



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 18. Januar 2018 (725 17 157 / 24)**

---

**Unfallversicherung**

**Beweistauglichkeit von versicherungsinternen ärztlichen Stellungnahmen und Berichten zur Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden**

**Besetzung** Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiberin Barbara Vöggtli

**Parteien** **A.**\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach

gegen

**Suva**, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

**Betreff** Leistungen

A. Die 1966 geborene A.\_\_\_\_ war als Chauffeuse bei der B.\_\_\_\_ AG angestellt und durch die Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Mit Unfallmeldung vom 13. Mai 2014 liess A.\_\_\_\_ der Suva durch ihre Arbeitgeberin einen Unfall melden. Gemäss den Angaben im genannten Formular habe die Versicherte am 24. April 2014 einen Motorradunfall erlit-

ten. Dabei habe sie sich am rechten Hüftgelenk verletzt. Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals C.\_\_\_\_\_ hielten in ihrem korrigierten Bericht vom 2. Mai 2014 zur Erstkonsultation vom 24. April 2014 als Diagnosen eine undislozierte Längsfraktur des Os sacrum an der rechtsseitigen Massa lateralis, eine undislozierte Fraktur am rechten oberen Schambeinast mit Einstrahlung in den vorderen Grundfeiler des Acetabulums, den Verdacht auf eine passagere Radialishypästhesie rechts bei dorsolateralem Weichteilhämatom des rechten Oberarms, eine Myogelose paravertebral links nach HWS-Distorsion, ein Weichteilhämatom lateraler Oberschenkel rechts, die bekannte Diskushernie L4/5 linksseitig sowie eine Unverträglichkeit auf niedermolekulare Heparine und Aspirin fest. Die Suva übernahm in der Folge die Kosten der Heilbehandlungen und leistete ein Taggeld. Mit Verfügung vom 21. Januar 2016 lehnte die Suva ihre Leistungspflicht für die von der Versicherten gemeldeten Hautbeschwerden ab. Zur Begründung machte sie geltend, dass aufgrund der medizinischen Unterlagen kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den gemeldeten Hautbeschwerden bestehe. Daher sei die Suva für das PAPA-Syndrom bzw. für das autoinflammatorische Syndrom nicht leistungspflichtig. Mit Verfügung vom 29. Januar 2016 verneinte die Suva ihre Leistungspflicht schliesslich auch für die multiplen unspezifischen Beschwerden der Versicherten. Die Beschwerden seien nicht adäquat durch das Unfallereignis verursacht worden, weshalb die Versicherungsleistungen per 31. Januar 2016 eingestellt würden. Nachdem A.\_\_\_\_\_ gegen diese beiden Verfügungen Einsprache erhoben hatte, vereinigte die Suva die beiden Verfahren und wies die beiden Einsprachen mit Einspracheentscheid vom 10. April 2017 ab.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.\_\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, am 23. Mai 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr aus dem Unfallereignis vom 24. April 2014 über den 31. Januar 2016 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen; unter o/e-Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 11. Juli 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

D. Am 16. Oktober 2017 reichte die Beschwerdeführerin eine Replik ein, in welcher sie an den bisherigen Anträgen und wesentlichen Begründungen – unter Hinweis auf neue ärztliche Berichte – festhielt.

E. Die Beschwerdegegnerin ersuchte in ihrer Duplik vom 9. November 2017 weiterhin um Abweisung der Beschwerde.

Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird – soweit für die Entscheidungsfindung notwendig – in den Erwägungen eingegangen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in X.\_\_\_\_\_ (BL), weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 23. Mai 2017 ist demnach einzutreten.

1.2 Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG in Kraft getreten. Zu den geänderten Normen gehört auch die Bestimmung von Art. 18 Abs. 1 UVG, welche den Anspruch auf eine Invalidenrente regelt. Laut Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des UVG vom 25. September 2015 werden jedoch Versicherungsleistungen für Ereignisse, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen zugetragen haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen wird.

2.1 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 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeits-

unfähigkeit, 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 entfiel (BGE 129 V 177 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 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 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 leistungsbegründende 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 leistungsbegründender 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).

3.1 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 medizini-

schen 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

3.2 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 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 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 351 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 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3).

4.1 Die Beschwerdegegnerin legte die Akten im Dezember 2015 im Hinblick auf einen möglichen Fallabschluss ihrer Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie FMH, zur medizinischen Beurteilung vor. Diese hält in der Beurteilung vom 16. Dezember 2015 in ihren Schlussfolgerungen fest, dass sich die Versicherte bei einem Motorradunfall (Sozius) am 24. April 2014 eine undislozierte Fraktur am oberen Schambeinast mit Einstrahlung in den vorderen Grundpfeiler des Acetabulums und eine undislozierte Längsfraktur des Os sacrum an der rechtsseitigen Massa lateralis sowie Weichteilhämatome dorsolateral am rechten Oberarm und am lateralen Oberschenkel rechts und eine HWS-Distorsion QTF I zugezogen habe. Diese Frakturen würden nach allgemeinem medizinischem Wissen nach sechs bis acht Wochen folgenlos verheilen. Mit Röntgenkontrolle vom 30. Januar 2015 (Beckenübersichtsaufnahme) sei die Frakturheilung dokumentiert worden. Weichteilhämatome würden innerhalb von vier bis sechs Wochen folgenlos abheilen. Das Vorliegen eines zerviko-radikulären Syndroms sei von PD Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, mit Bericht vom 30. September 2015 aus neurologischer Sicht ausgeschlossen worden. Mit MRI HWS vom 6. Oktober 2015 sei das Vorliegen von degenerativ bedingten Verschleissveränderungen ohne Kompromittierung der neuralen Strukturen dokumentiert worden. Sodann sei das Vorliegen eines PAPA-Syndroms (= fami-

liär vererbte Erkrankung mit pyogenen [eitrigen] Arthritiden [Gelenkentzündungen], Pyoderma gangränosum [schmerzhafte Erkrankung der Haut mit teils grossflächigen Geschwürbildungen] und Akne) gestützt auf die medizinischen Unterlagen nur möglich bzw. gemäss rheumatologischer Beurteilung sehr unwahrscheinlich. Bei der Versicherten sei im Austrittsbericht des Spitals F.\_\_\_\_ vom 16. September 2015 ein sogenanntes autoinflammatorisches Syndrom diagnostiziert worden. Bei dieser Diagnose handle es sich um eine vererbte Genmutation. Ein Zusammenhang zwischen körperlichen Traumen und dem Auslösen der Symptome werde in der Literatur nicht bestätigt. Ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem autoinflammatorischen Syndrom sei deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen.

4.2 Kreisarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hält in seiner Beurteilung vom 27. Januar 2016 fest, dass die knöchernen Verletzungen am Becken keine Verschiebungen aufweisen würden. Sie seien gemäss der Röntgendokumentation bereits knöchern konsolidiert. Nach allgemeiner Erfahrung seien nach Knochenbrüchen an dieser Stelle ohne Verschiebung keine dauerhaften Folgen zu erwarten. Mit einer Zeitverzögerung von mehreren Monaten seien bei der Versicherten multiple, teils unspezifische Beschwerden aufgetreten. In der daraufhin durchgeführten intensiven apparativen und klinischen Diagnostik seien keine zusätzlichen, bis dahin noch nicht bekannten strukturellen Läsionen, welche überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis zurückzuführen seien, nachgewiesen worden. Die Versicherte leide an verschiedenen degenerativen Veränderungen des muskulo-skelettalen Apparates sowie an Erkrankungen bzw. auch an Folgen der Behandlung dieser Erkrankungen. Hinsichtlich der Kausalität eines im Verlauf diskutierten PAPA-Syndroms sei auf die Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ zu verweisen. Dr. D.\_\_\_\_ habe keinen Zusammenhang zwischen dieser Erkrankung und dem Unfallereignis erkennen können. Zusammenfassend sei die Situation so, dass die multiplen Prellungen und Hämatome, welche sich die Versicherte am Unfalltag zugezogen habe, nach dieser Zeit abgeheilt seien. Die nachgewiesenen knöchernen Verletzungen im Bereich des Beckens, welche allesamt unverschoben gewesen seien, seien radiologisch dokumentiert knöchern konsolidiert. Auf den letzten Bildern des knöchernen Beckens seien die Frakturen nicht mehr nachvollziehbar. An der HWS seien keine strukturellen Läsionen nachgewiesen worden. Eine allfällige Verstauchung der kleinen Halswirbelgelenke im Rahmen eines Ereignisses sei ohne Nachweis von strukturellen Läsionen aller spätestens nach 12 Monaten abgeheilt. Somit würden auch hier nach diesem Zeitraum keine Unfallfolgen mehr vorliegen. Die in anatomischer Stellung knöchern konsolidierten Frakturen im Beckenbereich führten nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Insgesamt liege daher aufgrund der Unfallfolgen ein Zustand vor, bei dem mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung durch eine weitere Behandlung mehr erreicht werden könne.

4.3 Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Einspracheentscheid bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts auf die Beurteilungen von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_. Sie gelangte demzufolge zum Ergebnis, dass die bei der Beschwerdeführerin über den Zeitpunkt der strittigen Leistungseinstellung (31. Januar 2016) hinaus bestehenden Beschwerden überwiegend wahrscheinlich nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. In Bezug auf die

Beurteilungen von Dr. D.\_\_\_\_ und von Dr. G.\_\_\_\_ ist festzuhalten, dass den Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte rechtsprechungsgemäss zwar nicht derselbe Beweiswert zukommt wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. Solche Berichte sind aber, wie oben ausgeführt (vgl. Erwägung 3.2 hiervor), soweit zu berücksichtigen, als keine – auch nur geringe – Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.7). Vorliegend ist kein Grund ersichtlich, an der Richtigkeit der Feststellungen von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ zu zweifeln. Es ist vielmehr festzuhalten, dass sich die Berichte ausführlich mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinandersetzen und eine schlüssige Kausalitätsbeurteilung enthalten. Überdies ist im vorliegenden Fall festzustellen, dass die Beschwerdeführerin umfangreich diagnostisch und bildgebend abgeklärt wurde, sodass Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ ihre Einschätzungen auf umfangreiche spezialärztliche Abklärungsergebnisse abstützen konnten.

5.1 Was die Beschwerdeführerin vorbringt ist nicht geeignet, das Ergebnis der vorinstanzlichen Beweiswürdigung bzw. die Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Beurteilungen in Frage zu stellen.

5.2.1 Die Beschwerdeführerin rügt die Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ in Bezug auf die neurootologischen Beschwerden und verweist dabei auf den Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, Oberarzt der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Abteilung Hals- und Gesichtschirurgie, des Spitals F.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2016. Gestützt auf den Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ sei erstellt, dass am ehesten posttraumatisch zervikogen bedingte rechtsseitige Ohrsymptome vorliegen würden im Sinne einer intermittierenden Tubenventilationsstörung. Durch den Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ seien unfallkausale Beschwerden erstellt, welche als therapiebedürftig bezeichnet würden. Es stelle sich daher auch noch nicht die Frage der Adäquanz dieser Beschwerden, denn diese sei erst zu prüfen, wenn von der Fortsetzung der Therapie keine namhafte Verbesserung des Zustands mehr zu erwarten sei.

5.2.2 Dr. H.\_\_\_\_ hält zum Einen fest, dass er keinen klaren Hinweis für eine traumatisch bedingte kochleäre oder vestibuläre Störung gefunden habe. Die Kausalitätsbeurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ sodann, dass die rechtsseitigen Ohrsymptome im Sinne einer intermittierenden Tubenventilationsstörung „am ehesten posttraumatisch bedingt“ seien, erscheint äusserst vage. Dr. H.\_\_\_\_ begründet diese diagnostische Schlussfolgerung nicht; es ist jedoch mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass er aufgrund der Aussagen der Beschwerdeführerin eine rein zeitliche Attribution zum Unfallereignis vornahm. Mit der Beschwerdegegnerin ist deshalb davon auszugehen, dass in Anbetracht der mehr als eineinhalbjährigen Latenzzeit zwischen dem Unfallereignis im April 2014 und dem erstmalig ärztlicherseits dokumentierten Auftreten der rechtsseitigen Ohrenbeschwerden im Januar 2016 ein unfallbedingter Kausalzusammenhang nicht überwiegend wahrscheinlich ist. Ein verfrühter Behandlungsabschluss durch die Beschwerdegegnerin liegt somit nicht vor.

5.3.1 Weiter stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, dass Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Dermatologie, ihre Gelenkbeschwerden und Hautveränderungen in seinem Bericht

vom 20. August 2015 als Unfallfolge beurteilt habe. Dr. I.\_\_\_\_ lege ausführlich und nachvollziehbar dar, weshalb ein Zusammenhang zwischen dem PAPA-Syndrom und dem Unfallereignis bestehe. Der Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2015 komme diesbezüglich keine ausschlaggebende Beweiskraft zu, da es sich nicht um eine chirurgische Fragestellung handle. Zudem habe sie sich nicht vollumfänglich mit den Argumenten von Dr. I.\_\_\_\_ auseinandergesetzt, insbesondere nicht mit dessen Literaturangaben. Selbst wenn die Symptome der Beschwerdeführerin nicht dem PAPA-Syndrom zugeordnet werden könnten, sei damit noch nicht automatisch die Frage der Unfallkausalität geklärt, da zur Zeit ungeklärt sei, ob das autoinflammatorische Syndrom nicht zumindest teilweise durch das Unfallereignis ausgelöst worden sei.

5.3.2 Dr. I.\_\_\_\_ diagnostiziert mit ärztlichem Zwischenbericht vom 7. Juli 2015 ein autoinflammatorisches Syndrom und das klinische Bild eines PAPA-Syndroms, das „zeitlich angeblich im Zusammenhang mit dem Unfallereignis“ aufgetreten sei. Eine Arbeitsunfähigkeit bestehe nicht. Es bleibe vorläufig unklar, ob das autoinflammatorische Syndrom als Unfallfolge aufzufassen sei. Hier sei gegebenenfalls eine arbeitsmedizinische Beurteilung sinnvoll. Mit Bericht vom 20. August 2015 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin führt Dr. I.\_\_\_\_ aus, dass das PAPA-Syndrom zu den autoinflammatorischen Erkrankungen zähle. Bei dieser Erkrankungsgruppe seien Verschlechterungen durch physikalische Traumen (Operationen, Injektionen etc.) gut bekannt. Das Phänomen der lokalisierten Verschlechterung durch physikalische Traumen werde als Pathergiephänomen bezeichnet. Auch bei der Patientin habe nach lokaler Injektion eines Medikamentes das entsprechende Phänomen beobachtet werden können. Insgesamt sei daher aufgrund der Literatur hoch wahrscheinlich, dass physikalische Traumen das diagnostizierte PAPA-Syndrom lokalisiert verschlechtern könnten. Die von der Patientin beschriebene Symptomverschlechterung nach physikalischem Trauma (Unfall) erscheine in diesem Zusammenhang sehr plausibel.

5.3.3 Dr. I.\_\_\_\_ hat die Frage, ob das PAPA-Syndrom durch das physikalische Trauma verschlimmert oder verschlechtert wurde, nicht konkret auf den Fall der Beschwerdeführerin bezogen beantwortet. Es ist daher mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass seinem Bericht vorliegend keine ausschlaggebende Beweiskraft zukommen kann. Er nimmt weder Bezug auf die Krankengeschichte der Beschwerdeführerin noch legt er in nachvollziehbarer Weise dar, inwiefern der Unfall zu den Hautbeschwerden führte bzw. diese auslöste oder verschlimmerte. Diesbezüglich ist zudem auf die Abklärungsergebnisse des Spitals F.\_\_\_\_ im Bericht vom 16. September 2015 und die konsiliarische Untersuchung und den Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, vom 9. September 2015, hinzuweisen. Dort wurde festgehalten, dass das Vorliegen eines PAPA-Syndroms sehr unwahrscheinlich sei. Diagnostiziert wurde stattdessen ein autoinflammatorisches Syndrom. Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ haben diese fachärztlichen Beurteilungen in ihren Berichten korrekt übernommen. Soweit sie deshalb zum Schluss kommen, dass ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem autoinflammatorischen Syndrom ausgeschlossen werden könne, da es sich beim autoinflammatorischen Syndrom um eine Erbkrankheit handle, erscheint die Beurteilung als schlüssig. Beim autoinflammatorischen Syndrom handelt es sich um eine Genmutation, die nicht auf ein Unfallgeschehen zurückzuführen ist. Auch die Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_, es sei unwahrscheinlich,

dass ein PAPA-Syndrom vorliege, ist in Anbetracht der Untersuchungsergebnisse von Dr. J.\_\_\_\_ nicht in Zweifel zu ziehen. Es ist damit festzustellen, dass die Hautbeschwerden und die Gelenkbeschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 24. April 2014 zurückzuführen sind.

5.4.1 Weiter rügt die Beschwerdeführerin, dass die MRT Untersuchung vom 6. Oktober 2015 bezüglich der HWS und der LWS zahlreiche Befunde ergeben habe, mit denen sich die Beschwerdegegnerin nicht auseinander gesetzt habe. Die Beschwerdegegnerin weist in diesem Zusammenhang zu Recht darauf hin, dass in der bildgebenden Diagnostik betreffend die HWS und die LWS nur degenerative Befunde hätten nachgewiesen werden können (vgl. dazu Ziffer 27 der Beschwerdeantwort vom 11. Juli 2017 unter Hinweis auf die Beurteilung von PD Dr. E.\_\_\_\_ vom 5. Oktober 2015). Dr. E.\_\_\_\_ schliesst das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem lumboradikulären Schmerzsyndrom und dem Unfall aus. Für die Beschwerden im Nacken sah er keine neurologische Ursache. Auch die später durchgeführte bildgebende Diagnostik ergab diesbezüglich keine Hinweise auf eine strukturelle Läsion. Die Beschwerdeführerin leidet an degenerativen Erkrankungen an der HWS und der LWS, die nicht auf das Unfallereignis zurückgeführt werden können. Die Veränderungen an der Wirbelsäule (Diskushernie LWK5/SWK1, Protrusion und Chondrose) sind demzufolge als unfallfremd zu betrachten.

5.4.2 Soweit es beim Unfallereignis vom 24. April 2014 zu einer Kontusion der Wirbelsäule ohne strukturelle Läsion gekommen sein sollte, stellt Dr. G.\_\_\_\_ nachvollziehbar und in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Praxis fest, dass eine allfällige Stauchung der HWS allerspätestens nach 12 Monaten abgeheilt sei (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. Januar 2012, 8C\_601/2011, E. 3.2.1).

5.5 Somit ist zusammenfassend festzuhalten, dass sich die Leistungseinstellung im Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 10. April 2017 gestützt auf die beweiskräftigen medizinischen Beurteilungen von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ nicht beanstanden lässt.

6.1 Im Rahmen der Replik liess die Beschwerdeführerin weitere ärztliche Berichte zu den Akten reichen. Gestützt auf den Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin/Rheumaerkrankungen, vom 16. August 2017, sei davon auszugehen, dass die Beschwerden an der rechten Schulter, der LWS und am rechten Knie nach wie vor auf den Unfall zurückzuführen seien und aus diesem Grund weiterhin eine 80 %-ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Hinzu komme, dass die Beschwerdeführerin an massiven Bauchbeschwerden leide, die ebenfalls unfallbedingt seien, was von Dr. K.\_\_\_\_ und auch von Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Gynäkologie und Geburtshilfe, bestätigt werde.

6.2 Dr. K.\_\_\_\_ hält im zitierten Bericht fest, dass die Beschwerden an der rechten Schulter, der lumbalen Wirbelsäule sowie am rechten Knie nach wie vor auf den erlittenen Unfall zurückzuführen seien. Die Patientin erhalte in zwei bis dreiwöchigen Abständen lokale Infiltrationen und entzündungshemmende Medikamente im Bereich der LWS, des Beckens, im thorakalen Bereich der Wirbelsäule, an der rechten Schulter sowie cervical. Am 14. Juli 2017 habe die Pa-

tientin erneut eine Kontusion der rechten Schulter erlitten sowie eine Distorsion des linken Brustkorbs mit erheblicher Druckdolenz der Rippen links. Die Patientin leide neuerdings auch unter massiven abdominalen Blähungen, die wahrscheinlich auf die posttraumatische lumbale Erkrankung zurückzuführen seien. Sie sei weiterhin erheblich in ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt.

Da Dr. K.\_\_\_\_ nicht begründet, inwiefern die Beschwerden mit dem Unfallereignis in einem Zusammenhang stehen, erweist sich sein Bericht nicht als genügend aussagekräftig. Er bringt auch keine neuen Befunde oder Abklärungsergebnisse vor, die die Schlussfolgerungen von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ nachträglich in Zweifel ziehen würden. Ein weiterer Abklärungsbedarf ist nicht ersichtlich. Soweit Dr. K.\_\_\_\_ auf ein Ereignis vom 14. Juli 2017 Bezug nimmt, ist dieses nach Erlass des Einspracheentscheids eingetreten und damit für die vorliegende Fragestellung irrelevant.

6.3 Soweit in der Replik ausgeführt wird, dass auch die Ärzte der Notfallstation des Spitals F.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 7. August 2017 ausgeführt hätten, die Beschwerden am Bewegungsapparat seien auf das Unfallereignis zurückzuführen, kann dem nicht gefolgt werden. Die Ärzte führen im Bericht einzig aus, dass die Symptomatik bei den bekannten Schmerzen des Bewegungsapparates nach Polytrauma 2014 am ehesten chronisch sei. Dieser pauschale, wohl rein zeitlich gemeinte Hinweis auf das Unfallereignis vermag die Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ ebenfalls nicht in Frage zu stellen.

6.4 Die Beschwerdeführerin verweist sodann auf den Bericht von Dr. L.\_\_\_\_ vom 18. August 2017. Dr. L.\_\_\_\_ hält darin fest, dass er aus gynäkologischer Sicht keinen krankhaften Befund für die Bauchbeschwerden, die Rückenbeschwerden sowie die Beschwerden an den Beinen gefunden habe. Für eine weitere Behandlung habe er die Patientin an den behandelnden Rheumatologen verwiesen. Damit kann auch aus diesem Bericht in Bezug auf die Unfallkausalität der Beschwerden nichts abgeleitet werden. Alleine der Umstand, dass Dr. L.\_\_\_\_ festhält, dass die Patientin vor dem Unfall unauffällig gewesen sei, genügt nicht.

7. Zusammenfassend ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 24. April 2014 per 31. Januar 2016 einstellte, da sie ihre Beurteilung auf beweiskräftige ärztliche Berichte abstützte. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 10. April 2017 erhobene Beschwerde erweist sich damit als unbegründet, weshalb sie abgewiesen wird.

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 das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>