, die dokumentierte schwergradige Chondropathie erkläre diese Beschwerden.

5.16 Im Bericht vom 1. April 2015 (MA 42) führte Dr. med. F. ___ aus, soweit bestehe ein regelrechter Verlauf. Die Beschwerdeführerin komme heute zur Einjahreskontrolle. Sie habe keine wesentlichen Beschwerden. Am Abend habe sie noch eine leichte Schwellung im Unterschenkel und im Kniegelenk. Sie habe mit einer Umschulung begonnen und ihre eigentliche Arbeit als Tennislehrerin reduziert auf 50 %. Während der anderen 50 % mache sie die Umschulung.

5.17 In seinem Bericht vom 31. Juli 2015 (MA 43) hielt Prof. Dr. med. E. ___ fest, für eine ernsthafte Schädigung des Kniegelenkes sei das Intervall zwischen Traumatisierung am 25. Februar 2010 und Arztvorstellung 3 Wochen später auffallend lang, zumal die Arztkonsultation nicht direkt wegen des Knie Traumas, sondern wegen Einstellung des Quickwertes bei prophylaktischer Antikoagulation (aus nicht mit dem jetzigen Trauma zusammenhängenden Gründen) vorgenommen worden sei. Das knapp 2 Monate nach Ereignis angefertigte MRI des linken Kniegelenkes sei aktuell durch den Unterzeichner nachbefundet worden. Im Gegensatz zu der Befundung durch den Arzt des I. ___-Institutes würden die Menisci als unauffällig beschrieben. Ein bone bruise, wie es regelhaft bei einer Traumatisierung eines Gelenkes zu sehen sei, habe nicht nachgewiesen werden können. Damit scheidet eine wesentliche Traumatisierung am 25. Februar 2010 eigentlich schon aus. Die Kreuzbänder seien intakt gewesen. Eine osteochondrale Läsion, wie sie für eine Traumaanamnese typisch wäre, habe nicht nachgewiesen werden können, wohl oberflächliche Knorpelalterationen. Ein kleiner Gelenkkörper, vermutlich aus Knorpel, sei medial zu sehen. Die Seitenbandläsion sei nach wie vor zu erkennen gewesen. Bemerkenswert sei, dass eine Verbindung der beiden Zysten (Bakerzyste und Semimembranosus Zyste) zum medialen Meniskus nicht habe nachgewiesen werden können, wie das für später angenommen werde. Anlässlich zweier Konsultationen am 11. Mai und 10. Juni 2010 bei Dr. med. B. ___ sei von nur geringfügigen bzw. keinen Beschwerden selbst bei stundenlangem Tennisspiel die Rede. Nach dem 10. Juni 2010 seien keine weiteren Kontrollen bei Dr. B. ___ vorgesehen gewesen, erst im Dezember 2010 habe eine Arztkonsultation wegen des Kniegelenkes stattgefunden. Eine substantielle Information sei erst wieder anlässlich der Konsultation an der D. ___ am 30. Oktober 2011 ein knappes Jahr später aus dem Dossier zu entnehmen. Es werde von einer partiellen Ruptur des vorderen Kreuzbandes gesprochen, die vorher (im MRI vom 19. April 2010) ausgeschlossen worden sei. Weiter würden Beinachsenabweichungen notiert, für die später eine Korrekturosteotomie diskutiert werde. Nochmals 4 Wochen später würden 2 MRI

anlässlich Konsultation der D. ___ besprochen, die wiederum keine Meniskusläsion zeigen würden, dafür werde nun aber ein Ganglion mit Beziehung zum Innenmeniskus identifiziert. Dieses Ganglion sei schon bei der initialen Bildgebung im MRI am 19. April 2010 zu sehen gewesen. Da keine Meniskusläsion vorgelegen habe bzw. zu diesem Zeitpunkt vorliege, handle es sich am ehesten um eine Semimembranosuszyste ohne traumatische Ätiologie. Ihr im Jahre 2010 lobulierter Aspekt deute auf eine längere Vorgeschichte hin, bzw. Entstehung auf degenerativer Basis. Aufgrund der Befundung des MRI vom 19. April 2010 seien die diversen Stellungnahmen seitens des beratenden Arztes so ausgefallen, dass für einen Teil der intraartikulären Veränderungen am linken Kniegelenk eine Traumaätiologie habe angenommen werden können. Aufgrund der aktuellen Vorlage der MRIs vom 19. April 2010 mit direkter bzw. eigener Befundung könne nur noch eine mögliche (natürliche) Kausalität der nach 2012 rapide stattfindenden degenerativen Gelenkzerstörung im Sinne einer Pangoarthrose postuliert werden. In diesem Zusammenhang dürfte es von Interesse sein, dass auch auf der nicht traumatisierten rechten Gegenseite eine beginnende Gonarthrose Platz zu greifen scheine. Damit sei davon auszugehen, dass nach abschliessender Konsultation in der Praxis von Dr. med. B. ___ vom 10. Juni 2010 - 3 ½ Monate nach Ereignis ■ der Fallabschluss im Hinblick auf der einzigen unstrittigen Traumafolge am medialen Seitenband hätte vorgenommen werden sollen. Es fehle im MRI vom 19. April 2010 das bone bruise-Zeichen als Hinweis auf eine wesentliche Knietraumatisierung die einen Knorpelschaden auslösen könne. Eine bereits nur leichte Gelenktraumatisierung gehe regelhaft mit einem im MRI erkennbaren Bone bruise einher.

5.18 In seiner Stellungnahme vom 20. Juli 2016 (A.S. 123 ff.) führte Dr. med. F. ___ aus, die Bilder vom 19. April 2010 zeigten seiner Ansicht nach eine basisnahe Verletzung des Meniskus im Übergang vom Hinterhorn zum Corpus. Beim medialen Femurkondylus handle es sich um einen traumatisch bedingten Knorpelschaden der oberflächlichen Strukturen, welche kein Knochenmarködem verursacht habe. Nichtsdestotrotz sei die oberflächliche Schicht damals durch die Kniedistorsion, zerstört worden. Die gesehene Meniskuszyste entspreche seines Erachtens durchaus einer zwei Monate alten Reaktion auf die Schädigung der Meniskusbasis, was dann häufig dazu führe, dass die Gelenksflüssigkeit über den durchbrochenen Ring und der Schädigung der Kapsel dazu führe, dass ein Meniskusganglion entstehe. Zudem zeige sich eine Aufhängebandverletzung des medialen Seitenbandes zum medialen Meniskus, was im Verlauf der zweiten und dritten MRT-Untersuchung seines Erachtens auch bestätigt werde. Die MRT-Untersuchung am 25. Juni 2013 dokumentiere die Folgen einer posttraumatischen Verletzung schulbuchmässig. Die Bilder würden zeigen, dass der mediale Meniskus extrudiert sei, dies aufgrund der Zerstörung des Faserringes durch die initiale Schädigung, der durch den Unfall zerstört sei und man diesen initial nicht erkannt habe. Entgegen der Ansicht von Prof. Dr. med. E. ___, sei er, Dr. med. F. ___, der Meinung, ein bone bruise müsse nicht zwangsläufig vorhanden sein. Vor allem habe es sich hierbei um eine Valgustraumatisierung mit einer Ruptur des medialen Seitenbandes gehandelt, was dazu geführt habe, dass die Stabilität auf der Innenseite stärker beschädigt worden sei als initial angenommen, da primäre Stabilisationsfaktoren wie der Faserring des medialen Meniskus beschädigt worden seien und dieses nicht initial erkannt worden sei. Dass mit dem Nichtvorhandensein eines bone bruise eine wesentliche Traumatisierung am 25. Februar 2010 ausscheide, sei somit nicht korrekt. Hinzu komme, dass die Knorpelschädigung, welche am medialen Femurkondylus stattgefunden habe, wahrscheinlich aufgrund von Scherbewegungen entstanden sei und deswegen nur die oberflächliche Schicht des Knorpels eine Verletzung erlitten habe. Tiefe

Schichten, welche dann häufig zu einem bone bruise führen würden, seien nicht mitverletzt worden. Die wesentliche Zusatzverletzung des Meniskusringes, welche dann dazu geführt habe, dass eine Destabilisierung des Gelenkes stattgefunden habe und damit auch als Grund für die posttraumatische Entwicklung zur Arthrose geführt habe, diese Verletzung müsse sicherlich nicht mit einem bone bruise einhergehen.

6. Die Beschwerdegegnerin stellt in ihrem Entscheid im Wesentlichen auf die Aktenbeurteilung ihres beratenden Arztes, Prof. Dr. med. E.____, vom 31. Juli 2015 (MA 43) ab. Die Rechtsprechung hat den Berichten von versicherungsinternen medizinischen Fachpersonen sowie von ständigen Vertrauensärzten eines Versicherungsträgers stets Beweiswert zuerkannt. Ihnen kommt jedoch praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Solche Zweifel können sich namentlich aus einem nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes ergeben. Der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung genügt in diesem Zusammenhang nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

Speziell am vorliegenden Fall ist unter anderem, dass der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Prof. Dr. med. E.____, während mehreren Jahren in all seinen Berichten die Unfallkausalität sämtlicher Kniebeschwerden bejahte (vgl. MA 8, 14, 24, 33) und erst in der Aktenbeurteilung vom 31. Juli 2015 (MA 43) ■ nachdem er die bildgebenden Abklärungen «genauer studiert» habe ■ zum Schluss kommt, die unbestrittene Knietraumatisierung sei bereit am 10. Juni 2010 folgenlos abgeheilt. Prof. Dr. med. E.____ begründet in seiner Aktenbeurteilung vom 31. Juli 2015 zwar grundsätzlich überzeugend, dass beim Skiunfall vom 25. Februar 2010 keine erhebliche Traumatisierung des Kniegelenks stattgefunden habe. Dies aufgrund der anfänglich geringen Beschwerden ■ die Beschwerdeführerin konsultierte erst nach 3 Wochen einen Arzt, es waren anfänglich kaum Verletzungen bildgebend objektivierbar ■ und des Umstandes, dass Dr. med. B.____ im Bericht vom 10. Juni 2010 (MA 2) festhielt, die Beschwerdeführerin habe kaum Beschwerden, könne wieder 10 - 12 Stunden pro Tag Tennis spielen, wobei sie nur wenig Schmerzen habe, und die Behandlung werde abgeschlossen. Im Bericht betreffend MRT des Kniegelenks links vom 19. April 2010 (MH-Nr. 10) wurde lediglich festgehalten, fraglich sei eine geringfügige Kontusion des freien Randes des Hinterhorns des medialen Meniskus bei sonst unauffälligen Menisci. Im Beschwerdeverfahren hat der Vertreter der Beschwerdeführerin aber eine sehr umfangreiche Stellungnahme des behandelnden Arztes der Beschwerdeführerin, F.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, L.____, vom 20. Juli 2016 eingereicht. Darin befasst sich Dr. med. F.____ unter anderem mit der Aktenbeurteilung von Prof. Dr. med. E.____ und zeigt zumindest nachvollziehbar auf, dass er aufgrund der vorhandenen bildgebenden Untersuchungen zu einem anderen Ergebnis gelangt und die noch bestehenden Kniebeschwerden immer noch als unfallkausal erachtet (vgl. E. II. 5.18 hiavor). Ohne eine eingehende Beweiswürdigung beider Berichte vorzunehmen, kann festgehalten werden, dass die Stellungnahme von Dr. med. F.____ vom 20. Juli 2016 ausreicht, um zumindest geringe Zweifel an der Aktenbeurteilung von Prof. Dr. med. E.____ entstehen zu lassen. So ist die Stellungnahme Dr. med. F.____ durchaus

nachvollziehbar begründet. Zudem ergeben sich gewisse Zweifel auch aus dem Umstand, dass Prof. Dr. med. E.____ selbst die Unfallkausalität über Jahre anerkannt hatte. Demnach kam das Versicherungsgericht nicht umhin, bei Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, von der H.____ ein Gerichtsgutachten zu veranlassen.

7. Das Gutachten sowie das Ergänzungsgutachten von Dr. med. G.____ vom 30. Juni 2017 (A.S. 62 ff.) bzw. 29. September 2017 (A.S. 115 ff.) werden den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Die Beurteilung stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Vorakten studiert hat.

Dr. med. G.____ setzt sich in seinem Gutachten eingehend mit dem Verlauf nach dem Unfall auseinander und führt nachvollziehbar aus, aus Erfahrung dauere die Ausheilung der diagnostizierten Seitenband-Zerrung unter konservativen Massnahmen mehrere Monate. Dr. med. B.____ habe die Behandlung am 10. Juni 2010 abschliessen können. Die Physiotherapie habe noch bis Ende Januar 2011 gedauert. Trotz der verzögerten Diagnosestellung und spät einsetzender konservativer Behandlung sei es zur guten Ausheilung des Bandes gekommen, wie das MRI vom 8. Dezember 2010 zeige. Später finde Dr. med. M.____ am 30. November 2011 auch klinisch keine signifikante Bandinstabilität. Somit sei der Verlauf bis zum Fallabschluss Ende Januar 2011 mit einer Dauer von 11 Monaten nachvollziehbar und adäquat für die Seitenband-Verletzung. Diese sei folgenlos geheilt. Eine Behandlung sei infolge des Unfall-Ereignisses vom 25. Februar 2010 seit dem Fallabschluss Ende Januar 2011 nicht mehr angezeigt gewesen.

Im Weiteren setzt sich Dr. med. G.____ eingehend mit dem vorhandenen bildgebenden Material auseinander und setzt sich nachvollziehbar mit allfälligen Vorzuständen auseinander. Im konkreten Fall zeige das MRI vom 19. April 2010 ■ das heisse acht Wochen nach dem Sturzereignis ■ das gezernte mediale Seitenband, das zwar durchgehend erhalten aber durch Flüssigkeitsansammlungen zwischen den Fasern verdickt und ödematös sei. Im MRI vom 8. Dezember 2010 sei die Flüssigkeitseinlagerung verschwunden und die Bandverdickung fast normalisiert. Das Bild entspreche einer geheilten Seitenbandzerrung. Weitere Verletzungen seien in beiden MRIs nicht zu sehen. In allen Knochenabschnitten seien keine Prellmarken zu sehen, das heisse Knochenödeme als Hinweise für Prellungen würden fehlen. Auch der mediale, der laterale Meniscus sowie das hintere Kreuzband seien in beiden MRIs unverletzt. Einzig die geringe Signaländerung im vorderen Kreuzband im MRI vom 19. April 2010 weise darauf hin, dass möglicherweise auch eine Zerrung des vorderen Kreuzbandes stattgefunden habe. Im MRI vom 8. Dezember 2010 sei das Bild des vorderen Kreuzbandes unauffällig. Eine allfällige Zerrung des vorderen Kreuzbandes wäre somit folgenlos geheilt. Das MRI vom 19. April 2010 und auch die Bilder vom 8. Dezember 2010 würden hingegen eine ausgedehnte Cystenbildung zeigen. Die mehrkammerige, mit Flüssigkeit gefüllte Cyste dehne sich dorso-medial am Tibiakopf in die Weichteile aus. Ein Ausläufer der Cyste sei auch unter dem distalen Seitenband medial zu sehen. Solche Cysten würden als Baker-Cysten bezeichnet. Gemäss Lehrbuch sei sie die Ursache eine länger dauernde Ergussbildung im Knie infolge einer Arthrose. Der Druck durch die vermehrte Flüssigkeit führe zu einer stetigen Ausdehnung der Kapsel, die sich durch den Binnendruck nach dorsal zwischen die Weichteilgewebe (Sehnen, Muskeln, Gefässe) stülpe. Diese Ausstülpungen könnten sich sogar bis in die Wade hinunter ausdehnen. Im Weiteren finde man Knorpel-Veränderungen am medialen Femur-Condylus und am Tibiaplateau links. Der Knorpel sei aufgeweicht, die Oberfläche unregelmässig. Die

Schichtdicke stellenweise deutlich verdünnt. Man spreche von einer Chondromalazie. Zusätzlich finde man eine mediale Meniscus-Extrusion. Der Meniscus sei an der Kapsel anhaftend um einige Millimeter aus dem Gelenk gedrückt. Solche Extrusionen des Meniscus seien typisch bei medialen Gonarthrosen. Auch die Osteophytenbildung, wie sie im konkreten Fall in den MRIs zu sehen sei, gehöre zum Bild der medialen Arthrose. Weiter führt Dr. med. G.____ einleuchtend aus, eine derartige Gonarthrose könne sich nicht innerhalb von acht Wochen (Zeit zwischen Unfall am 25. Februar 2010 und erstem MRI am 19. April 2010) entwickeln, sondern sei ein seit längerer Zeit ablaufender Prozess. Die Versicherte leide offensichtlich an einer beidseitigen Gonarthrose. Denn auch im rechten Kniegelenk sei eine fortschreitende Gonarthrose zu beobachten, wie die MRIs vom 1. Juni 2012 und vom 3. November 2016 dokumentieren würden. Auch rechts sei es gemäss Angaben der Versicherten im Dezember 2016 zur arthroskopischen Operation gekommen. Dass Belastungen durch den Spitzensport ■ besonders bei die Kniegelenke belastenden Sportarten wie Tennis ■ schon im mittleren Erwachsenenalter zu Arthrosen führen würden, sei wissenschaftlich erwiesen. Am 23. Dezember 2011 schreibe Dr. med. K.____, die Ultraschall-Untersuchung habe ergeben, dass es sich nicht um eine Bakercyste, sondern um ein Meniscusganglion handle. Meniscusganglien finde man bevorzugt lateral. Grund dafür sei die unterschiedliche Anatomie im Vergleich zu medial. Ursache sei jeweils eine degenerative Strukturveränderung des lateralen Meniscus. Durch degenerative Defekte presse sich Flüssigkeit in den Raum zwischen Meniscus und Kapsel und sammle sich dort als Cyste. Ob es sich im konkreten Fall um eine seltene Form eines medialen Meniscusganglion handle oder ■ wie oben geschildert um eine Baker-Cyste ■ könne nicht sicher entschieden werden, was auch die unterschiedliche Einschätzung dieser Flüssigkeitsansammlung durch verschiedene Ärzte in den Akten dokumentiere. Die Frage, ob es sich tatsächlich um ein mediales Meniscusganglion oder eine Bakercyste handle, sei zur Klärung der Unfallkausalität jedoch nicht relevant. In beiden Fällen sei ein Zusammenhang mit dem Ereignis unwahrscheinlich. Zusammengefasst handle es sich demnach um eine vorbestehende mediale Gonarthrose links und eine Bakercyste dorso-medial. Eine mediale Meniscusverletzung sei in beiden MRIs nicht dokumentiert. Das MRI vom 19. April 2010 zeige zudem eine mediale Seitenbandzerrung, die im MRI vom 8. Dezember 2010 geheilt gewesen sei.

Zusammenfassend führte Dr. med. G.____ zur Unfallkausalität wohlbegründet aus, die ersten Akten nach dem Ereignis vom 25. Februar 2010 und das erste MRI vom 19. April 2010 dokumentiert, dass sich die Versicherte beim Ereignis eine mediale Seitenbandzerrung zugezogen habe, welche unter konservativer Behandlung innerhalb von gut 10 Monaten ausgeheilt sei, wie das MRI vom 8. Dezember 2010 dokumentiere. Auch klinisch werde die folgenlose Heilung mehrfach bestätigt. Die beiden MRIs vom 19. April 2010 und 8. Dezember 2010 zeigten keine mediale Meniscusverletzung. Die am 20. Februar 2012 durchgeführte Meniscus-Operation stehe demnach nicht in kausalem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 25. Februar 2010. Die beiden MRIs vom 19. April 2010 und 8. Dezember 2010 zeigten jedoch Vorzustände in Form einer medialen Gonarthrose mit den typischen Befunden der Chondromalazie, mit Osteophyten und mit einer Meniscusextrusion. Zusätzlich finde man eine mediale Bakercyste (oder ein mediales Meniscus-Ganglion), was ebenfalls in keinem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 25. Februar 2010 stehe. Diese vorbestehenden degenerativen Veränderungen des linken Kniegelenkes hätten nach Fallabschluss Ende Januar 2011 zu wellenförmigen Beschwerden geführt. Es sei zu weiteren Abklärungen, zur Arthroskopie, zur Teil-Meniscetomie und

Knorpelglättung am 20. Februar 2012 gekommen und am 11. Dezember 2013 zur Re-Arthroskopie und erneuten Knorpel-Glättung. In demselben Zeitraum habe auch die Gonarthrose rechts zu Beschwerden und zur arthroskopischen Operation geführt. Letztendlich sei am 4. April 2014 eine unicondyläre Knie-Prothese links implantiert worden. Somit seien diese Behandlungen ab Ende Januar 2011 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folgen des Ereignisses vom 25. Februar 2010.

Schliesslich setzt sich Dr. med. G. ___ in seinem Ergänzungsgutachten vom 29. September 2017 eingehend und einleuchtend mit der entgegenstehenden Stellungnahme von Dr. med. F. ___ vom 20. Juli 2016 auseinander. Neben verschiedenen Arthrose-Zeichen seien Osteophyten an Tibia, Femur und Patella sichtbar. Diese Osteophytenbildung sei mit Sicherheit nicht innerhalb von acht Wochen zwischen dem Ereignis am 25. Februar 2010 und dem MRI vom 19. April 2010 entstanden. Dr. med. F. ___ lasse in seiner Argumentation diesen Aspekt ausser Acht. Die Substanz des medialen Meniscus zeige in den MRI-Schichten vom 19. April 2010 keine frischen Risse. Auch der Unterzeichnende habe Signaländerungen an der Basis in mehreren Schichten und Projektionen beschrieben. Solche Signaländerungen an der Meniscusbasis seien typisch für degenerative Abläufe und seien nicht Meniscusverletzungen. Bereits vor dem Jahre 2010 sei in der Literatur beschrieben worden, dass derartige Veränderungen bereits bei 20-jährigen zu finden seien und mit zunehmendem Alter immer häufiger gefunden würden. Da am 19. April 2010 bereits eine Gonarthrose mit Osteophyten vorgelegen habe, sei die Wahrscheinlichkeit überwiegend, dass es sich bei den basisnahen Signaländerungen um degenerative Veränderungen und nicht um Traumafolgen handle. Bereits auf den Bildern vom 19. April 2010 sei eine Extrusion des medialen Meniscus aus der Gelenkspalte sichtbar. Extrusionen des Meniscus seien typisch für Gonarthrosen, was bereits im Jahre 2010 in der Literatur bekannt gewesen sei. Der Unterzeichnende stimme Dr. med. F. ___ zu, dass die Extrusion Ausdruck einer nachlassenden Gewebespannung im Meniscusring sei. Dieser Patho-Mechanismus sage aber nichts aus über die Ursache. Eine weitere mechanische Komponente für das Zustandekommen einer Extrusion sei der bei der Arthrose reduzierte Gelenksspalt. Dadurch werde der Meniscus aus dem Gelenk gedrängt. Mit dem bereits am 19. April 2010 vorliegenden Vollbild der Gonarthrose mit bereits vorhandenen Osteophyten sei die degenerative Ursache der Extrusion überwiegend wahrscheinlich und nicht die Hypothese, erst das Ereignis vom 25. Februar 2010 habe zu dieser Extrusion geführt. Weiter führt Dr. med. G. ___ wohlbegründet aus, Dr. med. F. ___ Argumentation, wonach es sich beim Knorpelschaden um eine oberflächliche Schädigung durch das Ereignis vom 25. Februar 2010 handle sei zwar möglich, aber in Anbetracht des Vollbildes einer Gonarthrose unwahrscheinlich. Hätte das MRI vom 19. April 2010 ausser einem Knorpelschaden ein sonst normales Knie-Gelenk gezeigt, wäre ein traumatischer Knorpelschaden eher wahrscheinlich, aber immer noch nicht bewiesen. Knochen-Ödeme ■ bone bruise ■ seien Ausdruck von Kontusionen und Distorsionen. Das Ausmass des Ödems hänge vom mechanischen Ausmass der Verletzung ab. Fehlten Knochenödeme, sei das mechanische Ausmass eines Traumas gering gewesen. Je geringer das mechanische Ausmass der Verletzung sei, desto unwahrscheinlicher seien strukturelle Schäden wie Knorpelfrakturen. Über Jahre repetierende Mikrotraumata und Mehrbeanspruchungen der Gelenke könnten hingegen zu oberflächlichen bis tiefen Knorpelschäden führen. Im konkreten Fall seien beide Kniegelenke sportlich sehr beansprucht worden und hätten fast zeitgleich eine Arthrose entwickelt.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass das Gutachten und das Zusatzgutachten von Dr. med. G. ___ in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar sind. Es wird darin schlüssig aufgezeigt, dass die unfallkausale Seitenbandläsion nach 10 Monaten folgenlos ausgeheilt ist und die nachfolgenden Beschwerden und Behandlungen grossenteils auf degenerativen Vorzuständen beruhen, welche nicht unfallkausal sind. Zudem legt Dr. med. G. ___ einleuchtend dar, dass die entgegenstehende Stellungnahme von Dr. med. F. ___ vom 20. Juli 2016 nur bedingt nachvollziehbar ist und diese damit auch die Beurteilung von Dr. med. E. ___ vom 31. Juli 2015, welche im Wesentlichen mit dem Gutachten von Dr. med. G. ___ übereinstimmt, im Resultat nicht umzustossen vermag.

Schliesslich ist auf die Rügen der Beschwerdeführerin einzugehen, wonach das Gutachten von Dr. med. G. ___ nicht verwertbar sei, weil der Bericht des behandelnden Orthopäden, Dr. F. ___, vom 20. Juli 2016 vom Gutachter mit keinem Wort erwähnt werde. Der Umstand, dass der Gutachter den Bericht von Dr. med. F. ___ ignoriert habe, erwecke den Anschein der Befangenheit. Zudem ginge es nicht an, den Gutachter aufzufordern, nachträglich zum Bericht von Dr. med. F. ___ Stellung zu nehmen. Es bestünde diesfalls keine Gewähr für eine neutrale Begutachtung. Der Gutachter wäre unter Zugzwang, sein bisheriges Ergebnis der Begutachtung zu rechtfertigen, d.h. die Argumente von Dr. med. F. ___ als unzutreffend darzustellen. Dem ist entgegenzuhalten, dass es vorliegend keinerlei Anhaltspunkte für eine Befangenheit von Dr. med. G. ___ gibt. Es kann zwar nachträglich nicht eruiert werden, ob Dr. med. G. ___ den Bericht von Dr. med. F. ___ nicht zugestellt erhalten oder diesen nur übersehen hat. Angesichts der danach sehr eingehend und schlüssig erfolgten Auseinandersetzung mit dem Bericht von Dr. med. F. ___ bestehen aber weder Hinweise noch der Anschein, dass Dr. med. G. ___ beim Verfassen seines Zusatzgutachtens nicht mehr ergebnisoffen oder gar befangen gewesen wäre. Auch im Lichte dessen kann demnach vollumfänglich auf das Gutachten abgestellt werden.

8. Gestützt auf die obigen Erwägungen ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre weitergehende Leistungspflicht mit Verfügung vom 10. August 2015 und Einspracheentscheid vom 14. April 2016 verneint hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

9.

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf Zusprechung einer Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Der Umstand, dass ein Gerichtsgutachten eingeholt wurde, ändert nichts daran, dass die Beschwerdeführerin für die Kostenverlegung als unterliegend zu gelten hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_513/2012 vom 17. September 2012 E. 4.1 und 4.2, bestätigt u.a. im Urteil 8C_293/2016 vom 11. Juli 2016 E.5).

9.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

9.3 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn das Gutachten notwendig wurde, weil dieser den Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hatte (BGE 139 V 496). Gemäss BGE 140 V 70 E. 6 S. 75 f. gelten die für die Invalidenversicherung entwickelten Grundsätze auch für die Unfallversicherung. In E. 6.1, S. 75, fasst das Bundesgericht diese Grundsätze wie folgt zusammen: « es müsse ein Zusammenhang bestehen zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen. Dies sei namentlich in folgenden Konstellationen der Fall: Wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen,

aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen bestehe, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet habe; wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt habe, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfülle. Wenn die Verwaltung dagegen den Untersuchungsgrundsatz respektiert und ihre Auffassung auf objektive konvergente Grundlagen oder auf die Ergebnisse einer rechtsgenügenden Expertise gestützt habe, sei die Überbindung der Kosten des erstinstanzlichen Gerichtsgutachtens an sie nicht gerechtfertigt, aus welchen Gründen dies auch immer erfolge (zum Beispiel aufgrund der Einreichung neuer Arztberichte oder eines Privatgutachtens).»

Relevante Zweifel an der Stellungnahme von Prof. Dr. med. E.____ vom 31. Juli 2015, welche zur Notwendigkeit des Gerichtsgutachtens führten, haben sich erst aus der ausführlichen Stellungnahme von Dr. med. F.____ vom 20. Juli 2016 ergeben (vgl. E. II. 6 hiervor). Daher sind die Kosten des Gerichtsgutachtens nach den durch das Bundesgericht entwickelten Grundsätzen durch den Kanton Solothurn zu tragen.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.