

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/80 vom 26. März 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-03-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2018_80

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/80 du 26 mars 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/80 del 26 marzo 2020

Regeste

Art. 6 UVG: Unfallkausalität einer rund sechs Monate nach einem Autounfall aufgetretenen Lungenembolie verneint. Eine traumatisch begründbare Lungenembolie setzt gemäss vertrauensärztlicher Beurteilung eine primäre Verletzung der peripheren Venen an den oberen oder unteren Extremitäten mit einer Gerinnungsstörung voraus. Im konkreten Fall ist echtzeitlich keine Beinverletzung dokumentiert, womit es an der Grundlage für eine traumatische Kausalkette fehlt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. März 2020, UV 2018/80).

Volltext

Entscheid vom 26. März 2020 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi Geschäftsnr. UV 2018/80 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Fürsprecher Urs Kröpfli, S-E-K Advokaten, Zürcherstrasse 310, 8500 Frauenfeld, gegen Helsana Unfall AG, Recht & Compliance, 8081 Zürich Helsana, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) war seit 1. Mai 2014 als Fahrzeugmechaniker bei der Firma B.____ tätig und dadurch bei der Helsana Unfall AG (nachfolgend: Helsana) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Schadenmeldung UVG vom 27. September 2016 meldete die Arbeitgeberin der Helsana einen Autounfall des Versicherten vom 25. September 2016 (act. K1). Dieser war auf der Autobahn A13 in Fahrtrichtung C.____ in einer Stausituation in eine Auffahrkollision geraten, indem ein nachfolgender Lenker mit seinem Personenwagen frontal gegen das Heck links des Personenwagens des Versicherten geprallt war (act. K1, K5, K7). Die Erstbehandlung erfolgte noch am Unfalltag im Departement Orthopädie des Spitals D.____, dessen behandelnde Ärzte nach Durchführung einer computertomographischen (CT) Untersuchung des Schädels und der Halswirbelsäule (HWS) sowie einer Röntgenuntersuchung des Thorax (act. M2) ein craniocervikales Beschleunigungstrauma Grad II sowie eine Contusio Capitis diagnostizierten, dem Versicherten eine bedarfsgerechte Analgesie und einen HWS-Bogen verordneten, ihm vom 25. bis 27. September 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten und ihn gleichentags in die weitere Behandlung seines Hausarztes entliessen (act. M1). Von den Ärzten des Spitals D.____ wurde ausserdem ein Dokumentationsfragebogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma beantwortet (act. M3). Hausarzt Dr. med. E.____, Innere Medizin FMH, hielt im UVG Zwischenbericht vom 24. Oktober 2016 als Diagnose ein craniocerebrales Beschleunigungstrauma Grad II, eine letzte Konsultation am 18. Oktober 2016 sowie eine nächste Konsultation am 2. November 2016 fest. Als gegenwärtige

Behandlung führte er eine Bedarfsanalgesie und eine Physiotherapie an und attestierte eine 100%ige Arbeitsfähigkeit seit 3. Oktober 2016 (act. M4). In einem weiteren UVG-Zwischenbericht vom 12. Dezember 2016 vermerkte Dr. E.____ als letztes Konsultationsdatum den 18. Oktober 2016 und erklärte den Behandlungsabschluss (act. M5). Am 6. März 2017 wurde der Versicherte notfallmässig wegen Rückenschmerzen am thorakolumbalen Übergang mit Schmerzausstrahlung in die Oberschenkel in der Klinik für Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend: KSSG) untersucht, deren Ärzte als Diagnosen chronische Rückenschmerzen mit/bei Status nach Diskushernienoperation L4/5 rechtsseitig 2014 und Auffahrunfall am 25. September 2016: CT Neurocranium und HWS ohne Traumafolgen, Lendenwirbelsäule (LWS) unauffällig, sowie einen Verdacht auf ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) Fuss links mit/bei verkürzter Wadenmuskulatur links mehr als rechts stellten (act. M6). Am 20. März 2017 wurde der Versicherte im Schmerzzentrum des KSSG untersucht, dessen Ärzte ein chronifiziertes gemischt nozizeptives/neuropathisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei pseudoradikulärer Symptomatik nach Verkehrsunfall September 2016 mit/bei Chronifizierung nach Gebershagen Stadium II, Status nach Auffahrunfall 25. September 2016: CT Neurocranium/HWS ohne Traumafolgen, LWS unauffällig und Status nach Diskushernienoperation L4/5 rechts 2014 sowie einen bekannten Migränekopfschmerz diagnostizierten. Im Untersuchungsbericht vom 22. März 2017 wurde ausserdem festgehalten, dass die bisher (posttraumatisch) durchgeführte Bildgebung keine somatischen Ursachen für die beschriebene Symptomatik gezeigt habe. Die akute Zuweisung sei zur Abklärung bzw. zum Ausschluss eines CRPS erfolgt, welches aktuell nicht vorliege (act. M7). Am 19. April 2017 wurde der Versicherte wegen Thoraxschmerzen, welche seit dem 16. April 2017 ("Sonntag") andauerten, in der Klinik für Innere Medizin des Spitals D.____ vorstellig, deren Ärzten nach einer CT-Untersuchung der Lunge, einer Labor- sowie einer Röntgenuntersuchung des Thorax eine Lungenembolie beidseits diagnostizierten (act. M8), worauf der Versicherte stationär aufgenommen wurde und sich bis 22. April 2017 im Spital D.____ aufhielt. In einer Duplex-Sonografie der tiefen Beinvenen hatte sich kein Hinweis auf eine rezente tiefe Venenthrombose gezeigt (act. M9). Mit Schreiben vom 2. Mai 2017 ersuchte der Rechtsvertreter des Versicherten, Fürsprecher Urs Kröpfli, Ettenhausen-Aadorf/Frauenfeld, die Helsana um die Prüfung der Unfallkausalität der Lungenembolie (act. K20). Die Helsana legte hierauf den Schadenfall ihrem beratenden Arzt Prof. Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vor. Dieser beurteilte am 22. Mai 2017, dass zwischen dem Unfall vom 25. September 2016 und der Lungenembolie mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe (act. M10), worauf die Helsana dem Rechtsvertreter des Versicherten mit Schreiben vom 26. Mai 2017 bestätigte, dass der Spitalaufenthalt vom 19. bis 22. April 2017 inklusive den medizinischen Behandlungen der Lungenembolie zu ihren Lasten falle (act. K21). Am 26. Juni 2017 wurde von einem Schadeninspektor der Helsana ein Schadeninspektoren-Bericht verfasst (act. K25). Vom 25. September bis 3. Oktober 2017 hielt sich der Versicherte stationär in der Klinik für Neurologie des KSSG auf, wohin er von der Hals-Nasen-Ohren (HNO)-Klinik des KSSG überwiesen worden war, nachdem in einer CT- Untersuchung eine Sinus- und Hirnvenenthrombose diagnostiziert worden war. Die ursprüngliche Vorstellung war aufgrund von Zahnschmerzen mit Ausstrahlung in die linke Gesichtshälfte sowie seit einem Monat bestehenden Kopfschmerzen erfolgt. Die behandelnden Ärzte der Klinik für Neurologie bescheinigten dem Versicherten vom 25. September bis 8. Oktober

2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. M12). Mit Schreiben vom 23. Oktober 2017 erklärte der Rechtsvertreter des Versicherten gegenüber der Helsana, er gehe davon aus, dass sämtliche weiteren Folgen der Lungenembolie als natürlich kausal zum Unfall vom 25. September 2016 angesehen würden und die Leistungspflicht der Helsana gegeben sei, nachdem deren beratender Arzt seinerzeit die Lungenembolie als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal anerkannt habe (act. K30). In der Folge wurde der Schadenfall von der Helsana Dr. med. G.____, Innere Medizin FMH, spez. Rheumatologie, vorgelegt, der in seiner Aktenbeurteilung vom 29. November 2017 von der Beurteilung von Prof. F.____ abwich und eine höchstens mögliche Kausalität zwischen der Lungenembolie und dem Unfall vom 25. September 2016 als gegeben sah (act. M15). Mit Verfügung vom 9. Januar 2018 eröffnete die Helsana dem Versicherten bzw. seinem Rechtsvertreter, dass die Lungenembolie, welche erst über sechs Monate nach der Auffahrkollision vom 25. September 2016 aufgetreten sei, nicht unfallkausal sei. Die natürliche Kausalität sei ab dem 19. April 2017 nicht mehr mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Die leistungsbegründenden Voraussetzungen seien deshalb ab diesem Zeitpunkt nicht erfüllt. Die Helsana sei demzufolge nicht weiter leistungspflichtig (act. K39). Mit Eingabe vom 24. Januar 2018 liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter gegen die Verfügung vom 8. Januar 2018 Einsprache erheben (act. K42). Mit Einspracheentscheid vom 1. November 2018 wies die Helsana die Einsprache ab (act. K47). Sie hielt unter anderem fest, dass die rückwirkende Einstellung ohne Rückforderung der erbrachten Leistungen rechtmässig sei (act. K47 S. 7 Ziff. 6). Gegen den Einspracheentscheid liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) durch seinen Rechtsvertreter mit Eingabe vom 28. November 2018 Beschwerde mit folgenden Anträgen erheben: 1. Der Einspracheentscheid der Helsana (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 1. November 2018 sei vollumfänglich aufzuheben. 2. Es seien gegenüber dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen (Heilungskosten und Taggeldleistung) auszurichten. 3. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, den Beschwerdeführer angemessen zu entschädigen (zuzüglich Mehrwertsteuer und Auslagen [act. G1]). Mit Beschwerdeantwort vom 21. Januar 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde und verwies im Übrigen auf ihre Ausführungen im angefochtenen Einspracheentscheid (act. G3). Mit Replik vom 4. Februar 2019 verzichtete der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auf eine Replik (act. G5) und reichte eine Honorarnote über insgesamt Fr. 1'296.90 ein (act. G5.1). Nachdem der Beschwerdeführer Dr. E.____ auf Ersuchen des Versicherungsgerichts vom Arztgeheimnis entbunden hatte, verlangte dieses die Krankengeschichte ein und stellte Fragen zur Behandlung (Schreiben vom 20. Februar 2020; act. G9). Mit einem auf den 2. März 2020 datierten Schreiben (act. G10) reichte dieser dem Versicherungsgericht einen Auszug vom 3. März 2020 aus der Krankengeschichte des Beschwerdeführers ab Unfalldatum ein (act. G10.1), wofür er Fr. 35.95 in Rechnung stellte (act. G10.2). Laut dem Auszug aus der Krankengeschichte hatte der Beschwerdeführer seinen Hausarzt erstmals am 27. September 2016 und nachfolgend auch am 29. September, 18. Oktober und 19. Dezember 2016 sowie am 11. Januar 2017 konsultiert (act. G10.1). Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie die weiteren Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 1. November 2018 (act. K47). Diesem liegt die Verfügung vom 9. Januar 2018 (act. K39) zu Grunde, mit welcher die Beschwerdegegnerin rückwirkend ab dem 19. April 2017, d.h. ab dem Datum der

Diagnosestellung einer Lungenembolie beim Beschwerdeführer durch die Ärzte der Klinik für Innere Medizin des Spitals D.____, ihre Leistungen mangels Vorliegens einer unfallbedingten Gesundheitsschädigung einstellte. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin rechtens so entschieden hat. Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Übergangsbestimmungen werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor Inkrafttreten der Änderung ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend stehen Folgen eines Unfalls vom 25. September 2016 zur Diskussion. Es finden daher die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Angesichts dieser gesetzlichen Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für Heilkosten- und Taggeldleistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; André Nabold in: Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], Bern 2018, N 48 ff. zu Art. 6; BSK UVG-Irene Hofer, Basel 2019, N 63 ff. zu Art. 6; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 53 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Die Adäquanz spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen indessen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2). Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, so entfällt seine Leistungspflicht erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche Ursache der fortdauernd geklagten Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N 58 f.). Dahingefallen ist die kausale Bedeutung, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf einer Vorerkrankung auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 54 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 71 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein

leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2017, 8C_819/2016, E. 3.2.1; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Die Beweislastregel beschlägt einzig die rechtlichen Folgen der Abklärung, insofern als dem Unfallversicherer die Beweislast zugewiesen wird für den Fall, dass ungeklärt bleibt, ob dem Unfall (noch) eine kausale Bedeutung für den andauernden Gesundheitsschaden zukommt. Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2008, 8C_354/2007, E. 2.2). Im Weiteren bietet sich dem Unfallversicherer die Möglichkeit, auf eine fälschlicherweise anerkannte Kausalität zurückzukommen und die Leistungen - ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision - mit Wirkung ex nunc et pro futuro und unter Verzicht auf eine Rückforderung bereits erbrachter Leistungen einzustellen, wenn ihm der überwiegend wahrscheinliche Beweis gelingt, dass zwischen dem Unfallereignis und einem ursprünglich als unfallkausal anerkannten Gesundheitsschaden gar nie ein natürlicher Kausalzusammenhang bestanden hat. Der Nachweis eines Dahinfallens einer - fälschlicherweise - faktisch anerkannten Unfallkausalität würde sich diesfalls erübrigen (BGE 130 V 384 E. 2.3.1; vgl. ferner Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2017, 8C_819/2016, E. 6.1). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Insofern sind auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherung während des Administrativverfahrens von ihren eigenen oder von beratenden Ärzten und Ärztinnen einholt, beweistauglich (BGE 125 V 352 ff. E. 3; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 f. E. 4.4 und 4.6; bestätigt etwa in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3). Die Frage, ob die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Lungenembolie im Zusammenhang mit dem Unfall vom 25. September 2016 leistungspflichtig ist, wird von ihr in erster Linie gestützt auf die Aktenbeurteilung von Dr. G.____ vom 29. November 2017 (act. M15) verneint. Die Rechtsprechung erachtet eine reine Beurteilung aufgrund der Akten als beweiskräftig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte bzw. die

Expertin imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 24. März 2017, 8C_780/2016, E. 6.1, und vom 4. September 2017, 8C_135/2017, E. 3.2). Im Folgenden gilt es zu prüfen, ob vor dem Hintergrund des Gesagten auf die Aktenbeurteilung von Dr. G.____ abgestellt werden kann. Der Beschwerdeführer erlitt am 25. September 2016 einen Autounfall, worauf er gleichentags von Ärzten des Departements Orthopädie des Spitals D.____ untersucht wurde. Diese diagnostizierten ein Beschleunigungstrauma Grad II sowie eine Contusio Capitis, verordneten ihm eine bedarfsgerechte Analgesie sowie einen HWS Bogen und bescheinigten bis 27. September 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer wurde nach Ausschluss von weiteren Trauma-Folgen noch am 25. September 2016 aus dem Spital in die hausärztliche Nachbehandlung entlassen (act. M1). Laut Auszug aus der von Dr. E.____ am 2. März 2020 eingereichten Krankengeschichte des Beschwerdeführers (act. G10.1) konsultierte dieser sodann erstmals am 27. September 2016 seinen Hausarzt. Diesem gegenüber berichtete er, anlässlich der Erstuntersuchung im Spital D.____ keine Schmerzen gehabt zu haben, nun aber überall Schmerzen zu haben, wie wenn er von einer Dampfwalze überfahren worden wäre. Dr. E.____ erhob als Befunde eine diffus druckdolente Muskulatur, ein Taubheitsgefühl am ganzen Oberschenkel seit der Diskushernienoperation (siehe act. M7-2: "Diskushernienoperation 2014", act. G10.1: "St. N. DH-Op LWK4/5 re [9/14]), seit dem Unfall noch verstärkt, Schmerzen im Becken und Kreuz beim Lasègue rechts ab 40° und links ab 70°. Die Reflexe zeigten sich seitengleich und eine Röntgenuntersuchung der LWS war ohne Befund. Dr. E.____ verordnete schmerz- und entzündungshemmende Medikamente und Metoprolol bei Bedarf (act. G10.1). Am 29. September und 18. Oktober 2016 folgten gemäss Auszug aus der Krankengeschichte (act. G10.1) und UVG Zwischenbericht von Dr. E.____ vom 24. Oktober 2016 (act. M4) weitere Hausarztkonsultationen. Laut Eintrag in der Krankengeschichte hatte der Beschwerdeführer am 29. September 2016 angegeben, dass es ihm wesentlich besser gehe, praktisch wie vor dem Unfall bezüglich des Rückens. Dr. E.____ notierte entsprechend normale Untersuchungsbefunde und verordnete dem Beschwerdeführer nur noch Metoprolol bei Bedarf. Am 18. Oktober 2016 notierte Dr. E.____ als subjektive Angaben des Beschwerdeführers seit einer Woche keinen Muskelkater mehr im Nacken, jedoch Schmerzen und Schwindel bei Drehung der HWS und ein ständiges Knacken. Als Befunde erhob der Hausarzt eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der HWS. Er verordnete dem Beschwerdeführer weiterhin Metoprolol bei Bedarf und eine Physiotherapie (act. M4). Nachdem Dr. E.____ im UVG Zwischenbericht vom 24. Oktober 2016 noch eine nächste Konsultation am 2. November 2016 angegeben und die Dauer der unfallbedingten Behandlung als ungewiss bezeichnet hatte (act. M4), hielt er im UVG Zwischenbericht vom 12. Dezember 2016 ohne Angabe eines nächsten Arzttermins die Konsultation vom 18. Oktober 2016 als letzte Konsultation fest, erklärte in Bezug auf diese den Behandlungsabschluss und gab an, dass die volle Arbeitsaufnahme durch den Beschwerdeführer bereits am 3. Oktober 2016 erfolgt sei (act. M5). In beiden UVG Zwischenberichten hat Dr. E.____ sodann als Diagnose ein craniocerebrales Beschleunigungstrauma Grad II angegeben. Am 19. Dezember 2016 konsultierte der Beschwerdeführer erneut seinen Hausarzt, wobei er diesem laut Auszug aus der Krankengeschichte (act. G10.1) schilderte, seit dem Unfall an diversen Stellen, zum Beispiel tibial rechts bei Belastung (Stehen), Schmerzen zu haben. Die Frage, ob er die Schmerzen als unfallbedingt betrachte, wurde vom Beschwerdeführer offenbar verneint.

Weiter gab er an, dass eine Physiotherapie aus zeitlichen Gründen nicht möglich sei. Bezüglich der Nackenschmerzen sei die Situation gut. Dr. E.____ verschrieb wieder Metoprolol sowie ein Magnesiumpräparat bei Bedarf. Auch am 11. Januar 2017 konsultierte der Beschwerdeführer seinen Hausarzt und beklagte neu eine schmerzhafte, in Ruhe regrediente lokale Schwellung am rechten Unterschenkel. Dr. E.____ erhob als Befund oberflächliche, leicht dilatierte, nicht schmerzhafte Venen, verschrieb weiterhin Metoprolol bei Bedarf sowie einen Kompressionsstrumpf (act. G10.1). Am 6. März 2017 folgte wegen Rückenschmerzen und Schmerzen im Bereich des linken OSG eine notfallmässige Untersuchung des Beschwerdeführers durch die Ärzte der Klinik für Neurochirurgie, welche die Diagnosen chronische Rückenschmerzen sowie Verdacht CRPS Fuss links stellten und das Schmerzzentrum des KSSG ersuchten, den Beschwerdeführer insbesondere für die Abklärung des CRPS aufzubieten und im Falle, dass sich ein solches bestätigen sollte, eine entsprechende Therapie einzuleiten (act. M6). Am 20. März 2017 wurde der Beschwerdeführer im Schmerzzentrum des KSSG untersucht. Dessen Ärzte diagnostizierten ein chronifiziertes gemischt nozizeptives/neuropathisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei pseudoradikulärer Symptomatik nach Verkehrsunfall im September 2016 und einen bekannten Migränekopfschmerz und verneinten ein CRPS (act. M7). Am 19. April 2017 stellte sich der Beschwerdeführer mit Thoraxschmerzen in der Notaufnahme des Spitals D.____ vor, worauf bei ihm nach einer CT-Untersuchung des Thorax durch die Ärzte der Klinik für Innere Medizin des Spitals D.____ eine ausgeprägte segmentale und subsegmentale Lungenembolie im Unterlappen beidseits diagnostiziert wurde. Sonographieuntersuchungen des Abdomens und der Beine vom 20. April 2017 zeigten sodann keine Auffälligkeiten bzw. ergaben keinen Hinweis auf tiefe Venenthrombosen (act. M8 f.). Dr. G.____ hält in seiner Aktenbeurteilung vom 29. November 2017 (act. M15) eine Unfallkausalität der Lungenembolie höchstens für möglich. Eine traumatisch begründbare Lungenembolie setze eine Verletzung der peripheren Venen an den oberen oder unteren Extremitäten voraus. Für eine solche Verletzung fehlten aber anamnestische und klinische Hinweise. Dies werde dadurch bestätigt, dass in der Duplexsonographie der tiefen Beinvenen (vgl. dazu act. M9-2) keine Hinweise für eine stattgehabte tiefe Venenthrombose gefunden worden seien. Grundsätzlich könne man deshalb davon ausgehen, dass das venöse System ohne Pathologie gewesen sei und somit eine Lungenembolie, die normalerweise vom venösen System ausgehe, nicht in Zusammenhang mit dem Gefässsystem gestanden habe. Eine Gerinnungsstörung wäre die Voraussetzung für eine traumatisch begründbare Lungenembolie. Die von Dr. G.____ für eine traumatische begründbare Lungenembolie dargestellte Kausalkette mit primärer Verletzung der peripheren Venen an den oberen oder unteren Extremitäten mit einer Gerinnungsstörung und nachfolgender Lungenembolie ist grundsätzlich überzeugend. Seine Ausführungen stehen in Übereinstimmung mit der medizinischen Literatur, wonach eine Lungenembolie am häufigsten als Thromboembolie durch eine Thrombuseinschwemmung aus Schenkel- und Beckenvenen sowie der Vena cava entsteht (ca. 90%), wogegen Beinvenenthrombosen auch durch einen traumatisch verursachten Gefässwandschaden im Bereich der unteren Extremitäten verursacht werden können (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin/Boston 2017, S. 1073, 1797; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1135 f.; Das MSD Manual, 6. Aufl. Haar 2000, S. 724, 1119). Die medizinischen Ausführungen von Dr. G.____ sind denn auch vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers generell unbestritten geblieben. Uneinig ist man sich jedoch in der individuell-konkreten Würdigung der Verhältnisse des Beschwerdeführers. Während sich

Dr. G.____ angesichts der vorliegenden medizinischen Akten auf den Standpunkt stellt, im konkreten Fall würden Hinweise für eine Venenverletzung und eine Pathologie im Bereich des venösen Systems des Beschwerdeführers fehlen, wendet der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in der Beschwerde vom 28. November 2018 (act. G1) ein, dass die Annahme, wonach erstmals im März 2017 Schmerzen in den Beinen geklagt worden seien, falsch und aktenwidrig sei. Wie den echtzeitlichen Berichten der behandelnden Ärzte entnommen werden könne, habe der Beschwerdeführer seit dem Verkehrsunfall vom 25. September 2016 durchgehend über Schmerzen in den Beinen geklagt. Allerdings seien die geklagten Beschwerden von Dr. E.____ nicht ernst genommen worden. Aktenkundig sei - zusätzlich zur durchgehenden Schilderung von Schmerzen in den Beinen - die während Monaten ununterbrochene Anwendung von Kompressionsstrümpfen. Unbestritten ist, dass im Untersuchungsbericht der Ärzte des Departements Orthopädie des Spitals D.____ über die Erstbehandlung am Unfalltag ausser einem Beschleunigungstrauma typische Beschwerden - wie Nackenschmerzen, eine Druckdolenz und Bewegungseinschränkung der HWS - keine weiteren Beschwerden festgehalten sind. Alle Extremitäten wurden als frei beweglich und indolent bezeichnet. Ferner wurde auch ein Thoraxkompressionsschmerz verneint und in einer Röntgenuntersuchung des Thorax ein altersentsprechend normaler Herz-Lungen-Befund, ohne Nachweis eines Pneumothorax oder dislozierter Rippenfrakturen erhoben (act. M1, M2). Auch in dem am Unfalltag ausgefüllten Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach craniocervikalem Beschleunigungstrauma wurden keine Schmerzen und Funktionseinschränkungen an anderer Lokalisation genannt (act. M3). Der Inhalt der vom Hausarzt Dr. E.____ am 24. Oktober und 12. Dezember 2016 der Beschwerdegegnerin eingereichten UVG-Zwischenberichte stand schliesslich ebenfalls nur im Zusammenhang mit dem vom Beschwerdeführer beim Auffahrunfall vom 25. September 2016 erlittenen Beschleunigungstrauma Grad II (act. M4, M5). Die Beschwerdegegnerin kam damit im angefochtenen Einspracheentscheid vom 1. November 2018 (act. K47 S. 5 Ziff. 4) zutreffend zum Schluss, dass in den initialen medizinischen Akten keine Beinschmerzen, insbesondere auch keine Beinverletzungen, festgehalten sind. Auch dem von Dr. E.____ eingereichten Auszug vom 3. März 2020 aus der Krankengeschichte des Beschwerdeführers (act. G10.1) ist kein Hinweis auf eine beim Unfall vom 25. September 2016 erlittene Beinverletzung zu entnehmen. Das Taubheitsgefühl am ganzen rechten Oberschenkel bei der ersten Konsultation von Dr. E.____ am 27. September 2016 (act. G10.1) wurde zwar vom Beschwerdeführer seit dem Unfall verstärkt wahrgenommen, bestand jedoch bereits seit der Diskushernienoperation im Jahr 2014. Ein Hinweis auf eine beim Unfall vom 25. September 2016 erlittene Beinverletzung liegt damit nicht vor. Die vom Beschwerdeführer anlässlich der Konsultation vom 19. Dezember 2016 und damit erstmals drei Monate nach dem Unfall vorgebrachten tibialen Schmerzen, welche angeblich neben anderen Schmerzen seit dem Unfall andauerten, sind kein Hinweis für eine beim Unfall vom 25. September 2016 erlittene Beinverletzung. Die Nichterwähnung von spezifischen Beinbeschwerden anlässlich drei vorangegangener hausärztlicher Konsultationen ist nicht zu erklären, weshalb davon auszugehen ist, dass zumindest die tibialen Beschwerden neu gewesen sind. Dafür spricht auch der Vermerk von Dr. E.____ in der Konsultationsnotiz vom 19. Dezember 2016 "Frage Unfall-bedingt -> nein Mg". Befunde wurden ausserdem von Dr. E.____ am 19. Dezember 2016 keine notiert. Er verschrieb dem Beschwerdeführer lediglich ein Magnesiumpräparat. Dafür, dass Dr. E.____ den Beschwerdeführer nicht ernst genommen haben könnte, bestehen keine Hinweise. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass ein

behandelnder Arzt in der Krankengeschichte die Angaben seines Patienten wahrheitsgetreu festhält und aus medizinischer Sicht erforderliche Untersuchungen und Behandlungen durchführt. Erst einen weiteren Monat später, bei der Konsultation vom 11. Januar 2017, erhob Dr. E. ___ sodann als Befund oberflächlich leicht dilatierte Venen und verordnete dem Beschwerdeführer Kompressionsstrümpfe. Schliesslich ist auch hervorzuheben, dass von Dr. E. ___ immer nur ein craniocerebrales Beschleunigungstrauma Grad II diagnostiziert und die Vorfusskontusion rechts von Juli 2015 lediglich als Statusdiagnose festgehalten hat. Es liegt mithin einzig die subjektive und erst rund drei Monate nach dem Unfall angeführte Angabe des Beschwerdeführers von tibialen Schmerzen seit dem Unfall vor, welche einem Wahrscheinlichkeitsbeweis für eine beim Unfall vom 25. September 2016 stattgehabte Venenverletzung im Bereich der Beine nicht zu genügen vermag. Der zeitliche Zusammenhang stellt einen bedeutsamen Umstand im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung dar. So erscheint es offensichtlich, dass in der Regel nur ein beim Unfall verletzter Körperteil nachfolgende Beschwerden zeitigen kann und eine massgebende Verletzung im Regelfall zu Schmerzen führt, die unmittelbar im Anschluss an den Unfall oder zumindest unfallnah auch im entsprechenden Umfang wahrgenommen und im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung diagnostiziert werden. In zeitlicher Hinsicht ist eine traumatische Verletzung, direkt oder unmittelbar nachdem sie sich ereignet, radiologisch am besten sichtbar. Nachfolgend schliesst der Heilungsprozess an, was in der Regel zu einer stetigen Abnahme der Erkennbarkeit von Verletzungen führt. Auch klinisch zeigen sich Unfallverletzungen - wie auch Beinverletzungen - in der Regel unmittelbar nach dem Unfall am auffälligsten, d.h. präsentieren sich in irgendeiner Form mit entsprechenden Schmerzen und Funktionseinschränkungen und werden damit zumindest klinisch vermutet. Gerade bei einer durch einen Unfall verursachten Beinverletzung mit einem Venen- oder Gefässschaden ist davon auszugehen, dass klinische Befunde erhoben werden können, welche auf einen starken Schlag oder Stoss gegen den Körper hinweisen. Die in Erwägung 4.4.1 geschilderten ärztlichen Feststellungen sind jedoch ein gewichtiges Indiz, welches gegen eine traumatische Bein- oder Venenverletzung spricht bzw. gegen unmittelbar nach dem Unfall vom 25. September 2016 aufgetretene Beinschmerzen und damit nicht auf eine überwiegend wahrscheinlich traumatische Genese der Lungenembolie hindeutet. An dieser Beurteilung vermögen auch die Untersuchungsberichte der Ärzte der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 8. März 2017 (act. M6) betreffend die notfallmässige ambulante Untersuchung des Beschwerdeführers vom 6. März 2017 und des Schmerzzentrums des KSSG vom 22. März 2017 betreffend eine Erstkonsultation vom 20. März 2017 (act. M7) nichts zu ändern. Die Ärzte der Klinik für Neurochirurgie hielten fest, der Beschwerdeführer leide aktuell unter paravertebralen Rückenschmerzen mit Schmerzausstrahlung in die Oberschenkel, woraus sich keine spezifische, von den Beinen ausgehende Gesundheitsstörung ableiten lässt (vgl. dazu Erwägung 4.4.1). Selbst wenn eine solche angenommen würde, ist festzuhalten, dass die Ärzte - entgegen der Interpretation des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers in der Beschwerde vom 28. November 2018 - in der Anamnese nicht explizit wegen dieser Beschwerden eine Abgabe von Analgesie durch den Hausarzt beschrieben haben. Vielmehr wurde erklärt, dass die weitere Nachbehandlung bei Schmerzen der HWS und erst "im Verlauf" des gesamten Rückens mit Ausstrahlung in die Oberschenkel hausärztlich und im Rahmen von Analgesie stattgefunden habe. Dasselbe ist dem Untersuchungsbericht der Ärzte des Schmerzzentrums zu entnehmen. Dies stimmt im Übrigen mit den in Erwägung 4.4.2 gemachten Ausführungen überein. Im Auszug von Dr. E. ___ vom 3. März 2020 aus der Krankengeschichte des Beschwerdeführers (act.

G10.1) ist keine echtzeitliche, spezifisch wegen einer Beinproblematik verordnete Analgesie dokumentiert. Die Medikation diene offensichtlich der Bekämpfung der Nackenbeschwerden. Auch das von Dr. E.____ fortlaufend bei Bedarf verordnete Metoprolol wird nicht bei Venenproblemen verschrieben (vgl. <https://compendium.ch/product/1316855-metoprolol-mepha-depotabs-25-mg>; abgerufen am 12. März 2020). In beiden obgenannten Untersuchungsberichten wurden zudem chronische Rückenschmerzen bzw. ein chronifiziertes lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei Status nach Diskushernienoperation L4/5 rechtsseitig 2014, jedoch mit/bei unauffälliger LWS nach Auffahrunfall am 25. September 2016 diagnostiziert. Abgesehen davon, dass der Zusatz "chronisch" samt einem Vorzustand nicht auf eine Traumarelevanz hinweist (vgl. dazu Pschyrembel, a.a.O., S. 335; Roche Lexikon, a.a.O., S. 334), enthalten die vorgenannten Diagnosen ebenfalls keinen Hinweis auf eine beim Unfall vom 25. September 2016 erlittene Bein- bzw. Venenverletzung. Das Gleiche gilt für die Verdachtsdiagnose eines CRPS Fuss links, welche im Übrigen von den Ärzten des Schmerzzentrums des KSSG im Rahmen ihrer Untersuchungen vom 20. März 2017 nicht bestätigt werden konnte (act. M7). Laut Anamnese des Untersuchungsberichts des Schmerzzentrums wurde angeblich der linke Fuss des Beschwerdeführers wegen Schmerzen im Bereich des linken OSG "ebenfalls im Rahmen des Verkehrsunfalls" in einer Orthese ruhiggestellt, welche der Beschwerdeführer seit Oktober 2016 konsequent zur Mobilisation trage. Den Akten lässt sich jedoch - wie bereits ausführlich dargelegt (vgl. Erwägung 4.4.1) - weder entnehmen, inwiefern eine Orthese indiziert gewesen sein könnte, noch dass eine solche tatsächlich ärztlich verordnet wurde. Die vom Beschwerdeführer am 19. April 2017 (act. M8) gegenüber den Ärzten der Klinik für Innere Medizin des Spitals D.____, welche die Lungenembolie diagnostizierten, gemachten Angaben - er habe über Wochen im "ganzen Körper" Schmerzen verspürt, ebenso eine Schwellung und Schmerzen in beiden Beinen, die mit Kompressionsstrümpfen behandelt worden seien, wobei eine diesbezügliche Abklärung nicht erfolgt sei - entsprachen zum damaligen Zeitpunkt der dokumentierten Aktenlage. Aus ihnen ergeben sind jedoch keine neuen Hinweise auf eine Traumarelevanz der beklagten Beschwerden oder für eine (bereits) beim Unfall vom 25. September 2016 erlittene Bein- oder Fuss- und Venenverletzung (vgl. Erwägung 4.4.1). Die anamnestischen Angaben derselben Ärzte im Austrittsbericht vom 21. April 2017 (act. M9) - es lasse sich ein Autounfall von vor etwa sechs Monaten erheben, seit dem immer wieder Beinschmerzen mit Schwellung aufgetreten wären - lassen sich nämlich, wie dargelegt (vgl. Erwägung 4.4.1), anhand der Akten nicht belegen. Tibiale Schmerzen und ausdrückliche Beinschmerzen mit Schwellung wurden erstmals von Dr. E.____ rund drei bzw. dreieinhalb Monate nach dem Unfall anlässlich der Konsultationen des Beschwerdeführers vom 19. Dezember 2016 und 11. Januar 2017 dokumentiert (act. G10.1). Die Ärzte der Klinik für Innere Medizin des Spitals D.____ folgerten zwar im Austrittsbericht vom 21. April 2017, dass sie am ehesten von einer Lungenembolie aufgrund einer Thrombose nach dem traumatischen Ereignis vor sechs Monaten ausgehen würden (act. M9). Abgesehen davon, dass die Formulierung "am ehesten" vage ist und mit einem "am ehesten" vorstellbaren Sachverhalt auch kein Sachverhalt belegt ist, der überwiegend wahrscheinlich zutrifft, basiert die Beurteilung der Ärzte einzig auf einer zeitlichen Abfolge, welche zumindest in Fällen, in denen das Vorliegen einer strukturellen Verletzung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden kann, keinen genügenden Beweis darstellt (vgl. dazu die beweisrechtlich untaugliche Formel "post hoc ergo propter hoc" in: BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 67 zu Art. 6; Alfred Maurer, Schweizerisches

Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 Fn. 1205). Eine stichhaltige medizinische Kausalitätsbegründung ist dem Bericht jedenfalls nicht zu entnehmen. Vielmehr wurde festgehalten, dass sich in der Duplex-Sonographie der tiefen Beinvenen kein Hinweis auf eine rezente tiefe Venenthrombose gezeigt habe. Da sich der beratende Prof. F.____ in seinem, den natürlichen Kausalzusammenhang bejahenden Bericht vom 22. Mai 2017 nur auf diesen Bericht stützte und seine Auffassung ansonsten nicht begründete (act. M10), vermag dessen Auffassung die Beurteilung von Dr. G.____ nicht in Zweifel zu ziehen. Schliesslich bezeichneten auch die Ärzte der Klinik für Neurologie des KSSG die Lungenembolie im April 2017 im Untersuchungsbericht vom 6. Oktober 2017 (act. M12) als ätiologisch ungeklärt, am ehesten auch unprovokiert. Provokiert bei möglicher tiefer Venenthrombose (i.R. der Diagnose Auffahrunfall am 25. September 2016) wurde lediglich als Differentialdiagnose festgehalten (act. M12). Als solche bezeichnet man eine Diagnose, die alternativ als Erklärung für die erhobenen Befunde oder Symptome (Krankheitszeichen) in Betracht zu ziehen ist und damit nicht eindeutig feststeht. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich - wie von Dr. G.____ anhand der von ihm aufgezeigten Kausalkette angenommen und schlüssig begründet - in Bezug auf den konkreten Fall aufgrund der anfänglichen medizinischen Aktenlage, insbesondere der ursprünglich gestellten Unfalldiagnosen und auch der nachfolgend erhobenen Befunde ohne radiologische oder klinische Hinweise auf eine bedeutsame Beinverletzung mit Gefässverletzung, keine Anhaltspunkte für eine natürliche Unfallkausalität der am 19. April 2017, d.h. rund sechs Monate nach dem Autounfall vom 25. September 2016, diagnostizierten Lungenembolie ergeben. Da echtzeitlich weder eine Bein-/Fussverletzung noch eine andere strukturelle Verletzung dokumentiert ist, fehlt der von Dr. G.____ erklärten Kausalkette, wie sie für eine traumatische Genese der Lungenembolie erforderlich wäre, die Grundlage. Dass eine Bein-/Fussverletzung ganz allgemein zu einem Gefässwandschaden, ein solcher zu einer Thrombose und eine solche letztlich zu einer Lungenembolie führen kann, ist nicht in Abrede zu stellen, doch muss eben im Einzelfall eine traumatische Gefässverletzung stattgefunden haben bzw. rechtsgenügend nachgewiesen sein, was vorliegend nach dem Gesagten nicht der Fall ist. Dr. G.____ erwähnt in seiner Aktenbeurteilung vom 29. November 2017 sodann spontan auftretende Lungenembolien, deren Ursache unbekannt seien. Sie seien ätiologisch gerinnungsphysiologisch unklar. Ein Zusammenhang mit dem Unfallereignis wäre jedoch in diesem Fall höchstens dann anzunehmen, wenn die Lungenembolie subakut nach dem Ereignis aufgetreten wäre. Nach sechs Monaten - der an sich unbestrittenen Latenzzeit bis zur Diagnose der Lungenembolie (Unfall: 25. September 2016; Diagnose Lungenembolie: 19. April 2017 act. M8J) - sei diese Verknüpfung sehr unwahrscheinlich. Auch diese Feststellung erscheint schlüssig und nachvollziehbar. So ist allgemein zu sagen, dass die Anforderungen an den Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs im Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit strenger sind, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Eintritt der Schädigung ist (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c; Urteil des Bundesgerichts vom 26. September 2008, 8C_102/2008, E. 2.2). Die unfallunabhängigen Vorgänge, die sich in einem menschlichen Körper während einer längeren Zeit abspielen können, sind vielfältig. Selbst wenn nicht von einer mehrmonatigen Beschwerdefreiheit im Bereich der Beine des Beschwerdeführers ausgegangen würde (vgl. dazu Erwägung 4.4.1 ff.), überzeugt es, wenn Dr. G.____ angesichts des vorliegenden zeitlichen Ablaufs eine Verknüpfung der Lungenembolie mit dem Unfall als sehr unwahrscheinlich betrachtet. Insbesondere auch seine im Zusammenhang mit einer spontanen Lungenembolie gemachte Feststellung, dass

eine solche traumatisch bedingt nach sechs Monaten ohne vorausgegangene pulmonale Beschwerden unwahrscheinlich sei, erscheint stichhaltig. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich - ausgehend von den überzeugenden Darlegungen von Dr. G.____ - höchstens die Möglichkeit einer traumatischen Genese einer als Folge einer Bein-/Fussverletzung aufgetretenen Lungenembolie oder einer spontanen Lungenembolie ergibt. Überwiegend wahrscheinlich besteht indes kein kausaler Zusammenhang. Damit hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung zu Recht ab dem 19. April 2014 verneint. Die Durchführung einer Gerinnungsabklärung könnte an dieser Beurteilung nichts ändern. Denn wie die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 1. November 2018 zutreffend festhält, würden selbst bei Fehlen einer Thromboseneigung des Beschwerdeführers die in den Erwägungen 4.4 gemachten Ausführungen bestehen bleiben und es könnte nicht allein deshalb automatisch von einer traumatisch bedingten Lungenembolie ausgegangen werden. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 1. November 2018 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die im Beschwerdeverfahren entstandenen medizinischen Abklärungskosten von Fr. 35.95 (act. G10.2) sind von der Beschwerdegegnerin zu tragen. Denn die entsprechenden Kosten wurden durch die unzureichenden medizinischen Abklärungen im Verwaltungsverfahren verursacht. Mit Blick auf die Untersuchungspflicht der Verwaltung hat die Kosten der Behebung dieses Mangels die Beschwerdegegnerin zu bezahlen (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 17 zu Art. 45, mit Hinweisen auf die Rechtsprechung). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat die im Gerichtsverfahren angefallenen medizinischen Abklärungskosten von Fr. 35.95 zu bezahlen.

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