



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 3. November 2016 (725 16 180 / 288)

Unfallversicherung

Abweisung der Beschwerde; die Versicherung hat ihre Leistungen aufgrund des Wegfalls des Kausalzusammenhangs zu Recht eingestellt.

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Markus Mattle, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiber i.V. Mark Grieder

Parteien A._____, Beschwerdeführer, vertreten durch Stephan Bläsi, Advokat, Birsigstrasse 34, 4054 Basel

gegen

SUVA, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Der 1980 geborene A.____ war als Senior Manager Global Sales PV bei der B.____ AG angestellt und aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Am 8. Juli 2013 knickte er beim Tennisspielen mit dem rechten Fuss um und zog sich eine Distorsion des Oberschenkelgelenks (OSG) zu. Die SUVA erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung). Mit Verfügung vom 24. März 2016 stellte sie ihre

Leistungspflicht rückwirkend per 30. November 2013 mit der Begründung ein, es habe eine Osteochondrosis Dissecans (OD) bereits vorbestanden und spätestens ab diesem Zeitpunkt sei der Status quo sine erreicht worden. Dagegen erhob A.____ am 19. April 2016 Einsprache. Nach nochmaliger Prüfung der Aktenlage wies die SUVA die Einsprache mit Entscheid vom 17. Mai 2016 ab.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Advokat Stephan Bläsi, am 9. Juni 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, in Aufhebung des Einspracheentscheids vom 17. Mai 2016 sei die SUVA anzuhalten, ihm die gesetzlichen Leistungen rückwirkend weiterhin auszurichten.

C. Mit Vernehmlassung vom 23. August 2016 schloss die SUVA auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1, Art. 57 und 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer über Versicherungsleistungen beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht innert 30 Tagen Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist gemäss Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die betroffene versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hatte. Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person oder des Beschwerde führenden Dritten im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder in dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 2 ATSG, 1. Satzteil). Gemäss § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherer. Zur Zeit der Beschwerdeerhebung wohnte der Versicherte in Deutschland. Zum Zeitpunkt des Unfallereignisses war er bei der B.____ AG angestellt, welche ihren Sitz in C.____, Baselland hat. Demnach ist das Kantonsgericht sachlich und örtlich für die Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 9. Juni 2016 ist einzutreten.

2. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 8. Juli 2013 zu Recht per 30. November 2013 eingestellt hat.

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu erbringen. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Per-

son 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.

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. 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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die 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 (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). 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 (BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei

der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

4.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person oder der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin – ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. 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 kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen 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).

5. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

6. Für die Beurteilung der umstrittenen Fragen sind im Wesentlichen folgende ärztliche Berichte zu berücksichtigen:

6.1 Im fachärztlichen Gutachten von Dr. med. D.____, Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, vom 8. März 2007 wird gestützt auf die klinische und radiologische Untersuchung vom 8. Februar 2007 Folgendes festgestellt: Der Explorand sei am 6. Juli 2005 beim Hallenfussball verunfallt und habe sich dabei das Sprunggelenk im rechten Fuss verdreht. Es sei eine Aussenbandruptur am rechten OSG festgestellt worden. Etwa Mitte Januar 2006 habe sich der Explorand ein erneutes Trauma am rechten Sprunggelenk zugezogen, worauf hin eine Kernspintomographie durchgeführt worden sei. Zusammenfassend stellte Dr. D.____ die Diagnose einer OSG-Distorsion mit Aussenbandzerrung rechts mit guter Prognose.

6.2 Vom 31. August 2012 liegt ein handschriftlicher Vermerk von Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vor, wonach der Versicherte nach der operativen Intervention des OSG vom 5. März 2008 eine „völlige Beschwerdefreiheit“ aufweise.

6.3 Im Bericht des Universitätsklinikums F.____ vom 3. September 2013 wird von Prof. Dr. med. G.____, Ärztlicher Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, als Zustand nach retrograder Anbohrung 2008 in domo eine OD an der medialen Talusschulter im rechten OSG diagnostiziert.

6.4 Das Universitätsklinikum F.____ hielt am 30. Dezember 2013 fest, dass der Patient erneut in der Klinik vorstellig geworden sei, da er weiterhin belastungsabhängige Schmerzen im rechten Sprunggelenk habe. Nach dem Eingriff – gemeint ist die retrograde Anbohrung der medialen Talusschulter 2008 – sei es nur kurz zu einer Besserung gekommen. Zudem wird die diagnostizierte OD erneut erwähnt.

6.5 Am 4. Februar 2014 berichtet das Universitätsklinikum F.____ über die arthroskopische Mikrofrakturierung am oberen Sprunggelenk, die am 20. Dezember 2013 durchgeführt worden sei. Nach dieser Intervention seien dann keine Beschwerden mehr vorhanden gewesen.

6.6 Im Bericht des Universitätsklinikums F.____ vom 27. August 2014 hielt Prof. G.____ fest, dass der Patient weiterhin unter persistierenden belastungsabhängigen Schmerzen und Schwellungszuständen im rechten OSG leide und es trotz durchgeführter Mikrofrakturierung 2013 und der retrograden Anbohrung 2008 postoperativ nie wirklich zu einer Beschwerdefrei-

heit gekommen sei. Über die vorgeschlagene operative Weiterbehandlung wolle der Patient aber erst nach eingeholter Zweitmeinung entscheiden.

6.7 Im Operationsbericht von Dr. med. H.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, I.____, vom 14. November 2014 steht, dass sich bei der OD der medialen Talusschulter nunmehr eine deutliche Progression mit Zystenformation zeige. Aufgrund der durchgeführten Therapien empfehle sich eine Operation. Diese sei vom Patienten akzeptiert und auf den 14. November 2014 angesetzt worden.

6.8 Im Formulargutachten des Universitätsklinikums F.____ vom 1. April 2015 wurde beschrieben, dass der Versicherte seit dem Jahr 2008 wegen der OD mediale Talusschulter rechts Grad III in Behandlung sei.

6.9 Am 1. März 2016 stellte Dr. med. J.____, Facharzt für Chirurgie, in seiner Beurteilung für die SUVA fest, dass das Ereignis vom 8. Juli 2013 zu keinen objektivierbaren strukturellen Läsionen am rechten OSG geführt habe. Nach seiner Beurteilung liege ein Rückfall des Ereignisses von 2008 (recte: Unfall beim Hallenfussball 2005) vor.

6.10 In der ärztlichen Beurteilung von Dr. J.____ vom 18. März 2016 wird ausgeführt, dass mittels der bildgebenden Abklärungen keine strukturellen Läsionen am rechten OSG feststellbar seien und die OD bereits im Jahr 2008 operativ angegangen worden sei. Beim Ereignis vom 8. Juli 2013 sei es zu einem Distorsionstrauma am rechten OSG gekommen, das keine strukturellen Läsionen am rechten OSG ausgelöst habe. Zwei Monate nach dem Ereignis sei anlässlich der Kontrolle in der unfallchirurgischen Sprechstunde des Universitätsklinikums F.____ die schon lange bekannte OD festgestellt worden. Beim Ereignis vom 8. Juli 2013 sei es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines erheblichen vorbestehenden unfallfremden Befundes gekommen. Eine Distorsion des OSG mit einer Überdehnung des lateralen Bandapparates sei in der Regel sechs Wochen nach dem Unfallereignis ausgeheilt. Im vorliegenden Fall mit einem erheblichen unfallfremden Vorzustand, welcher traumatisiert worden sei, müsse von einer maximalen Heilungsdauer von drei Monaten ausgegangen werden. Nach dieser Zeitspanne könnten die Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle im Beschwerdebild des Versicherten mehr spielen. Die weitere Behandlung und insbesondere der operative Eingriff vom 20. Dezember 2013 seien auf den unfallfremden Vorzustand zurückzuführen.

6.11 In der erneuten Beurteilung vom 21. April 2016 stellte Dr. J.____ fest, dass auch die erst nachträglich eingereichten Stellungnahmen von Dr. E.____ und Dr. D.____ (vgl. hiavor, E 6.1 und 6.2) an seiner Beurteilung des Sachverhalts nichts ändern würden.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 17. Mai 2016 bei der Beurteilung der Unfallkausalität vollumfänglich auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. J.____ vom 18. März 2016 und 21. April 2016. Sie ging demzufolge davon aus, dass die Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf den Unfall vom 8. Juli 2013 zurückzuführen seien. Vielmehr sei anzunehmen, dass es beim Tennisun-

fall nicht zu einer relevanten Verletzung gekommen sei und der Status quo sine erfahrungsgemäss spätestens nach drei Monaten eingetreten sei.

7.2 Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten bestehen keine Indizien, die Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellung von Dr. J.____ vom 18. März 2016 zulassen würden. So geht aus den übrigen medizinischen Unterlagen – übereinstimmend mit Dr. J.____ – hervor, dass die am 8. Juli 2013 unbestritten erlittene OSG-Distorsion keine objektivierbaren strukturellen Veränderungen auswies. Die im März 2014 revidierten Guidelines zu OSG Distorsionen besagen zudem, dass OSG-Distorsionen die häufigsten Sportverletzungen darstellen und ohne strukturelle Schädigung die Heilungsphasen im Regelfall nach 6 Wochen abgeschlossen sind. Daher darf auch, wie Dr. J.____ korrekt aufführt, davon ausgegangen werden, dass es sich beim vorliegenden Distorsionstrauma am rechten OSG um eine vorübergehende Verschlimmerung eines erheblichen vorbestehenden unfallfremden Befundes gehandelt hat. Denn es bestand unbestrittenermassen bereits seit 2008 (vgl. hiervor, E. 6.3) die Diagnose der OD mediale Talusschulter rechts Grad III. Nach dem eingereichten Dokument über die OD im Sprunggelenk der Orthopädischen Gelenk-Klinik K.____ vom 18. August 2016 entspricht die vorliegende medizinische Situation dem üblichen Krankheitsverlauf einer OD, welcher sich auch ohne OSG-Distorsion so manifestiert hätte. Zudem ist auffällig, dass keiner der ärztlichen Berichte des Universitätsklinikums F.____ auf den Unfall vom 8. Juli 2013 eingeht. Dadurch zeigt sich, dass dieser Unfall für die behandelnden Ärzte nicht ursächlich für die Heilbehandlungen der OD gewesen war. Damit war spätestens drei Monate nach dem Unfall der Status quo sine erreicht und die Unfallfolgen nicht mehr kausal für die weitere Behandlung.

7.3 Was der Beschwerdeführer vorbringt, vermag die Richtigkeit der vorinstanzlichen Beweiswürdigung nicht in Frage zu stellen. So kann die behauptete Beschwerdefreiheit vor dem Tennisunfall keinen natürlichen Kausalzusammenhang begründen, da dies im Ergebnis auf die Beweisformel „post hoc ergo propter hoc“ hinaus laufen würde, 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 aber nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung als unzureichend (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 22. Juni 2010, 8C_309/2010). Eine Beschwerdefreiheit darf in casu auch nicht leichthin angenommen werden, da aufgrund der vorbestehenden OD vielmehr ein stummer Vorzustand wahrscheinlich war, bei dem es früher oder später ohnehin zur vorliegenden Entwicklung des Gesundheitszustandes gekommen wäre. Schlussendlich wird zudem im Bericht des Universitätsklinikums F.____ festgehalten, dass es nach dem operativen Eingriff 2008 (vgl. hiervor, E. 6.4) nur kurzfristig zu einer Besserung gekommen ist und die Beschwerden demnach zurückgekehrt sind. Somit kann im Zeitpunkt des Tennisunfalls gerade nicht von einem beschwerdefreien Vorzustand ausgegangen werden. Auch die vom Beschwerdeführer behauptete merkliche mechanische Einwirkung bei der OSG-Distorsion ist nicht überzeugend, da aufgrund der bildgebenden Unterlagen keine objektivierbaren strukturellen Veränderungen ausgewiesen werden können. Der Beschwerdeführer macht darüber hinaus geltend, es dürfe für die Heilungsphasen der OSG-Distorsion nicht auf Erfahrungswerte abgestellt werden, da ein erheblicher Vorzustand vorgelegen habe. Dieser Argumentation kann nicht gefolgt werden, da Dr. J.____ gerade we-

gen des erheblichen Vorzustandes die Genesungszeit von durchschnittlich sechs Wochen auf drei Monate erstreckt hat. Somit wurde der konkrete Sachverhalt berücksichtigt.

8. Zusammenfassend ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin der Beurteilung von Dr. J.____, wonach dieser den Kausalzusammenhang zwischen der OSG-Distorsion vom 8. Juli 2013 und den Heilbehandlungen ab Dezember 2013 verneint, gefolgt ist und somit ihre Versicherungsleistungen per 30. November 2013 eingestellt hat. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 19. April 2016 erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen wird.

9. 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.