

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/31 vom 18. November 2013

Sg Versicherungsgericht, 2013-11-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2013_31

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/31 du 18 novembre 2013

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/31 del 18 novembre 2013

Regeste

Art. 6 UVG. Natürlicher Kausalzusammenhang von gesundheitlichen Beschwerden im Nachgang zu einem Stolpersturz mit Bodenplatten-Impressionsfraktur Th4. Leistungseinstellung zu Recht erfolgt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. November 2013, UV 2013/31).

Erwägungen

E. 1.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen, welche sie im Anschluss an das Unfallereignis vom 8. März 2012 ausgerichtet hatte, zu Recht per 8. August 2012 eingestellt hat.

E. 1.2

Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden die Versicherungsleistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinn 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. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich ist, 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, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung oder im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Kausalzusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle;

sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne Weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 364 E. 5b/bb mit Hinweisen).

E. 1.3

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr 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 Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (vgl. dazu Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.). 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 (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Für die Verneinung muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit dem 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 18. Dezember 2003, U 258/02, sowie vom 31. August 2001, U 285/00).

E. 1.4

Die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs erfolgt aufgrund der Feststellungen bei den medizinischen Untersuchungen und ist Aufgabe des Arztes oder der Ärztin. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten,

sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 232 E. 5.1, BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen (vgl. BGE 135 V 469 E. 4.3.2 mit Hinweisen). An die Beweiswürdigung von Stellungnahmen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte sind jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

E. 1.5

Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2009, N 33 ff. zu Art. 43).

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, dass die Leistungseinstellung zu früh erfolgt sei, da die Behandlung noch nicht abgeschlossen gewesen sei. Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei der Leistungseinstellung auf die Beurteilung durch Dr. J.____ sowie der Gutachter der Klinik K.____, gemäss welchen der Status quo sine bzw. ante nach fünf Monaten und damit am 8. August 2012 erreicht worden sei.

E. 2.2.1

Dr. E.____ legte im Verlaufsbericht vom 12. Juni 2012 (act. G 5.2/M7) hinsichtlich des Ereignisses vom 8. März 2012 dar, die Physiotherapie sowie die Analgetika zeigten keine grosse Besserung der Schmerzen im Rückenbereich sowie der Rippen links und des rechten Daumens. Die ärztliche Behandlung sei noch nicht abgeschlossen. Die Beschwerdeführerin werde zurzeit vom Kantonsspital C.____, Innere Medizin, sowie dem externen psychiatrischen Dienst in Wil behandelt. Im Unfallschein (act. G 5.2/M5) bescheinigte er ihr eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 8. bis 18. März 2012 und ab 3. April 2012 bis auf weiteres sowie dazwischen eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Da die Patientin zur Zeit ohne Stelle sei (am alten Arbeitsplatz sei ihr gekündigt worden) und wegen einer Anpassungsstörung Psychotherapie erhalte, bat Dr. E.____ die AXA im genannten Verlaufsbericht vom 12. Juni 2012 die Arbeitsunfähigkeit durch deren Vertrauensarzt beurteilen zu lassen.

E. 2.2.2

Dr. med. Z.____, Psychiatrische Klinik F.____, diagnostizierte gemäss Auszug aus der Krankengeschichte über das Erstgespräch vom 8. Mai 2012 (act. G 5.2/M15,2 [Beilagen zum Gutachten L.____]) ein depressives Syndrom. Sie begründete die Diagnose damit, dass

die Beschwerdeführerin wahrscheinlich aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur und der seit Jahren bestehenden Überforderungssituation am Arbeitsplatz eine Depression entwickelt habe. Aufgrund der Hypothyreose habe die Beschwerdeführerin wahrscheinlich ihre Defizite nicht mehr kompensieren können, was den Zusammenbruch verursacht habe. Im Verlaufsbericht an den Vertrauensarzt der AXA vom 2. Juli 2012 stellte sie fest, dass aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestehe (act. G 5.2/M10).

E. 2.2.3

Dr. H.____ und Dr. I.____ hielten im Zwischenbericht (Zeitraum vom 18. April bis 29. Mai 2012) an den Hausarzt vom 26. Juni 2012 (act. G 5.2/M15.2 [Beilagen zum Gutachten L.____]) über die Beurteilung der Beschwerdeführerin auf der Medizinischen Poliklinik des Kantonsspitals C.____ insbesondere krankheitsbedingte Diagnosen fest (act. G 5.2/M15,2 [Beilagen zum Gutachten L.____]; vgl. Sachverhalt A.b). Unfallbedingte Ursachen des Gesundheitszustandes wiesen sie keine nach. Vielmehr erörterten sie die Möglichkeit, dass die klinischen Zeichen einer peripheren Polyneuropathie der unteren Extremitäten durch die Schilddrüsen-Unterfunktion beeinflusst und ihrerseits Ursache für den Stolpersturz vom 8. März 2012, der laut Patientin kein Erstereignis gewesen sei, sein könnten.

E. 2.3

Die Begutachtung der Beschwerdeführerin durch den Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. J.____, ergab gemäss Bericht vom 25. Juni 2012 als Diagnose ein sich ausdehnendes myotendinotisches Syndrom bei zunehmender zum Teil ausgeprägter muskulärer Dysbalance nach einem eher leichten Stolpersturz mit Rissquetschwunde an der Schädelkalotte (ohne Hirnerschütterung) und einer Kompressionsfraktur auf Höhe thorakal 4, einen Verdacht auf Osteoporose und evtl. pathologischer Fraktur thorakal 4 sowie eine posttraumatische Anpassungsstörung mit Blockade der Selbstheilungsressourcen und dadurch mangelnde Copingstrategien. Es bestehe ein Schmerzsyndrom, wobei das Ausmass schwer einzuschätzen sei, immerhin könne darauf hingewiesen werden, dass die Patientin keinerlei Schmerzmittel einnehme. Das Syndrom schliesse eine Arbeit im Pflegebereich aus, dies sei aber insbesondere myotendinotisch bedingt. Es sei möglich, sogar wahrscheinlich, dass der Unfall die Situation ausgelöst habe. Die Patientin versteife sich aus Angst vor Schmerzen und bilde eine muskuläre Dysbalance im gesamten Körper aus. Es sei dringend notwendig, dass die Patientin auch eine medikamentöse Schmerzbehandlung durchführe. Nach seinem Dafürhalten wäre ein rheumatologisches Konsilium indiziert. Eine psychiatrische Mitbetreuung sei nach seinem Dafürhalten absolut richtig und habe sich bereits als nützlich gezeigt. Er führte aus, für die mutmassliche Arbeitsunfähigkeit infolge des Unfalls sei lediglich die Kompressionsfraktur thorakal 4 massgebend. In aller Regel müsse nach 16 Wochen mit einer Situationsstabilisierung und Rekompensation gerechnet werden (der Bruch an sich sollte innert 6 bis 8 Wochen verheilt sein). Die Probleme der Patientin seien sicher nach dem Unfall aufgetreten, wahrscheinlich anfänglich sogar durch den Unfall ausgelöst worden. Das Fehlverhalten der Patientin mit der Anpassungsstörung und der übertriebenen Schonhaltung habe zu ihren ausgeprägten myotendinotischen Beschwerden mit Ausbildung des leider schon chronischen Schmerzsyndroms geführt. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit im Pflegebereich dürfte noch lange anhalten, bis der Teufelskreis Schmerzen/Verkrampfungen/Schonung durchbrochen werde. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit mit Einhaltung von Wechsellagen (ohne Heben von schweren Lasten) dürfte die Patientin zu 50% einsatzfähig sein. Die Unfallfolgen dürften bis fünf Monate nach dem Unfall als abgeklungen und konsolidiert

betrachtet werden. Die jetzigen Beschwerden seien insbesondere auf die Fehlentwicklung nach dem Unfall mit Ausbildung von myotendinotischen Beschwerden im Becken- und Schultergürtel sowie im Wirbelsäulenbereich zurückzuführen. Vonseiten des Unfalls im engeren Sinne, müsse die Patientin heute als gesund betrachtet werden (act. G 5.2/M9). 2.4

Die interdisziplinäre Begutachtung an der Klinik K.____ nahmen Dr. M.____ und Dr. L.____ vor. 2.4.1 Dr. M.____ erhob im psychiatrischen Gutachten vom 24. September 2012 (act. G 5.2/M16) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine kognitive Störung sowie eine organische affektive Störung (depressive Symptome) im Rahmen einer Hypothyreose (ICD-10: F 06.7, F 06.3), gegenwärtig weitgehend remittiert. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden keine. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen (angestammten) Tätigkeit zu 100% sowie in adaptierter Tätigkeit zu 50% sei ausschliesslich auf psychisches Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen. 2.4.2 Im internistisch-rheumatologischen Gutachten vom 15. September 2012 (act. G 5.2/M15) stellte Dr. L.____ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgedehnte chronische Schmerzen bei multiplen aktivierten Arthrosen (Ganzkörper-Skelett-Szintigraphie vom September 2012) fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünde eine Hypothyreose nach Hashimoto-Thyreoiditis mit Perikarderguss, eine Osteoporose der Lendenwirbelsäule (LWS) sowie ein Status nach dem Sturz mit szintigraphisch noch aktiver gesinterter Bodenplattenfraktur von Th4 mit Keilwirbelbildung und Sklerosierung in der Bodenplatte bei Osteoporose, Schädelkontusion (szintigraphisch inaktiv), Thoraxkontusion (szintigraphisch inaktiv) sowie Kontusion des Endglieds des rechten Daumens (szintigraphisch inaktiv). Die SPECT-CT-Untersuchung der Brustwirbelsäule (BWS) vom 6. September 2012 zeige erwartungsgemäss im Bereich der Th4-Fraktur noch eine erhöhte Aktivität. Derartige Aktivitäten könnten noch Jahre nach einem Unfall beobachtet werden. Die Th4-Fraktur zeige eine Keilwirbelbildung mit Sklerosierung der Bodenplatte. Dies entspreche einem normalen Heilverlauf. Die bestehende Osteoporose der LWS habe die Th4-Fraktur begünstigt. Die beim Unfall kontusionierten Regionen (Schädel, Thorax und Daumen) seien dagegen szintigraphisch stumm. Es sei daher zu einer Heilung dieser Regionen gekommen. Die bei der Ganzkörper-Skelettszintigraphie aktivierten Arthrosen seien unfallfremd, hätten jedoch einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Auf die Frage, welche subjektiven Beschwerden sind durch die objektiven Befunde erklärbar, führte Dr. L.____ aus: "Schmerzen im Bereich der mittleren HWS und der mittleren LWS sowie der Costovertebralgelenke Th6 und Th9, beider Knie und der Fusswurzeln können durch die festgestellten aktivierten Arthrosen erklärt werden. Dagegen können die Schmerzen in beiden Händen und Armen sowie die Kopfschmerzen durch die vorhandenen Befunde nicht erklärt werden. Hier besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen der gezeigten maximalen Handkraft und dem normalen Handeinsatz beidseits bei der Untersuchung. Keinesfalls kann erklärt werden, weshalb sich die Beschwerden seit dem Unfall verschlimmert haben. Die Fraktur im Th4-Bereich und die kontusionierten Regionen sind abgeheilt. Ausserdem konnte die schwere Hypothyreose mit Perikarderguss erfolgreich behandelt werden". Auf die Frage, welche der erhobenen Befunde stehen sicher, überwiegend wahrscheinlich oder nur möglicherweise in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall, führte Dr. L.____ aus: "Der Unfall vom 8. März 2012 ist die sichere Ursache der Th4-Fraktur mit Keilwirbelbildung und Sklerosierung der Bodenplatte und der persistierenden szintigraphischen Aktivität von Th4. Der Unfall ist ebenfalls die Ursache der Schädelkontusion mit parietaler Rissquatschwunde (Länge vier Zentimeter), einer Thoraxkontusion sowie Kontusion des Endglieds des

Daumens rechts. Der Unfall vom 8. März 2012 ist nicht die Ursache der multiplen aktivierten Arthrosen (Costovertebralgelenke Th6 und Th9 sowie der Facettengelenksarthrosen in der mittleren HWS beidseits, der Femoropatellararthrosen beidseits und der Fusswurzel-Arthrosen beidseits sowie der aktivierten Osteochondrose L3/L4). Die schwere Hypothyreose mit Perikarderguss und die Osteoporose sind nicht Folgen des Unfalls vom 8. März 2012." 2.4.3 Die interdisziplinäre Zusammenfassung und Beurteilung anlässlich der Konsensbesprechung vom 21. September 2012 (act. G 5.2/M16) ergab als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit kognitive Störungen sowie eine organische affektive Störung (depressive Symptome) im Rahmen einer Hypothyreose (ICD-10: F 06.7, F 06.3), gegenwärtig weitgehend remittiert, sowie ausgedehnte chronische Schmerzen bei multiplen aktivierten Arthrosen. Aus psychiatrischer und somatischer Sicht bestehe für die bisherige angestammte Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Die Arbeitsfähigkeit in anderen adaptierten Tätigkeiten werde auf 50% beurteilt. Es bestünden ausschliesslich degenerative und unfallunabhängige Beeinträchtigungen und die Befunde würden auf einen unfallunabhängigen und seit längerer Zeit andauernden, vorbestehenden Prozess hinweisen. Der Status quo sine sei spätestens nach fünf Monaten erreicht worden (act. G 5.2/M16).

E. 3.1

Verschiedene Gesundheitsbeeinträchtigungen der Beschwerdeführerin sind grundsätzlich als Ursache der ganzkörperlich geklagten Schmerzen in Erwägung zu ziehen. Weder der Bericht des Kantonsspitals C.____ (act. G 5.2/15.2 [Beilagen zum Gutachten L.____]) noch derjenige der Psychiatrischen Klinik F.____ (act. G 5.2/10, 15.2 [Beilagen zum Gutachten L.____]) legen jedoch eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität dar. In den Berichten wird von Krankheiten bzw. krankheitsbedingten Vorzuständen gesprochen und nicht von Folgen des Unfalls. Auch die von der Beschwerdeführerin beigebrachten Berichte der Physiotherapeutin (act. G 1.3) und des Osteopathen (act. G 1.2) können die Unfallkausalität nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegen.

E. 3.2

Die Leistungseinstellung des Unfallversicherers bedingt keine Beschwerdefreiheit bzw. volle Arbeitsfähigkeit. Entscheidend ist allein, ob die durch den Unfall ausgelösten Beschwerden ihre kausale Bedeutung verloren haben (vgl. vorstehende Erwägung 1.3). Wie zuvor ausgeführt, ist es die Aufgabe medizinischer Fachpersonen, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen. Gemäss allen vorliegenden ärztlichen Berichten, besonders der Gutachten von Dr. L.____ und Dr. M.____, welchen voller Beweiswert zukommt, ist ein solcher ab dem 8. August 2012 – also fünf Monate nach dem Unfallereignis – für die von der Beschwerdeführerin noch beklagten Beschwerden zu verneinen. Die Beschwerdeführerin legt in ihrer Beschwerde nicht dar und es geht auch aus den Akten nicht hervor, inwieweit diese Beurteilungen nicht schlüssig und nachvollziehbar seien bzw. den Arztberichten kein Beweiswert zukommen sollte. Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 8. März 2012 und den von der Beschwerdeführerin am 8. August 2012 noch beklagten Beschwerden ist deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Die Leistungen sind zu Recht per 8. August 2012 eingestellt worden, da ab diesem Zeitpunkt keine natürlich kausalen Unfallfolgen mehr nachgewiesen sind.

E. 3.3

Vorliegend können die anhaltenden Beschwerden mit unfallfremden Befunden, insbesondere degenerativer und krankheitsbedingter Art, erklärt werden. Keine der medizinischen Abklärungen hat die These der Beschwerdeführerin gestützt, dass die am ganzen Körper verspürten Schmerzen direkt vom Unfall stammten. Daher lässt sich eine Leistungspflicht der Unfallversicherung für die Behandlung ab dem 9. August 2012 insbesondere für die osteopathische Therapie nicht ableiten, auch wenn letztere die Beschwerdeführerin weitgehend von den Schmerzen befreite.

E. 3.4

Der – von der Beschwerdegegnerin ebenfalls verneinte – adäquate Kausalzusammenhang ist bei dieser Ausgangslage, mangels natürlichen Kausalzusammenhangs, nicht zu prüfen. (BGE 129 V 181 E. 3.1).

E. 4

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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