



**Fall-Nr.:** UV 2011/101  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 15.10.2012  
**Entscheiddatum:** 15.10.2012

### **Entscheid Versicherungsgericht, 15.10.2012**

**Art. 6 UVG: Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung bejaht. Verneinung fortdauernder unfallkausaler somatischer Unfallfolgen nach Hüftkontusion. Verneinung der Adäquanz zwischen psychischer Problematik und Unfall (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Oktober 2012, UV 2011/101).**

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Della Batliner

#### **Entscheid vom 15. Oktober 2012**

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roland Hochreutener, St. Leonhard-Strasse 20,  
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

AXA Versicherungen AG, General Guisan Strasse 41, Postfach 357, 8401 Winterthur,

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) war als Küchenhilfe im Pflegeheim B.\_\_\_\_ angestellt und dadurch bei der AXA Versicherung AG (nachfolgend: AXA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 2. März 2010 in der Küche des Pflegeheims auf dem nassen Boden ausrutschte und auf die linke Gesässhälfte/Hüfte stürzte (act. G 7.1/A1). Die Ärzte des Spitals C.\_\_\_\_ bestätigten in ihren Berichten vom 4. März und 2. August 2010 eine Erstbehandlung am 2. März 2010 und diagnostizierten nach Durchführung einer röntgenologischen Untersuchung des Beckens und der Hüfte eine Kontusion Hüfte links ohne Hinweise auf eine frische ossäre Läsion. Der Versicherten wurde ab 2. März 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. G 7.2/M41, M7). Die weitere Behandlung erfolgte durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie FMH, Sportmedizin (SGSM). Dieser führte als weitere Abklärungen am 12. März und 14. Juni 2010 zwei MRI-Untersuchungen der linken Hüfte durch (act. G 7.2/M15) und diagnostizierte in seinem Bericht vom 6. August 2010 einen Status nach Hüftgelenksdistorsion links. Nach der anfänglichen 100%igen Arbeitsunfähigkeit sei die Versicherte ab 23. März 2010 wieder zu 50% arbeitsfähig gewesen. Ab 29. März 2010 habe theoretisch wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden, welche jedoch nicht habe realisiert werden können, weshalb erneut eine Arbeitsunfähigkeit habe attestiert werden müssen (act. G 7.2/M9). Es folgte die Überweisung an die Schulthess Klinik, Sportmedizin und Manuelle Medizin, Zürich, wo die Versicherte mittels Medikamenten, einer Iliosakralgelenks (ISG)-Infiltration und Physiotherapie therapiert wurde, und deren Ärzte über die Konsultationen der Versicherten vom 29. Juni, 14. Juli und 7. September 2010 berichteten (act. G 7.2/M13, M17). Wegen der anhaltenden therapieresistenten Schmerzen im ISG und Hüftbereich links ersuchte Dr. D.\_\_\_\_ die Klinik Valens mit Schreiben vom 15. Dezember 2010, die Versicherte für einen stationären Aufenthalt anzubieten. Die Versicherte sei momentan wieder arbeitsunfähig. Das letzte MRI habe eine Enthesitis interspinal L3-L5 und eine Facettengelenksarthritits L5/S1 beidseits sowie eine geringe Spondylarthropathie der ISG beidseits gezeigt (act. G 7.2/M22). Nachdem sich die Versicherte vom 11. Januar



## St.Galler Gerichte

bis 8. Februar 2011 stationär in der Klinik Valens aufgehalten hatte, berichtete diese darüber am 25. Februar 2011 (act. G 7.2/M27). Am 28. März 2011 folgte eine psychiatrische Untersuchung durch Dr. med. E.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, (act. G 7.2/M30) und ein stationärer Aufenthalt vom 11. bis 15. April 2011 in der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) zur neurologischen Untersuchung (act. G 7.2/M38). Parallel wurde die Versicherte am 13. und 15. April 2011 konsiliarisch in der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG untersucht (act. G 7.2/M40).

A.b Am 26. April 2011 unterbreitete die AXA die Ergebnisse der erwähnten Untersuchungen ihrem beratenden Arzt, Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, (act. G 7.2/M34). Gestützt auf dessen Beurteilung vom 6. Juni 2011 (act. G 7.2/M37) eröffnete sie der Versicherten mit Verfügung vom 30. Juni 2011, man sei zum Schluss gekommen, dass die heutigen Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien, weshalb ihr empfohlen werde, sich für die Übernahme der weiteren Heilbehandlungskosten ab 1. April 2011 an die Krankenkasse zu wenden (act. G 7.1/A20).

A.c Am 1. Juli 2011 fand eine Nachkontrolle in der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG statt, deren Ärzte aufgrund der klinischen und radiologischen Befunde und aufgrund des Verdachts auf eine ausgeprägte Spondylarthropathie im LWS-MRI eine Vorstellung bei den Rheumatologen des KSSG empfohlen (act. G 7.2/M40).

B.

B.a Mit Schreiben vom 22. Juli 2011 erhob die Gewerkschaft Unia für die Versicherte gegen die Verfügung vom 30. Juni 2011 vorsorglich Einsprache für die Versicherte. Diese leide noch immer an den Unfallfolgen und nicht an einer Krankheit. Zurzeit würden im KSSG Untersuchungen stattfinden, deren Ergebnisse abzuwarten seien (act. G 7.1/A22).

B.b Am 15. Juli 2011 war die Versicherte beim Departement Innere Medizin, Rheumatologie, Rehabilitation des KSSG für eine ambulante Untersuchung vorstellig geworden. Am 2. August 2011 folgte eine weitere Untersuchung. Die ärztlichen Untersuchungsergebnisse wurden in einem Bericht vom 22. August 2011 festgehalten



(act. G 7.2/M42) und der Unia zugestellt (act. G 7.1/A32), worauf diese mit Schreiben vom 18. Oktober 2011 an der Einsprache vom 22. Juli 2011 festhielt (act. G 7.1/A33). Mit Entscheid vom 15. November 2011 wies die AXA die Einsprache ab (act. G 7.1/A34).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 15. November 2011 liess die Versicherte durch Rechtsanwalt lic. iur. HSG R. Hochreutener, St. Gallen, mit Eingabe vom 16. Dezember 2011 Beschwerde erheben. Der Rechtsvertreter beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien die gesetzlichen Leistungen nach UVG auch für die Zeit ab 1. April 2011 weiterhin zu gewähren. Eventualiter sei die Streitsache zur Durchführung weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1). Am 23. Januar 2012 wurde in formeller Hinsicht der Antrag auf Beizug der Akten der Invalidenversicherung hinzugefügt und eine ausführliche Beschwerdebegründung nachgereicht (act. G 3).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 15. März 2012 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (act. G7).

C.c Mit Replik vom 20. April 2012 hielt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin an seinen Anträgen fest (act. G 9). Mit Schreiben vom 2. Mai 2012 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Ausführungen und ihrem Antrag in der Beschwerdeantwort vom 15. März 2012 fest, verzichtete ansonsten aber auf die Einreichung einer Duplik (act. G 11).

C.d Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften und die Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.



1.1 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Voraussetzungen zur Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere jene des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfallereignis und gesundheitlicher Schädigung (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen) und zum Entfallen der Leistungspflicht des Unfallversicherers zutreffend dar (Erwägung 3.1-3.7). Darauf ist zu verweisen. Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 111, E.2). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a).

1.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder dessen Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.). Auch eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. F. \_\_\_ am 6. Juni 2011 (act. G 7.2/M37) erstellt wurde, ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371).

2.

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin merkt in der Beschwerdebegründung vom 23. Januar 2012 (act. G 3) an, die Kausalitätsprüfung könne erst im Zeitpunkt erfolgen,



in dem der medizinische Endzustand erreicht sei und erachtet diesen offensichtlich im konkreten Fall - unter Hinweis auf eine begonnene Schmerztherapie sowie andere indizierte Therapien - nicht als erreicht. Das Bundesgericht hatte sich in jüngerer Zeit öfters mit dem Einwand von versicherten Personen zu befassen, die Kausalitätsprüfung sei zu früh erfolgt. Dieser Einwand ist auf die vom Bundesgericht zur Kausalitätsbeurteilung bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden nach Unfall entwickelte Rechtsprechung (Adäquanzprüfung bei Schleudertrauma, äquivalenter Verletzung der Halswirbelsäule und Schädelhirntrauma; sog. Schleudertrauma-Praxis) zurückzuführen. Dabei können mehrere sogenannte Adäquanzkriterien massgebend sein, deren Erfüllung von der Zeitkomponente "Dauer" abhängt. Dies trifft auf die Kriterien ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, Dauerbeschwerden resp. Dauerschmerzen sowie Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit zu (BGE 117 V 366 E. 6a, 115 V 140 E. 6c/aa). Je länger der Sachverhalt dauert, der den einzelnen Kriterien zugrunde liegt, desto eher sind diese bei der Adäquanzprüfung als erfüllt anzusehen. Zu fragen ist jedoch letztlich nicht danach, in welchem Zeitpunkt die Adäquanzprüfung vorgenommen werden darf, sondern wann der Unfallversicherer einen Fall abzuschliessen hat. Beim Abschluss hat er zu prüfen, bis zu welchem Zeitpunkt Heilbehandlung und Taggeld (= vorübergehende Leistungen) zu gewähren sind bzw. ob der Zeitpunkt für die Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung eingetreten ist. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin. Der Versicherer hat - sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind - Heilbehandlung und Taggeld nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (vgl. dazu Art. 10, 16, 19 UVG; Urteil des Bundesgerichts (bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG) vom 19. Februar 2008, [U 394/06]). Der Grundsatz, dass der Unfallversicherer nur solange Heilbehandlung und Taggeld zu gewähren hat, als von der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten ist, steht insofern in einem Spannungsverhältnis zur Praxis über die Adäquanzprüfung im Bereich der organisch nicht objektiv



ausgewiesenen Beschwerden nach Unfall. In Bezug auf die im Zusammenhang mit physischen Unfallfolgen massgebende natürliche Kausalität stellt sich jedoch die Frage des verfrühten Fallabschlusses nicht. Die natürliche Kausalität kann bzw. muss nach einem Unfall jederzeit überprüft werden. Fällt sie dahin, entfällt von vornherein ein Anspruch auf Heilbehandlung und Taggeld, womit auch nicht mehr geprüft werden muss, inwiefern noch eine ärztliche Behandlung stattfindet bzw. ob von deren Fortsetzung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann. Insofern wirkt sich bei den - im konkreten Fall in Frage kommenden - psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall (sog. Psycho-Praxis, BGE 115 V 133) auch das beschriebene Spannungsverhältnis nicht aus. Die hier bei der Adäquanzprüfung einzig zu berücksichtigenden physischen Komponenten (BGE 115 V 140 E. 6c/aa; vgl. auch BGE 117 V 367 E. 6a) - konkret die Hüft- und Beckenproblematik links - lassen sich im Zeitpunkt, in welchem von einer Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden kann, zuverlässig beurteilen (vgl. SVR 2007 UV Nr. 29 S. 99, E. 3.1, U 98/06).

3.

Im vorliegenden Fall ist somit streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin auch nach dem 1. April 2011 Leistungen für auf den Unfall vom 2. März 2010 zurückzuführende Folgen zu entrichten hat.

4.

4.1 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Als objektiviert gilt eine solche Läsion, wenn sie durch einen entsprechenden radiologischen Untersuchungsbefund erhoben wird. Im Unfallversicherungsrecht gibt es allerdings auch Fälle, bei denen die Unfallfolgen bzw. deren Anteil an einer Gesundheitsschädigung im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs nie wirklich sichtbar gemacht werden konnten. Dennoch wird bei einem geeigneten bzw. adäquaten Ereignis in einer ersten Phase von einer schädigenden Wirkung dieses Ereignisses (Unfall) auf den Körper ausgegangen, die in der Folge



aufgetretenen bzw. ausgelösten Beschwerden nach einem bestimmten Zeitraum - trotz ihres möglichen Fortdauerns - aber nicht mehr dem Unfall zugerechnet.

4.2 Laut Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ vom 4. März 2010 erlitt die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 2. März 2010 eine Kontusion der linken Hüfte (act. G 7.2/M41). Der nachbehandelnde Arzt Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 6. August 2010 einen Status nach Hüftgelenksdistorsion links (act. G 7.2/M9). Bei der Kontusion und Distorsion handelt es sich um solche in Erwägung 4.1 umschriebene Gesundheitsschädigungen, deren Geschehen sich zwar beispielsweise durch den Unfallmechanismus annehmen oder anhand klinisch erhobener Befunde - wie Hämatome, Schwellungen, Druckdolenz, Bewegungseinschränkungen, Muskelverhärtungen - objektivieren lässt, die aber nicht von einer strukturellen Läsion bzw. schlecht verheilten, strukturellen Läsion mit fortdauernden gesundheitlichen Störungen begleitet sein müssen. In dem Sinn ist auf die medizinische Erfahrungstatsache hinzuweisen, wonach Prellungen (Kontusionen), Verstauchungen oder Zerrungen (Distorsionen) ohne strukturelle Läsionen normalerweise innert kurzer Zeit, in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens nach einem Jahr abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden. Diese medizinische Erfahrungstatsache darf im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden. Medizinische Erfahrungssätze beziehen sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren.

4.3

4.3.1 Aufgrund der intensiven und umfassenden, insbesondere auch radiologischen Suche durch verschiedene zuständige Fachärzte der Orthopädie, Neurologie und Rheumatologie ist davon auszugehen, dass sich im Bereich der linken Hüfte, links gluteal und in der Beckenregion, wo die Beschwerdeführerin über Schmerzen und Beweglichkeitseinschränkungen klagt, keine unfallbedingte organische Störung entsprechend einer fortdauernden gesundheitlichen Störung objektivieren liess.



4.3.2 Die in der Radiologie im Silberturm, St. Gallen, und im Institut für Radiologie des KSSG durchgeführten MR-Arthrotomogramme vom 12. März bzw. 14. Juni 2010 bildeten das linke Hüftgelenk und die linke Hüftregion altersentsprechend normal bzw. unauffällig, d.h. mit sicherem Ausschluss einer Fraktur oder Fissur, normalem Gelenkknorpel und normalem Limbus, intaktem Labrum, ohne Anhalt für eine Bursitis, ohne Hämatom und Muskelzerrung und letztlich ohne morphologisch fassbare Ursache der persistierenden Beschwerden ab (act. G 7.2/M15). Auch eine durch die Klinik für Neurologie des KSSG am 14. April 2011 durchgeführte konventionelle Beckenübersicht und Röntgendarstellung des linken Hüftgelenks sowie eine Weichteilsonographie blieben ohne wegweisenden Befund (act. G 7.2/M38).

4.3.3 Dr. D.\_\_\_\_ weist demgegenüber in seinem Überweisungsbericht an die Klinik Valens vom 15. Dezember 2010 darauf hin, dass eine letzte - offenbar am 3. November 2010 durchgeführte (vgl. dazu act. G 7.2/M38) - MRI-Untersuchung der LWS eine Enthesitis interspinal L3-L5, eine Facettengelenksarthritits L5/S1 beidseits sowie eine geringe Spondylarthropathie der ISG beidseits zutage gebracht habe (act. G 7.2/M22; vgl. auch act. G 7.2/M24, M25), womit sich also acht Monate nach dem Unfall erstmals organische Substrate fanden. Zuvor hatten die Ärzte für Sportmedizin der Schulthess Klinik in den Berichten vom 12. und 20. Juli 2010 eine chronische ISG-Blockierung links nach Sturz auf die rechte Hüfte (Unfalldatum 2. März 2010) mit konsekutiver Bursitis trochanterica diagnostiziert bzw. die Beschwerden der Beschwerdeführerin als Ausdruck einer solchen posttraumatischen Blockade gewertet (act. G 7.2/M13). Die ISG-Blockade wird in der medizinischen Literatur als häufige Begleiterscheinung bzw. Miterkrankung bei anderen orthopädischen oder entzündlich-rheumatischen Erkrankungen der Wirbelsäule - eine solche stellt die Spondylarthropathie der ISG dar - festgehalten (vgl. dazu act. G 7.2/M13, M17, M40, M42). Eine mögliche traumatische Ursache einer ISG-Blockade bilden ein Verhebetrauma und der Tritt ins Leere, beispielsweise beim Übersehen einer Treppenstufe. Hierbei handelt es sich um Ereignisse, welche nicht explizit dem konkreten Fall entsprechen (vgl. dazu Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl. Berlin 2010, S. 962, 1952; <http://www.4ortho.de/isg.htm> und <http://www.dr-gumpert.de/html/isg-blockade.html>, Abfrage vom 30. Juli 2012). Bei der Beschwerdeführerin wurde die ISG-Blockierung offensichtlich in Zusammenhang mit einer Spondylarthropathie gesehen und es wurden wiederholt rheumatologische Untersuchungen in die Wege geleitet. In Anbetracht der ärztlichen



Beurteilungen erscheint jedoch letztlich überhaupt die Verursachung der geklagten Beschwerden durch eine rheumatologische Erkrankung zusammen mit einer chronischen ISG-Blockade nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht zur Anwendung gelangenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.) nachgewiesen. So lässt zunächst die Formulierung "werten" im Bericht der Ärzte für Sportmedizin der Schulthess Klinik vom 12. Juli 2010 (vgl. dazu act. G 7.2/M13) sowie der Umstand, dass die Beschwerdeführerin zu einer manualtherapeutischen, rheumatologischen Beurteilung an Dr. G.\_\_\_\_ überwiesen wurde, erkennen, dass die Beurteilung nicht letztgültig sein konnte. Die klinische Untersuchung des Rheumatologen ergab sodann laut dessen Bericht vom 7. September 2010 keinen Hinweis auf eine lumbospondylogene Problematik. Eine SIG-Symptomatik erachtete er aufgrund der Anamnese und Klinik eher als unwahrscheinlich und stellte eindeutig die Diagnose eines Gesässschmerzes links ohne Anhaltspunkte für strukturelle Veränderungen im Hüft-/Becken-LWS-Bereich (act. G 7.2/M17). Die Ärzte der Klinik für Neurologie des KSSG hielten in ihrem Bericht vom 18. April 2011 ebenfalls fest, dass die durch die Magnetresonanztomografie der Wirbelsäule (BWK 12-SWK 4, inklusive ISG vom 3. November 2010) nachgewiesene Enthesitis interspinal LWK 3-5 mit begleitender Facettengelenkarthritis LWS5/SWK1 bds. und das in der Darstellung minimal konturaltertierte ISG bds. die Symptomatik nicht erklären dürften. Somit habe sich weiterhin kein pathologisches Korrelat für die Beschwerden finden lassen (act. G 7.2/M38). Nachdem die Spondylarthropathie im LWS-MRI vom 3. November 2010 von Dr. D.\_\_\_\_ bereits nur als gering bezeichnet worden war, sprachen die Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie sodann in ihrem Bericht vom 2. Juli 2011 lediglich noch von einem Verdacht auf eine ausgeprägte Spondylarthropathie (act. G 7.2/M40). Schliesslich schlossen auch die Ärzte des Departements Innere Medizin, Rheumatologie/Rehabilitation aufgrund ihrer Untersuchungen vom 15. Juli und 2. August 2011 ein organisches Korrelat in Form einer entzündlichen Symstemerkrankung aktuell aus, indem sie ausführten, dass in Zusammenschau der Befunde unklare gluteale Schmerzen linksseitig bei Zustand nach Trauma bestünden. Eine Spondyloarthropathie könne bei über drei Jahre persistierender, diskreter Mehranreicherung im derzeit asymptomatischen ISG-Gelenk rechts, negativem Ergebnis für HLA-B27 und atypischer Anamnese derzeit ausgeschlossen werden.



Anhand der Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen finde sich kein Korrelat für die angegebenen Beschwerden. Die ärztliche Formulierung einer persistierenden unklaren Schmerzsymptomatik im Bereich des linken Beckens zeigt sodann ebenfalls die Unmöglichkeit der Zuordnung zu einer konkreten Gesundheitsstörung auf. Entsprechend wurde die Diagnose glutealer/iliacaler Schmerzen links unklarer Ätiologie gestellt (act. G 7.2/M42).

4.3.4 Auch mit den in der Klinik für Neurologie des KSSG klinisch-neurologisch erhobenen und vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin einzig als unfallkausal angeführten Diagnosen einer diskreten Parese der Knieextensoren und Oberschenkelaußenrotatoren links (DD: schmerzbedingt) sowie einer Hypästhesie über dem Trochanter major links liegen keine treffenden Hinweise auf eine traumatisch bedingte Gesundheitsstörung vor. Eine unfallbedingte Parese und Hypästhesie ist zwar nicht ausgeschlossen, eine Schlussfolgerung betreffend Unfallkausalität kann jedoch allein aus diesen Diagnosen nicht abgeleitet werden. Solche Gesundheitsschädigungen treten nämlich nicht unmittelbar auf, sondern gründen ihrerseits auf einer unfallkausalen Körperverletzung wie beispielsweise einer Fraktur, an welcher es im vorliegenden Fall fehlt. Entsprechend wurde auch im neurologischen Untersuchungsbericht, wie bereits erwähnt, ausdrücklich festgehalten, es habe sich weiterhin kein pathologisches Korrelat für die Beschwerden finden lassen (act. G 7.2/M38).

4.3.5 Dr. G.\_\_\_\_ fiel anlässlich seiner Untersuchung vom 7. September 2010 die sehr verspannte druckdolente Muskulatur auf. Er konnte im Bereich des Musculus gluteus medius piriformis sowie in den tieferen Hüftaußenrotatoren Myogelosen und Triggerpunkte palpieren. Er denke, dass sich die Beschwerdeführerin beim Sturz durchaus eine muskuläre Verletzung der pelvitrochanteren Muskulatur zugezogen habe, und dass diese Beschwerden im Zusammenhang mit dieser Verletzung gesehen werden könnten (act. G 7.2/M17). Die von Dr. G.\_\_\_\_ gewählte Formulierung (denken, können) vermag zunächst lediglich die blosse Möglichkeit einer Unfallkausalität zu belegen bzw. keine überwiegende Wahrscheinlichkeit dafür zu bestätigen. Wie die in Erwägung 4.2 diskutierten Diagnosen (vgl. dazu auch Erwägung 4.1) vermögen sodann auch die vorgenannten Befunde allein keinen treffenden Hinweis auf eine traumatisch bedingte Gesundheitsschädigung zu liefern. Dr. G.\_\_\_\_ selbst benennt im Übrigen keine



genaue muskuläre Verletzung. Die Ärzte der Klinik Valens sprachen im Austrittsbericht vom 25. Februar 2011 ebenso nur allgemein von myofaszialen Schmerzen betreffend den Tractus iliotibialis sowie vor allem den Musculus piriformis (act. G 7.2/M27), welche ohne Weiteres auch krankheits- oder degenerativ bedingt sein können (vgl. dazu Pschyrembel, a.a.O., S. 1383 "Myogelose"; Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 578, 782, 860). Die radiologischen Untersuchungen der linken Hüfte und insbesondere ihrer Muskeln förderten zumindest keine traumatischen Verletzungen zutage. So zeigten sich im MRI der Radiologie im Silberturm vom 12. März 2010 keine Muskelzerrung (act. G 7.2/M15) und in der am 14. April 2011 in der Klinik für Neurologie des KSSG durchgeführten Weichteilsonographie eine normale Gluetalmuskulatur links (act. G 7.2/M38). Bei klinisch erhobenen Untersuchungsergebnissen allgemein handelt es sich schliesslich gerade bei der Prüfung von Dolenzen durch Palpation - im Vergleich zu einer radiologischen Untersuchung - nicht um eine uneingeschränkt exakte bzw. objektive Untersuchungsmethode. Die Beeinflussbarkeit eines klinischen Untersuchungsergebnisses durch den Patienten kann nicht vollständig ausgeschlossen werden.

4.3.6 Die Empfehlung weiterer Heilbehandlungen (vgl. dazu act. G 7.2/M40, M42) vermag schliesslich für sich allein ebenfalls keine unfallkausalen Folgen zu begründen. Denn auch unfallfremde, d.h. krankheits- und degenerativ bedingte Gesundheitsschäden, werden therapiert. In Anbetracht der Erwägungen 4.3.1 - 4.3.5 kann es im vorliegenden Fall höchstens um solche gehen.

4.4 Dr. F.\_\_\_\_ hält in seiner Beurteilung vom 6. Juni 2011 fest, die heute geklagten Beschwerden stünden seit sechs bis neun Monaten, spätestens aber ein Jahr nach dem Unfallereignis nicht mehr in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 2. März 2010. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden hätten nie einer strukturellen Alteration oder einem Leiden zugeordnet werden können. Objektive Befunde fehlten typischerweise durchwegs. Die erstmals zehn Monate nach dem Unfall in den medizinischen Akten erwähnte Enthesitis spinalis und Facettengelenksarthritiden stünden mit Sicherheit in keinem Zusammenhang mit dem Unfall, sondern könnten einem rheumatologischen Leiden entsprechen (act. G 7.2/M37). In Anbetracht der vorstehenden Erwägungen (4.2, 4.3.2 - 4.3.6) sind die Aussagen von Dr. F.\_\_\_\_



überzeugend bzw. umfassen als Schlussfolgerungen die dargestellten Untersuchungsergebnisse sowie die medizinische Erfahrungstatsache betreffend der Heilungsdauer von Prellungen, Verstauchungen oder Zerrungen ohne strukturelle Läsionen. Die übereinstimmenden medizinischen Akten lassen den überwiegend wahrscheinlichen Ausschluss einer traumatischen Verursachung der einzigen radiologisch erhobenen organischen Substrate (vgl. Erwägung 4.3.3) zu. Eine einem fassbaren organischen Korrelat zuordenbare unfallkausale Diagnose vermochte keine der ärztlichen Untersuchungen hervorzubringen. Vielmehr wird grundsätzlich in Frage gestellt, ob eine organische, d.h. auch krankheitsbedingte, insbesondere rheumatologische Verursachung der geklagten Beschwerden überwiegend wahrscheinlich anzunehmen sei. Dass myofasciale Beschwerden und eine Funktionsstörung (act. G 7.2/M24, M25, M27) allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolge zu betrachten sind, wurde bereits in Erwägung 4.3.5 dargelegt. Die Diagnosen Gesässschmerzen nach Sturz sowie Status nach Sturz (act. G 7.2/M17, M40) sagen lediglich aus, auf welchen Umstand der heutige Zustand zurückzuführen ist. Über die Unfallrestfolgen wird damit jedoch nichts Konkretes ausgesagt. Die alleinige Tatsache, dass vor dem Unfall vom 2. März 2010 noch keinerlei Beschwerden im Bereich der linken Hüfte, des Beckens und des Gesässes bestanden haben, reicht nicht aus, um von einer Unfallkausalität auszugehen (vgl. dazu die beweisrechtlich untaugliche Formel "post hoc ergo propter hoc" z.B. in: Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 Fn. 1205). Die Diagnose von Schmerzsyndromen (act. G 7.2/M38) bedeutet keinesfalls automatisch das Vorliegen unfallkausaler struktureller Gesundheitsschädigungen. Laut Roche Lexikon Medizin (5. Aufl. München 2003, S. 1791) handelt es sich bei einem Syndrom um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster" manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Zur fraglichen Diagnose führt mithin eher das vom jeweiligen Patienten subjektiv angegebene "Symptommuster" als ein objektiv erhobener organischer Befund. Der Zusatz "chronisch" (act. G 7.2/M38) zementiert das Gesagte. Bei einer Chronifizierung, die nach einem Unfall aufgetreten ist und die keine strukturelle Läsion des Achsenskeletts verursacht hat, geht die medizinische Literatur davon aus, dass diese nicht auf eine ungenügende Gewebeheilung zurückzuführen sei,



sondern dass der Schmerz durch andere Faktoren, meistens durch eine ungünstige psychosoziale Konstellation, unterhalten werde. Studien hätten ferner gezeigt, dass im Verlauf der Chronifizierung das ursprünglich erlittene Verletzungsmuster für das Ausmass der erlebten Behinderung immer bedeutungsloser werde und andere Faktoren, wie zum Beispiel das Individuum selber, die Arbeitsumstände, das soziale Umfeld, das medizinische und legale System und ökonomische Umstände, eine massgebendere Rolle spielten (vgl. Bär/Bertrand/ Kiener, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 vom Dezember 1994, S. 45 ff.). Diese Faktoren scheinen auch im konkreten Fall zu wirken (vgl. nachfolgende Erwägung 5.1).

5.

5.1 Laut Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 29. März 2011 (act. G 7.2/M30) litt die Beschwerdeführerin offensichtlich unter einem psychischen Vorzustand. So sei es ihr bereits im Jahr 2009 psychisch schlecht gegangen und sie habe sich bereits damals mit Tabletten umbringen wollen. Seitdem lebe sie vermehrt zurückgezogen und ihre psychische Lage habe sich durch die Schmerzen noch verschlechtert (vgl. dazu auch act. G 7.2/M24, wo als kausale Gründe für die psychische Problematik die chronifizierten Schmerzen, aber auch die vorbestehende Stuhlinkontinenz und die daraus entstehenden Zukunftsängste genannt werden). In Betracht fällt damit eine möglicherweise natürlich unfallkausale Verschlimmerung des psychischen Vorzustands. Entsprechend ist in den medizinischen Akten nicht nur in der Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ vom 6. Juni 2011 (act. G 7.2/M37), sondern auch im Bericht der Ärzte des Departements Innere Medizin, Rheumatologie/ Rehabilitation vom 22. August 2011 (act. G 7.2/M42) von einer möglichen somatoformen Schmerzstörung bzw. -komponente die Rede. Die somatoforme Schmerzstörung fällt eindeutig unter die Kategorie der psychischen Leiden und kann auch aufgrund ihrer Auswirkungen - geklagt werden körperliche Symptome, d.h. andauernde, schwere und quälende Schmerzen - nicht als körperliches Leiden qualifiziert werden (AHI 2000 S. 159 E. 4b mit Hinweisen). Das Charakteristikum der somatoformen Schmerzstörung ist gerade die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Beteuerung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar



seien (vgl. Dilling/Freyberger [Hrsg.], Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V, 5. Aufl. Bern 2010, S. 187). So wird auch im massgebenden psychiatrischen Bericht von Dr. E. \_\_\_ vom 29. März 2011 die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F 32.11; act. G 7.2/M30) gestellt.

5.2 Bei der Prüfung, ob die bei der Beschwerdeführerin bestehenden psychischen Beschwerden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als (teil-) unfallkausal einzustufen sind, kann die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den Beeinträchtigungen und dem Unfall letztlich offen bleiben, wenn ein adäquater Kausalzusammenhang verneint werden muss (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2009, 8C\_951/2008, E. 3.4.2.; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67). Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid die Kriterien zur Prüfung der Adäquanzfrage für psychische Beeinträchtigungen korrekt wiedergegeben (Erwägung 3.7). Ausgangspunkt für die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung mit Einschränkung der Erwerbsfähigkeit ist das Unfallereignis (BGE 115 V 138 ff. E. 6, bestätigt in BGE 134 V 126 E. 10.1). Um die Adäquanz bejahen zu können, muss dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Beschwerden zukommen. Mit anderen Worten muss der Unfall eine gewisse Schwere aufweisen und ernsthaft ins Gewicht fallen. Der Unfall vom 2. März 2010 ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise auf Grund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelten Kräften - die durch das Ereignis verursachten Verletzungen sind nicht zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Mai 2011, 8C\_1044/2010, E. 4.3) - und mit Blick auf die Kasuistik (BGE 115 V 139, E. 6a; Urteile des Bundesgerichts vom 14. April 2010, 8C\_714/2009, E. 5; vom 14. Mai 2009, 8C\_526/2008, E. 5.1) als leicht zu betrachten. Bei leichten Unfällen ist ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden regelmässig zu verneinen. Auch die Voraussetzungen, welche eine Ausnahme von diesem Prinzip rechtfertigen würden, haben sich im vorliegenden Fall nicht verwirklicht. Die unmittelbare Unfallfolge der Hüftkontusion links ohne strukturelle Läsion und ohne Hämatom ist entschieden nicht geeignet, psychische Störungen hervorzurufen, und die bei Unfällen mittleren Grads heranzuziehenden Kriterien (ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen,



schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit) können weder kumuliert noch in der geforderten Schwere (ungewöhnlich lange, schwierig, erheblich) bzw. hinsichtlich der ihnen mehrheitlich zukommenden zeitlichen Komponenten als erfüllt betrachtet werden (vgl. dazu RKUV 1992 Nr. U 154 S. 249; A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. Zürich 2003, S. 54 f.). Die Beschwerdeführerin musste sich keiner Operation, sondern lediglich einer Injektion und einem vierwöchigen stationären Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik Valens und somit weder schweren noch mit nachfolgenden Komplikationen behafteten Eingriffen unterziehen. Die weiteren ärztlichen Behandlungen betrafen zudem häufig Untersuchungen und Abklärungen, die nicht mit Behandlungen gleichgesetzt werden können. In Bezug auf die in den medizinischen Akten ausgewiesenen Schmerzen der Beschwerdeführerin - vorwiegend Belastungsschmerzen - kann sodann nicht vom Bestehen erheblicher Beschwerden mit Dauerwirkung, d.h. ohne wesentlichen Unterbruch, ausgegangen werden. Aufgrund der medizinischen Akten ist schliesslich zu berücksichtigen, dass spätestens rund ein Jahr nach dem Unfall keine somatischen Unfallrestschäden mehr nachgewiesen werden konnten und die Genesung im Verlauf der Zeit immer stärker durch die psychische Fehlentwicklung überlagert wurde bzw. dem psychischen Vorzustand wieder eine zentrale Bedeutung zukam, der psychische Gesundheitsschaden aber nicht in die Adäquanzbeurteilung einbezogen werden darf (BGE 123 V 99 E. 2a). Insgesamt ist festzuhalten, dass bei einer Zeitspanne von rund einem Jahr die Zusatzkriterien ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit hinsichtlich der ihnen zukommenden zeitlichen Komponente nicht als erfüllt betrachtet werden. Damit würde auch bei Annahme eines mittelschweren Unfalls im Grenzbereich zu den leichten Unfällen die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ausser Betracht fallen. Abschliessend ist somit davon auszugehen, dass der erlittene Unfall nicht geeignet war, psychische Beschwerden adäquat-kausal zu bewirken.

6.



Vor dem Hintergrund, dass keine somatischen Unfallfolgen mehr vorliegen und kein adäquater Kausalzusammenhang der psychischen Beschwerden zum Unfall vom 2. März 2010 besteht, ist davon auszugehen, dass die Kausalität zwischen dem Unfall vom 2. März 2010 und den geklagten Beschwerden aufgrund der vorliegenden Akten spätestens bis zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung (1. April 2011) überwiegend wahrscheinlich dahingefallen ist. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht vorzunehmen, zumal die Beschwerdegegnerin weder den Nachweis zu erbringen hat, welche unfallfremden Ursachen für die anhaltenden Beschwerden gegeben sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b) noch von ihr der negative Beweis zu verlangen ist, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil des EVG vom 18. Dezember 2003, U 258/02, E. 3.2, und vom 31. August 2001, U 285/00, E. 5a). Die vorhandenen medizinischen Akten stellen den Sachverhalt hinreichend dar und sind insbesondere auch in sich stimmig. Damit erübrigt sich auch ein Beizug der Akten der Invalidenversicherung. Es ist nicht zu erwarten, dass sich daraus andere Erkenntnisse hinsichtlich des Vorliegens unfallkausaler organischer Verletzungsfolgen entnehmen lassen (antizipierte Beweiswürdigung). Damit ist die Leistungseinstellung per 1. April 2011 zu Recht erfolgt.

7.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 15. November 2011 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine

Parteientschädigung.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.



2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.