

BL_GERICHTE 725 17 161 / 212 vom 17. August 2017

BL Gerichte, 2017-08-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_17_161___212

FR: BL_GERICHTE 725 17 161 / 212 du 17 août 2017

IT: BL_GERICHTE 725 17 161 / 212 del 17 agosto 2017

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 2

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Taggeldleistungen und die Übernahme der Heilbehandlungskosten zu Recht per 31. Oktober 2016 eingestellt hat. 3.1 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% 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% 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). 3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem 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 entfielen (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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). 3.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2014, 8C_419/2014, E. 3.2 mit Hinweisen). 4.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Das Gericht hat diese 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). 4.2 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 (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). 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). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen hingegen kommt nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3). 4.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

E. 5

Bei der Beurteilung des vorliegenden Falles sind die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

E. 5.1

Der Versicherte suchte am 18. April 2016 die Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Kantonsspitals X. ____ auf. Im Bericht vom 23. August 2016 über die Notfallkonsultation wurde eine Kniekontusion links diagnostiziert. Der Versicherte sei am 13. April 2016 mit dem linken Bein auf eine Röhre gestiegen und weggerutscht. Dabei habe er unfreiwillig einen Spagat gemacht und das linke Bein überstreckt. Nach Angaben des Versicherten hätten unmittelbar nach dem Ereignis keine Beschwerden bestanden. Erst am 15. April 2016 seien vor allem beim Treppensteigen Schmerzen am unteren Pol der Patella aufgetreten. In Ruhe bestünden keine Beschwerden. Am linken Knie seien weder eine Fehlstellung noch eine Kontusionsmarke oder eine Schwellung sichtbar. Es zeige sich aber ein leichter Gelenkserguss. Der Bewegungsumfang sei symmetrisch und vollumfänglich indolent. Die Patella sei am unteren Pol druckdolent. Das Röntgenbild des linken Knies vom 18. April 2016 zeige eine medial betonte Pagonarthrose mit medialer Gelenkspaltverschmälerung und osteophytären Anbauten im medialen/lateralen Kniegelenkskompartiment sowie intercondylär. Eine frische ossäre Läsion am distalen Femur/proximalen Unterschenkel sei nicht ersichtlich. Die Patella sei intakt und es bestünden ausgeprägte knöcherne Ausziehungen am Ansatz der Quadrizepssehne und der proximalen Patellarsehe. Ein abgrenzbarer Kniegelenkserguss sei nicht festzustellen.

E. 5.2

Am 27. April 2016 wurde im Kantonsspital X.____ am linken Knie eine arthroskopische subtotale mediale Meniskusresektion und eine Resektion der Plica mediopatellaris durchgeführt. Im Operationsbericht vom 29. April 2016 wurde eine posttraumatische mehrfach-in-sich-gerissene Korbhenkelläsion des medialen Meniskus bei vorbestehender VKB-Ruptur am linken Knie diagnostiziert. Es zeige sich ein Korbhenkelriss verlaufend von dorsal nach anterior. Der Riss sei in sich selbst in der Mitte mehrmals zerrissen. Der irreparable Meniskus sei teilweise entfernt worden. Es zeige sich ein elongiertes vorderes Kreuzband, was für eine frühere vordere Kreuzbandruptur spreche. Das hintere Kreuzband, der laterale Meniskus und die Poplitealsehne seien intakt.

E. 5.3

Gemäss Bericht der Radiologie C.____ vom 8. Juli 2016 zeige das MRT des linken Knies einen deformierten Innenmeniskus bei Zustand nach Teilresektion. Das Hinterhorn und die Intermediärportion seien abgeflacht und würden erhaltende Konturen aufweisen. Auch das Vorderhorn des Innenmeniskus stelle sich volumenreduziert dar. Es finde sich eine Grad III Läsion mit schräger Rissbildung im Vorderhorn des Innenmeniskus mit Kontakt zur tibialen Artikulationsfläche am zentralen Rand. Eine Fragmentdislokation bestünde nicht. Ob es sich hierbei um einen kleinen älteren Einriss nach zurückliegendem Trauma oder einen frischen Einriss handle, könne nicht differenziert werden. Das vordere Kreuzband sei – vereinbar mit einer länger zurückliegenden Distension mit zumindest Partiaalläsion – deutlich vernarbt. Es bestünden eine vermehrte Angulierung des hinteren Kreuzbandes und dorsal angrenzend ein Verdacht auf ein kleines Kapselganglion mit möglichen zentralen kleinfokalen Verkalkungen. Die Kollateralbänder seien unauffällig. Es zeige sich aber eine chronische Ansatzentzündung der Quadrizepssehne mit mukoider Signalalternation und eine geringere analoge Signalalteration auch im Ursprungsbereich der Patellarsehne.

E. 5.4

Am 8. Februar 2017 hielt der Kreisarzt Dr. med. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, dass die aktuellen Beschwerden am linken Knie nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 13. April 2016 zurückzuführen seien. Gemäss Erst- und Echtzeitberichterstattung habe der Versicherte am Unfalltag keine Beschwerden gehabt. Erst zwei Tage danach hätten sich vor allem beim Treppensteigen Schmerzen am unteren Pol der Kniescheibe eingestellt. Die verzögerte Schmerzsymptomatik sei sehr untypisch für Unfallfolgen. In der Regel würden nach einem Unfall mit oder ohne strukturelle Läsionen unmittelbar Beschwerden auftreten, die im Verlauf eher besser würden. Auch spreche die Lokalisation der Beschwerden an der unteren Spitze der Kniescheibe gegen die nachgewiesene Läsion des Innenmeniskus. In der zeitnahen Bildgebung zeige sich ein insgesamt praktisch reizloses Kniegelenk ohne nennenswerten Kniegelenkserguss oder Zeichen von Gewalteinwirkung. Insgesamt seien die im MRT vom 26. April 2016 beschriebenen strukturellen Läsionen nicht auf das Ereignis vom 13. April 2016 zurückzuführen. Intraoperativ hätten sich ein komplex lädiertes nicht rekonstruierbarer Meniskus und eine ältere Kreuzbandverletzung gezeigt. Eine derartig komplexe Läsion des Meniskus hätte unmittelbar nach dem Ereignis erhebliche Beschwerden und andere Zeichen der Gewalteinwirkung verursacht. Dies sei vorliegend aber nicht der Fall. Es sei medizinisch unstrittig, dass durch eine alte, lange zurückliegende Verletzung des Kreuzbandes das Kniegelenk instabil werde und es dadurch zu einer erheblich schnelleren Abnutzung bzw. zum Verschleiss der Kniebinnenstrukturen

komme. So sei die vorliegende Läsion des Innenmeniskus mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf ein lange zurückliegendes Ereignis im Sinne von Abnutzung und Verschleiss zurückzuführen. Da das Ereignis vom 13. April 2016 zunächst keine Beschwerden verursacht habe, sei fraglich, ob es an den Gesamtbeschwerden überhaupt einen Anteil habe. Selbst wenn es den abnutzungs- und degenerativ-bedingten Vorzustand in ein schmerzhaftes Stadium versetzt hätte, sei davon auszugehen, dass nach vier bis maximal sechs Monaten keine Unfallfolgen mehr hätten festgestellt werden können.

E. 5.5

Im Rahmen des Einspracheverfahrens führte der behandelnde Arzt dipl. med. E.____, Facharzt für Chirurgie und Orthopädie, am 30. März 2017 aus, dass der im Operationsbericht vom 29. April 2016 beschriebene Unfallhergang geeignet sei, eine Kreuzbandruptur und eine Korbhenkelläsion des medialen Meniskus herbeizuführen. Solange der Innenmeniskus danach seine ursprüngliche anatomische Lage wieder einnehme, müssten keine schweren Schmerzzustände oder Kniegelenksblockierungen auftreten. Durch die Subluxation bei einem Korbhenkelriss würden aber Belastungsschmerzen, eine eingeschränkte Bewegung und wechselnde Schwellungszustände auftreten. Insofern folge er den Ausführungen des Operateurs, wonach es sich um einen unfallgeschädigten Meniskus handle. Mit der subtotalen Meniskusresektion sei jedoch keine Beschwerdefreiheit eingetreten, weshalb am 8. Juli 2016 ein erneutes MRT durchgeführt worden sei. Dieses zeige wiederum eine schräge Rissbildung im Vorderhorn des Innenmeniskus ohne Fragmentdislokation. Das vordere Kreuzband werde als deutlich vernarbt beschrieben. Eine Re-Arthroskopie mit Meniskusteilresektion und eventuell vorderer Kreuzbandersatzplastik werde empfohlen.

E. 5.6

In seiner Stellungnahme vom 13. April 2017 hielt der Kreisarzt Dr. D.____ fest, dass dem Bericht von dipl. med. E.____ keine neuen medizinischen Aspekte abzugewinnen seien. Letztlich sei dessen Auffassung sehr hypothetisch. Es sei sehr unwahrscheinlich, dass bei einer traumatisch bedingten komplexen Meniskusläsion zunächst zwei bis drei Tagen keine Beschwerden auftreten und erst danach beim Treppensteigen eine Problematik augenscheinlich werde. Bei einer unfallbedingten Läsion des Meniskus würden erfahrungsgemäss nahezu immer sofort Beschwerden auftreten. Eine degenerative Genese der Läsion werde auch dadurch gestützt, dass nach der Resektion des lädierten Meniskus weiterhin Beschwerden verblieben seien. Im MRI stelle sich eine vorwiegend horizontal verlaufende Läsion am Innenmeniskus dar, die nach wie vor existiere. Diese Form der Läsion sei typisch für degenerative Veränderungen, wie sie bei vorbestehenden Instabilitäten nach Kreuzbandläsion häufig bzw. im Lauf der Zeit fast zwingend vorkommen würden. Anders als bei unfallbedingten Meniskusläsionen komme es bei abnutzungsbedingten Läsionen durch immer wiederkehrende Instabilitäten und Krafteinwirkungen, vor allem im Bereich des Innenmeniskus, zunächst zu Degenerationen im Inneren des Meniskus in horizontaler Ausrichtung. Diese würde im Lauf der Zeit grösser und seien als "Riss" zu sehen, obwohl es sich streng genommen nicht um einen Riss, sondern um eine Abnutzungsveränderung handle. Aufgrund der aktuellen Beschwerdesymptomatik und des vorwiegend horizontal verlaufenden Schrägrisses am Innenmeniskus sei davon auszugehen, dass es sich nicht um Unfallfolgen, sondern vielmehr um langjährig bestehende bzw. zunehmende Veränderungen am Kniegelenk handle.

E. 6

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vollumfänglich auf die Ausführungen des Kreisarztes Dr. D.____ vom 8. Februar 2017 und 13. April 2017 und ging davon aus, dass zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Oktober 2016 überwiegend wahrscheinlich keine Unfallfolgen mehr vorlagen. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Die von der Beschwerdegegnerin übernommenen Ergebnisse, zu denen Dr. D.____ gelangt war, beruhen auf einem sorgfältigen Studium der vorhandenen medizinischen Akten. Seine Berichte erweisen sich sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen als überzeugend, weshalb vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Daraus wird deutlich, dass die Beschwerden aufgrund der verzögerten Schmerzsymptomatik, der zeitnahen Bildgebung und der Erkenntnisse aus dem Operationsbericht vom 29. April 2016 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Ereignis vom 13. April 2016 zurückzuführen sind. Vielmehr ist mit dem Kreisarzt davon auszugehen, dass sie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf einem lange zurückliegenden Ereignis im Sinne von Abnutzung und Verschleiss beruhen. Eine mögliche unfallbedingte vorübergehende Verschlimmerung der Beschwerden war spätestens vier bis maximal sechs Monate nach dem Unfall abgeheilt und somit der Status quo sine erreicht. Wenn der Beschwerdeführer über den 31. Oktober 2016 hinaus belastungsabhängige Beschwerden im linken Knie geltend macht, beruhen diese nach der überzeugenden Beurteilung des Kreisarztes nicht mehr auf einer organisch hinreichend nachweisbaren Unfallfolge. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, dass die geklagten Beschwerden auf den Unfall vom 13. April 2016 zurückzuführen seien, da er vor diesem Zeitpunkt keinerlei Beschwerden am linken Knie gehabt habe, vermag dies keinen Kausalzusammenhang zwischen den beklagten Beschwerden und dem Unfallereignis zu begründen. Den natürlichen Kausalzusammenhang allein mit dieser Argumentation zu bejahen, liefe im Ergebnis auf die Beweisformel "post hoc ergo propter hoc" hinaus, wonach eine gesundheitliche Schädigung bereits deshalb als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb). Eine solche Beweiswürdigung erweist sich im unfallversicherungsrechtlichen Bereich aber nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung als unzureichend (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 22. Juni 2010, 8C_309/2010). Schliesslich lässt sich auch aus dem Bericht von dipl. med. E.____ vom 30. März 2017 nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers ableiten. Abgesehen davon, dass rechtsprechungsgemäss der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. E. 4.3 hiervor), setzte er sich darin weder mit dem postoperativen Verlauf, noch hinreichend mit der Beurteilung des Kreisarztes auseinander. Jedenfalls benennt er keine Aspekte, die im Rahmen der kreisärztlichen Beurteilung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Allein die Tatsache, dass der behandelnde Arzt zu einem abweichenden Resultat gelangte, begründet noch keine Zweifel an der Zuverlässigkeit der kreisärztlichen Feststellungen. Vielmehr lässt diese eine zuverlässige Einschätzung der Unfallkausalität, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf zusätzliche Abklärungen verzichtet werden kann.

E. 7

Nach dem Gesagten ist zusammenfassend festzustellen, dass die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung geklagten Beschwerden nicht in einem überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 13. April 2016 stehen. Vielmehr ist mit dem Kreisarzt Dr. D.____ davon auszugehen, dass die Unfallfolgen spätestens nach vier bis maximal sechs Monaten folgenlos abgeheilt waren. Auch die übrigen Akten lassen keinen anderen Schluss zu. Lediglich der behandelnde Arzt dipl. med. E.____ stellt – jedoch ohne hinreichende Begründung – die Unfallkausalität der aktuellen Beschwerden fest, was jedoch nicht genügt, um die Einschätzung des Kreisarztes Dr. D.____ in Frage zu stellen. Nach dem Ausgeführten hat die Beschwerdegegnerin die Leistungen zu Recht per 31. Oktober 2016 eingestellt. Die Beschwerde ist damit abzuweisen.

E. 8

Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Verfahrensausgang entsprechend wettzuschlagen. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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