



Fall-Nr.: UV 2013/3
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 23.08.2019
Entscheiddatum: 11.11.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 11.11.2013

Art. 6 UVG. Leistungseinstellung. Das Dahinfallen des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den geltend gemachten Hüft- und Beckenbeschwerden und dem Unfallereignis wurde von der Beschwerdegegnerin rechtsgenügend dargetan. Verneinung der adäquaten Kausalität hinsichtlich einer psychischen Komponente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. November 2013, UV 2013/3).

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und

Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Annina Baltisser

Entscheid vom 11. November 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Andreas Fäh, Oberer Graben 26, 9000 St. Gallen,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach
4358, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,



betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ war als Kranführer bei der B.____, tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 25. November 2009 bei der Arbeit in einer Baugrube durch herabfallende Geröllmassen verletzt wurde. Der Versicherte trat gleichentags ins Spital C.____ ein, wo die behandelnden Ärzte eine linksseitige Beckenkontusion diagnostizierten (Suva-act. 1, 4). Der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Schreiben vom 23. Januar 2010 eine Flankenkontusion links nach Verschüttung, residuelle Lumbago und Trochanter Schmerzen sowie residuelle Bewegungseinschränkungen und verminderte Belastbarkeit (Suva-act. 4; vgl. auch den ärztlichen Zwischenbericht vom 8. Februar 2010, Suva-act. 5).

A.b Am 22. Februar 2010 wurde der Versicherte von Suva-Kreisarzt-Stellvertreter Prof. Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, untersucht. Dieser stellte die Diagnosen Spondylolisthesis Höhe L5 S1, multiple Diskosen der Lendenwirbelsäule (LWS), Coxa vara beidseits sowie Hydrops Bursa olecrani links und führte aus, ab 1. März 2010 seien die Beschwerden im Bereich des Rumpfes nicht mehr als Unfallfolgen anzusehen; die Symptomatik sei geradezu lehrbuchhaft einer Spondylolisthesis zuzuordnen. Die Suva sei für diesbezügliche rehabilitative Massnahmen nicht mehr leistungspflichtig. Im Zusammenhang mit dem linken Ellbogen seien allfällige medizinische Massnahmen weiterhin zu übernehmen (Suva-act. 8). Gestützt auf die kreisärztliche Untersuchung teilte die Suva dem Versicherten am 26. Februar 2010 mit, das Taggeld werde per 1. März 2010 eingestellt. Für die notwendige Behandlung des linken Ellbogens würden weiterhin Versicherungsleistungen erbracht (Suva-act. 9).



St.Galler Gerichte

A.c Ein am 4. März 2010 durchgeführtes MRI des Beckens und der proximalen Oberschenkel beidseits ergab im Bereich der Ala major links des Os Sacrum eine zwei Zentimeter lange Fissur mit mässigem Knochenmarködem bis an das linke Iliosakralgelenk (ISG) angrenzend, ein nur diskretes Ödem im Bereich des ansonsten unauffälligen linken Iliosakralgelenks, ein diskretes Knochenmarködem im Bereich des vorderen Pfeiles des linken Hüftgelenkes, in erster Linie Residuum einer nicht dislozierten Fraktur, eine regelrechte Darstellung der Muskulatur des Beckengürtels sowie der proximalen Oberschenkel ohne Hinweise auf Weichteilläsionen, eine diskrete Reizung der Bursa trochanterica beidseits sowie eine Osteochondrose LWK 5/SWK 1 mit geringen Aktivierungszeichen (Suva-act. 13).

A.d Vom 7. April bis 6. Mai 2010 erfolgte ein stationärer Aufenthalt des Versicherten in der Rehaklinik Bellikon. Im Austrittsbericht vom 18. Mai 2010 stellten die behandelnden Ärzte folgende Diagnosen: Becken- und Ellbogenkontusion linksseitig, Fissur Ala ossis majoris, nicht dislozierte Hüftgelenksfraktur links, Restbeschwerden Hüftgelenke beidseits sowie Ellenbogen links, Hydrops bursa olecrani links, Spondylolisthesis L5/S1, multiple Diskusprotrusionen sowie ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom. Sie führten aus, adaptierte leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne längerdauerndes Sitzen sowie ohne wiederholten Krafteinsatz des linken Armes seien dem Versicherten ganztags zumutbar. Der Versicherte erachte sich aufgrund der Beschwerden derzeit für jegliche Tätigkeiten als nicht arbeitsfähig; es bestehe eine erhebliche Symptomausweitung (Suva-act. 26).

A.e Auf Anfrage der Suva (vgl. Suva-act. 31) nahm Prof. E.____ am 17. Juni 2010 dahingehend Stellung, dass unfallbedingt ein Status nach Beckenkontusion am 25. November 2009 mit minimaler intraspongioser Fissur im Kreuzbein und im Darmbein, ein Knochenmarködem periartikulär linkes Hüftgelenk sowie ein Hydrops der Bursa olecrani links zu diagnostizieren seien. Er führte aus, es liege keine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor und der Fallabschluss könne per sofort erfolgen, da keine weiteren Abklärungen notwendig seien (Suva-act. 34). Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung stellte die Suva die Versicherungsleistungen (Taggelder und Heilkosten) mit Verfügung vom 15. Juli 2010 per 31. Juli 2010 ein (Suva-act. 39).

B.



St.Galler Gerichte

B.a Gegen diese Verfügung erhob Rechtsanwalt lic. iur. Andreas Fäh, St. Gallen, für den Versicherten am 13. August 2010 Einsprache. Er machte geltend, aufgrund der Aktenlage sei davon auszugehen, dass der Heilverlauf noch nicht abgeschlossen sei, und ersuchte um eine Nachfrist zur ergänzenden Begründung (Suva-act. 46). Nach wiederholter Fristerstreckung (vgl. Suva-act. 44, 49, 53) beantragte der Rechtsvertreter im Schreiben vom 1. Dezember 2010 die Einholung weiterer Unterlagen bei Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, bei welchem der Versicherte seit August 2010 in Behandlung sei, sowie eventualiter eine unabhängige medizinische Begutachtung (Suva-act. 54). Die Suva holte daraufhin einen MRI-Untersuchungsbericht vom 20. August 2010 sowie einen Bericht von Dr. F.____ über die Sprechstunde vom 23. August 2010 ein (Auszug aus der Krankengeschichte, Suva-act. 61-3 ff).

B.b Am 31. Januar 2011 wurde der Versicherte in der Klinik Valens interdisziplinär untersucht. Die behandelnden Ärzte stellten folgende Diagnosen: Periarthropathia coxae beidseits (ICD-10 M76.0), Status nach Berufsunfall mit Beckenkontusion beidseits und Fissur im Bereich des Darmbeins links 25. November 2009, zervikovertebrales bis zervikospondylogenes Syndrom beidseits (ICD-10 M50.92, M53.1), ausgeprägte myofasziale Befunde im Bereich des Nackens und des Schultergürtels, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie chronische Schwellung der Bursa olecrani links (ICD-10 M71.8). Sie führten aus, medizintheoretisch bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit für behinderungsadaptierte körperlich leichte Tätigkeiten mit maximalen Gewichtsbelastungen bis 10kg. Auch eine alleinige Kranführertätigkeit sei dem Versicherten möglich, nicht jedoch Bauhilfsarbeitertätigkeiten, wie er sie in der bisherigen Tätigkeit auch ausgeführt habe (Suva-act. 67-8 ff.).

B.c In einer Stellungnahme vom 11. Mai 2011 hielt der Rechtsvertreter des Versicherten an seinem Antrag auf Einholung eines medizinischen Gutachtens betreffend Zusammenhang zwischen der Fissur und den beklagten Beschwerden fest (Suva-act. 72).

B.d Im Auftrag der IV-Stelle der Sozialversicherungsanstalt (SVA) des Kantons St. Gallen erstattete das Begutachtungszentrum G.____ am 6. Juni 2011 ein



polydisziplinäres Gutachten. Die Gutachter diagnostizierten mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine lumbosacrale Spondylolisthesis nach Meyerding ersten Grades mit lumbosacraler Spondylolyse (Röntgen 22. Februar 2010), einen Status nach Becken- und Hüftkontusion bei Verschüttungsunfall am 25. November 2009, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit beeindruckbaren, ängstlichen Verarbeitungsmodi, eine sonstige depressive Episode, gegenwärtig leicht ausgeprägt (ICD-10 F32.8), sowie akzentuierte, narzisstische Charakterzüge mit psychogenen Anzeichen einer Unfallfehlverarbeitung mit Verbitterungsanteilen. Die Gutachter kamen zum Schluss, dem Versicherten seien ab Unfalldatum vom 25. November 2009 rückenbelastende Tätigkeiten mit häufigem Bücken und Heben von Lasten über 5kg nicht mehr zumutbar. Dagegen könnten dem Versicherten ab Gutachten leichte bis mittelschwere, rückenadaptierte Tätigkeiten ganztags mit einer Verminderung des Rendements von 20% zugemutet werden (Suva-act. 81). Gestützt darauf wies die IV-Stelle das IV-Rentenbegehren des Versicherten mit Verfügung vom 10. Januar 2012 ab (Suva-act. 81-4; angefochten beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen, IV 2012/119).

B.e Mit Einspracheentscheid vom 27. November 2012 wies die Suva die Einsprache vom 13. August 2010 ab. Zur Begründung wurde angeführt, die relevanten Untersuchungen bezüglich der Hüft- und Beckenbeschwerden seien mit den erstellten Röntgenbildern und MRI-Untersuchungen bereits erfolgt. Mit der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung habe eine psychische Überlagerung der bildgebend nicht mehr nachweisbaren körperlichen Schädigung bereits früh stattgefunden. Eine Leistungspflicht der Suva in Bezug auf die geklagten Hüft- und Beckenschmerzen lasse sich somit nicht mehr mit dem notwendigen Beweismass über das Datum vom 31. Juli 2010 hinaus beweisen (Suva-act. 82).

C.

C.a Dagegen erhob der Rechtsvertreter des Versicherten am 14. Januar 2013 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom 27. November 2012 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei zur ergänzenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts, insbesondere zur Einholung eines unabhängigen medizinischen Gutachtens zur Frage der Unfallkausalität der Beschwerden an der linken Hüfte, an die



St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Eventualiter seien dem Beschwerdeführer auch nach dem 31. Juli 2010 Taggelder auszurichten oder es sei ihm eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zuzusprechen. Zur Begründung führte er im Wesentlichen an, nach wie vor ungenügend geklärt seien die Auswirkungen der Beckenkontusion und der Fissur auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Der Rechtsvertreter ersuchte zudem um Gewährung einer Nachfrist zur ergänzenden Beschwerdebegründung (act. G 1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 14. Februar 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angeführt, es bestehe aus physischer Sicht ab 1. August 2010 mangels natürlicher Unfallkausalität der gesundheitlichen Beschwerden keine Leistungspflicht mehr. Hinsichtlich der psychischen Störungen fehle es an der adäquaten Unfallkausalität. Schliesslich sei der Sachverhalt mit den vorhandenen ärztlichen Unterlagen restlos abgeklärt worden (act. G 3).

C.c Nach mehrfach erstreckter Frist (act. G 5, 7, 9) bestätigte der Rechtsvertreter in der Replik vom 1. Juli 2013 seinen Standpunkt, indem er festhielt, dass hinsichtlich der Auswirkungen der zu spät entdeckten Fissur auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers eine neutrale Begutachtung angezeigt sei (act. G 11).

C.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 13).

C.e Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

Erwägungen:

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen, welche sie im Anschluss an das Unfallereignis vom 25. November 2009 ausgerichtet hatte, zu Recht per 31. Juli 2010 einstellte.

2.



2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

2.2 Die Beschwerdegegnerin legt im angefochtenen Einspracheentscheid vom 27. November 2012 die rechtlichen Voraussetzungen der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere jene des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Unfallereignis und gesundheitlicher Schädigung, sowie zum Dahinfallen der Leistungspflicht des Unfallversicherers zutreffend dar (Suva-act. 82, Erwägung 1; BGE 129 V 181 f. E. 3.1). Darauf kann verwiesen werden. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolgs zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, mit Hinweisen). 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).

2.3 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.).

3.

3.1 Zwischen den Parteien ist die Frage nach dem Dahinfallen des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den vom Beschwerdeführer beklagten Hüft- und Beckenbeschwerden und dem Unfall vom 25. November 2009 umstritten. Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei der Leistungseinstellung auf die ärztlichen Beurteilungen und medizinischen Abklärungsergebnisse (Suva-act. 61, 67, 81) sowie die Stellungnahmen des Kreisarzt-Stellvertreters Prof. E.____ (Suva-act. 34, 63, 68; vgl. Suva-act. 82, act. G 3). Der Beschwerdeführer stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, der Sachverhalt sei hinsichtlich der Beschwerden an der linken Hüfte medizinisch noch nicht rechtsgenügend abgeklärt und es sei eine neutrale Begutachtung angezeigt (vgl. act. G 1, 11). Was die Beschwerden an der Lendenwirbelsäule (insbesondere die diagnostizierte Spondylolisthesis, vgl. Suva-act. 8) betrifft, gilt es festzuhalten, dass diese in den medizinischen Akten übereinstimmend als vorbestehende degenerative Veränderungen qualifiziert wurden (vgl. Suva-act. 26-10, 63, 67-13, 81-48) und ein kausaler Zusammenhang zwischen diesen Beschwerden und dem Unfallereignis darüber hinaus vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht wird.

3.2 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt (vgl. das Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, E. 8.2, mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer wurde im Rahmen der medizinischen Abklärungen orthopädisch, rheumatologisch, psychiatrisch sowie neurologisch untersucht. Bezüglich der Hüft- und Beckenbeschwerden führten die behandelnden Ärzte der Rehaklinik Bellikon im Bericht vom 18. Mai 2010 aus, die Schmerzproblematik der im MRI vom 14. März 2010 (richtig: 4. März 2010, Suva-act. 13) festgestellten Hüftgelenksfraktur werde durch eine mittlerweile erhebliche Symptomausweitung überlagert. Die klinischen Beschwerden im Beckenbereich seien aktuell atypisch und könnten keiner eigentlichen Struktur zugeordnet werden. Die psychosomatische Exploration habe eine leichte depressive Verstimmung ergeben



(Suva-act. 26-3 f.). Im Rahmen der interdisziplinären Untersuchung vom 31. Januar 2011 hielten die behandelnden Ärzte der Klinik Valens fest, die Beschwerden im Bereich des Beckens und der beiden Hüften würden den Beschwerdeführer subjektiv einschränken. Im Rahmen der klinisch-rheumatologischen Untersuchung hätten jedoch abgesehen von deutlichen myofaszialen Befunden im Bereich des Nackens, des Schultergürtels und des Beckens mit Druckdolenz über der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur und über dem Trochanter major beidseits keine Auffälligkeiten erhoben werden können. Gemäss psychiatrischer Beurteilung leide der Versicherte vor allem unter einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, wobei der somatische Kern bzw. die Unfallkausalität als primäre Symptomursache ausser Frage stehe. Der Versicherte habe jedoch zwischenzeitlich ein Krankheitskonzept/Leidensmodell entwickelt, welches ihm eine Rückkehr in die Arbeitswelt unmöglich erscheinen lasse (Suva-act. 67-9). Sowohl die behandelnden Ärzte der Rehaklinik Bellikon als auch diejenigen der Klinik Valens bescheinigten dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten (vgl. Suva-act. 26-2, Suva-act. 67-10). Im Einklang zu den Feststellungen der Klinikärzte stehen sodann die Ausführungen der von der IV-Stelle beauftragten Gutachter des G.____. Diese hielten im Gutachten vom 6. Juni 2011 (Suva-act. 81) fest, die Schmerzangaben des Beschwerdeführers im Bereich des dorsalen Beckens und der unteren Lendenwirbelsäule seien nur schwer objektivierbar und die Untersuchung der Hüften sei nur bedingt möglich gewesen, da der Beschwerdeführer ohne organische Begründung ausserordentlichen Widerstand geleistet habe. Das Ausmass der angegebenen Schmerzen habe sich weder klinisch noch bildgebend objektivieren lassen. Aus psychiatrischer Sicht sei von einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen, wobei sich keine Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung annehmen lasse. Aus orthopädischer Sicht seien dem Beschwerdeführer adaptierte Tätigkeiten vollschichtig möglich, aus psychiatrischer Sicht sei von einer Verminderung des Rendements von 20% auszugehen.

3.3 Die im Wesentlichen übereinstimmenden Äusserungen in den medizinischen Berichten werden zudem durch die in den MRI-Untersuchungen erhobenen Befunde gestützt. So liegen gemäss MRI-Bericht vom 20. August 2010 (Suva-act. 61-5) im Vergleich zur MRI-Untersuchung vom 4. März 2010, bei welcher im Wesentlichen eine Fissur mit mässigem Knochenmarködem festgestellt wurde (Suva-act. 13), keine



Ödeme im oberen Schambeinast links acetabulumnah sowie im Os sacrum links ISG-nah vor, sondern es fanden sich lediglich geringe Konturunregelmässigkeiten des linksseitigen ISG ventral und im Übrigen eine normale Darstellung des Beckens sowie der proximalen Oberschenkel beidseits. Es wurden normalisierte Verhältnisse ohne Nachweis eines residuellen Stressödems angegeben. Den erhobenen Befunden entsprechend hielten auch die Gutachter des BEGAZ fest, die letzten bildgebenden Untersuchungen des Beckens würden auf eine vollständige Abheilung der früher beschriebenen Frakturen hindeuten (vgl. Suva-act. 81-47).

3.4 Der Einwand des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, die Auswirkungen der Beckenkontusion und der Fissur auf die Arbeitsfähigkeit seien nicht genügend geklärt, geht vor dem Hintergrund der umfassenden interdisziplinären medizinischen Abklärungen fehl. Soweit der Rechtsvertreter mit der späten Entdeckung der Hüftfraktur argumentiert, ist darauf hinzuweisen, dass die behandelnden Ärzte diesbezüglich festgehalten hatten, dass ein früheres Erkennen der Fraktur therapeutisch nur eine passagere Entlastung der linken unteren Extremität, nicht aber einen operativen Eingriff bedeutet hätte (Suva-act. 26-10). Eine über die festgestellten Einschränkungen hinausgehende Arbeitsunfähigkeit aufgrund des späten Entdeckens der Fraktur ist damit nicht anzunehmen und darüber hinaus in den übrigen medizinischen Akten auch nicht belegt. Schliesslich vermag auch das Vorbringen des Rechtsvertreters, Dr. F.____ behaupte im Sprechstundenbericht vom 23. August 2010 (Suva-act. 61-3 f.) nicht, die Hüftbeschwerden seien nicht existent, nicht zu überzeugen. Wie der Rechtsvertreter selbst anführt, hält Dr. F.____ lediglich fest, dass die beklagten Beschwerden schwierig zuzuordnen seien, wobei ein direkter Zusammenhang mit der durchgemachten Fissur bzw. dem Ödem nicht zu bestehen scheine. Mit Blick auf die festgestellten psychischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers beinhalten die Ausführungen Dr. F.____ keine Gesichtspunkte, welche Anlass dazu geben könnten, an der Schlüssigkeit der übrigen medizinischen Berichte und Gutachten zu zweifeln.

3.5 Vor dem Hintergrund der umfassenden fachärztlichen Abklärungen und übereinstimmenden Untersuchungsergebnisse ist davon auszugehen, dass hinsichtlich der linken Hüfte bzw. der Beckenregion keine unfallkausalen Restfolgen im Sinne der Rechtsprechung mehr vorliegen.



4.

4.1 Zu prüfen bleibt, ob die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers (vgl. vorstehende Erwägung 3.2) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als (teilweise) unfallkausal einzustufen sind. So fällt insbesondere die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung eindeutig unter die Kategorie der psychischen Leiden und kann – entgegen dem sinngemässen Einwand des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (vgl. act. G 11) – auch aufgrund ihrer Auswirkungen 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. H. Dilling/H. J. Freyberger [Hrsg.], Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V, 5. Aufl. Bern 2010, S. 187).

4.2 Die Beschwerdegegnerin hat in der Beschwerdeantwort vom 14. Februar 2013 (act. G 3) die zur Prüfung der Adäquanzfrage für psychische Beeinträchtigungen massgeblichen Kriterien (so genannte "Psycho-Praxis", BGE 115 V 133) korrekt wiedergegeben. Auch die Annahme eines mittelschweren Unfalls im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen ist mit Blick auf den augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (vgl. SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1) nicht zu beanstanden. Die Beschwerdegegnerin hat in Würdigung der gesamten Aktenlage dargelegt, dass die Kriterien nicht erfüllt seien (Erwägung 5.2). Den Akten sind keine Anhaltspunkte zu entnehmen, die gegen die Ausführungen der Beschwerdegegnerin zum adäquaten Kausalzusammenhang sowie zur Verneinung der einzelnen Adäquanzkriterien sprechen. Es kann deshalb auf die Erwägungen in der Beschwerdeantwort verwiesen werden. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 25. November 2009 und den festgestellten psychischen Beeinträchtigungen ist damit zu verneinen; das Vorliegen eines solchen wird vom Beschwerdeführer überdies auch nicht geltend gemacht. Entsprechend kann die Frage, ob die psychischen Beschwerden eine natürlich kausale Folge des Unfalls darstellen, offen bleiben (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2009, 8C_951/2008, E. 3.4.2.; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67).



5.

Aufgrund der umfangreichen Untersuchungen ist dem Antrag des Beschwerdeführers, die Angelegenheit sei zur Durchführung weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, nicht stattzugeben. Bei der vorliegenden Ausgangslage sind von einem weiteren medizinischen Gutachten keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb von der Einholung eines solchen abgesehen werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 236 E. 5.3; BGE 134 I 148 E. 5.3 und BGE 124 V 94 E. 4b).

6.

Zusammenfassend ist vor dem Hintergrund, dass aufgrund der übereinstimmenden Aktenlage keine somatischen Unfallfolgen mehr vorliegen und auch die festgestellten psychischen Beeinträchtigungen nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallgeschehen stehen, davon auszugehen, dass die Kausalität zwischen dem Ereignis vom 25. November 2009 und den beklagten Beschwerden spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung überwiegend wahrscheinlich dahingefallen ist. Die Leistungseinstellung per 31. Juli 2010 erfolgte damit zu Recht.

7.

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 27. November 2012 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer 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.