

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00155 vom 2. Oktober 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-10-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00155

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00155 du 2 octobre 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00155 del 2 ottobre 2007

Erwägungen

E. 1

1.1. Die massgeblichen rechtlichen Bestimmungen und die Rechtsprechung zum Gegenstand der Unfallversicherung (Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG), zum natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang sowie zur Rechtsstellung versicherungsinterner Ärzte sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 2 f.). Darauf kann, mit den nachfolgenden Ergänzungen, verwiesen werden.

1.2. Die Verwaltung als verfassende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Aufl., Bern 1984, S.

136). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste wärdigen (BGE 126 V 360 Erw. 5b, 125 V 195 Erw. 2, je mit Hinweisen; vgl. 130 III 324 f. Erw. 3.2 und 3.3).

E. 2

2.1. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin für die Behandlung von im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch bestehenden Haftbeschwerden leistungspflichtig ist, mithin, ob mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden muss, dass diese durch den Sturz am 22. Januar 2004 von der untersten Sprosse der Leiter verursacht wurden.

2.2. Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Entscheid im Wesentlichen damit, dass keine wahrscheinlichen Unfallfolgen mehr nachweisbar seien und die Beschwerden krankheitsbedingt seien (Urk. 2 S. 2 lit. B). Es bestehe kein wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der Haftproblematik (Urk. 2 S. 3 lit. F).

2.3. Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, sie sei beim Unfall am 22. Januar 2004 auch auf die Hfte gefallen (Urk. 1 S. 4). Ein MRI sei jedoch erst ein Jahr später durchgeführt worden, wobei Entzündungsanzeichen festgestellt worden seien (Urk. 1 S. 7). Es sei zudem davon auszugehen, dass der Versicherungsmediziner seine Beurteilung auf unvollständige Akten gestützt habe. Nirgendwo sei die Rede vom am 12. Februar 2004 erstellten Röntgenbild des Hft- und

Beckenbereiches (Urk. 1 S. 10). Vor dem Unfall habe sie weder an Hüftproblemen noch an Gesäßschmerzen gelitten. Die Schmerzen seien kurz nach dem Unfall aufgetreten und demnach zeitnah. Eine andere Ursache für die Hüftkontusion sei nicht ersichtlich (Urk. 1 S. 12), vielmehr seien die Hüftbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Sturz von der Leiter zurückzuführen (Urk. 1 S. 18).

E. 3

3.1 Anlässlich der Erstbehandlung bei Dr. med. C.____, Allgemeine Medizin FMH, wurde eine Zerrung des Seitenbandes am oberen Sprunggelenk (OSG) rechts festgestellt. Zur Weiterbehandlung überwies Dr. C.____ die Beschwerdeführerin mit Bericht vom 7. Februar 2004 an ihren Hausarzt (Urk. 10/3).

3.2 Der Hausarzt Dr. med. E.____, Allgemeine Medizin FMH, nahm in den Wochen nach dem Unfall in der Krankengeschichte folgende Einträge vor (Urk. 3/18, vgl. Bericht Dr. M.____ Urk. 9 S. 2):

- Eintrag 22. Januar 2004:

Ädiv. Probleme und Cephalaea, diffuse Abd.-Beschwerden

- Eintrag 29. Januar 2004:

ÄDeutlich. Instabilität OSG links

- Eintrag 12. Februar 2004:

ÄLangsame Besserung, volle Belastung möglich. Seit 1 Wo LVS links > rechts (auf Rücken gefallen). Bez. Abdomen gebessert, subj./obj.Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 4. März 2004 diagnostizierte Dr. E.____ sodann ein Distorsionstrauma des linken OSG sowie eine deutliche Bandlockerung lateral nach einem Sturz (Urk. 10/4 Ziff. 1 = Urk. 3/5). Seit 1. März 2004 sei die Beschwerdeführerin wieder zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 10/4 Ziff. 4.a).

3.3 Im Überweisungsschreiben an Dr. F.____ vom 12. Juli 2004 nannte Dr. E.____ folgende Diagnosen (Urk. 10/6 S. 1 = Urk. 3/7):

-Ä Ä Distorsionstrauma OSG links und Kontusion lumbale Wirbelsäule/Becken rechts betont nach Sturz am 22. Januar 2004

-Ä Ä Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung

- Eisenmangelanämie

- Status nach Pangastritis und Ulcera bulbi duodeni mit erfolgreicher Helicobacter-Eradikation 11/98, entzündliche Veränderungen im Colon descendens/Sigabereich unklarer Ätiologie, möglicherweise Ischämie bedingt (Koloskopie 01/04)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin habe am 22. Januar 2004 bei der Arbeit einen Sturz von einer kleinen Leiter mit Distorsionstrauma des OSG links mit deutlicher Bandlockerung erlitten. Die Rehabilitation sei insgesamt sehr zügig verlaufen, die Beschwerdeführerin sei diesbezüglich zur Zeit jedoch weitgehend beschwerdefrei. Erst zu einem späteren Zeitpunkt habe die Beschwerdeführerin bewegungsabhängige Schmerzen im Lumbalbereich mit zeitweiser Ausstrahlung nach gluteal beklagt, die offenbar durch den Sturz ausgelöst worden seien. Klinisch habe sich neben einer

muskulären Dysbalance im Wirbelsäulenbereich lumbal, Beckenkammtendinosen und einer schmerzhaften Myogelose der Glutealmuskulatur rechts keine wesentliche Pathologie nachweisen lassen. Radiologisch bestehe kein Nachweis von ossären Läsionen. In der Zwischenzeit bestehe auch ein panvertebrales Schmerzsyndrom mit zervikozephaler Komponente und zusätzlich ein lumbospondylogenes Syndrom rechts mit Schmerzausstrahlung bis in die Knieregion (Urk. 10/6 S. 1).

Die Diagnosen eines Distorsionstraumas OSG links sowie der Kontusion der lumbalen Wirbelsäule / Becken rechtsbetont nannte Dr. E. ___ sodann auch im Bericht vom 12. Juli 2004 zuhanden der Beschwerdegegenerin (Urk. 10/7 Ziff. 1). Weiter führte er aus, die Beschwerdeführerin sei seit 22. März 2004 wieder voll arbeitsfähig (Urk. 10/7 Ziff. 4.a).

Dr. med. F. ___, FMH Physikalische Medizin, Rehabilitation und Rheumatologie, Manuelle Medizin SAMM, führte in seinem Bericht vom 27. August 2004 aus, die Beschwerdeführerin leide noch immer unter Schmerzen, welche sie auf das Unfallereignis vom 22. Januar 2004 zurückführe. Damals sei sie von einer Leiter aus einer Höhe von etwa 1,5 Metern gestürzt und habe sich eine OSG-Distorsion zugezogen. Ihre derzeitigen rechtsseitigen Gesäßschmerzen schreibe sie dem Umstand zu, dass sie mit dem linken Bein für längere Zeit habe hinken müssen (Urk. 10/8 = Urk. 3/8 je S. 1). Das Beschwerdebild lasse sich in diagnostischer Hinsicht keinem klaren funktionellen bzw. strukturellen Substrat zuordnen. Bei habituell bedingter, statischer Haltungsinsuffizienz mit leichtem Vorschub im Lumbalbereich habe er über dem rechten Gesäß eine stellenweise recht ausgeprägte und diffuse Druckdolenz gefunden, welche zusammen mit dem mehrmonatigen Schmerzverlauf, der weitgehenden Therapieresistenz und vor dem Hintergrund der erheblichen finanziellen Sorgen aus seiner Sicht auf ein dysfunktionales Schmerzverhalten hinweise. Es würden keine formalen Kriterien bestehen, welche auf einen entzündlichen Befall des Achsenskelettes im Rahmen einer undifferenzierten Spondylarthropathie hinweisen würden (Urk. 10/8 S. 2).

Am 14. Oktober 2004 diagnostizierte der Hausarzt Dr. E. ___ ein unklares lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts sowie ein geheiltes Distorsionstrauma OSG links nach Sturz (Urk. 10/9 Ziff. 1 = Urk. 3/9) und verwies auf den Bericht von Dr. F. ___ vom 27. August 2004. Sodann führte er aus, dass folglich im Heilungsverlauf eine somatoforme Schmerzstörung als unfallfremder Faktor mitspiele (Urk. 10/9 Ziff. 2.b).

Am 23. November 2004 wurde die Beschwerdeführerin durch den Kreisarzt Dr. med. G. ___, Facharzt Chirurgie FMH, untersucht, wobei dieser neben einer Muskel- und Haltungsinsuffizienz im Bereich der Wirbelsäule kein pathologisches Substrat erkennen konnte. Insbesondere hätten sich keine Hinweise auf eine strukturelle, unfallkausale Läsion ergeben. Dem Beschwerdebild liege bei wahrscheinlich vegetativ generell etwas verminderter Resistenz eine Fehlhaltung der Wirbelsäule bei relativer Muskelinsuffizienz zugrunde (Urk. 10/12 S. 2 = Urk. 3/10). Unfallfolgen würden heute nicht mehr mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit vorliegen. Eine nennenswerte mechanische Einwirkung auf die Lumbalwirbelsäule dürfte beim Unfallgeschehen nicht stattgefunden haben. Kontusionelle Restfolgen wären längst ausgeheilt, zumal entsprechende Beschwerden mit Ausnahme der Fussdistorsion erst mit längerer Verzögerung aufgetreten seien (Urk. 10/12 S. 3).

3.7. Am 17. Dezember 2004 wurde im Röntgeninstitut H.____ eine MRI durchgeführt, zu dessen Resultat Dr. med. I.____, Facharzt für diagnostische Radiologie, folgendes festhielt: Am Ansatz des M. fasciata bzw. des M. gluteus minimi seien leichte Entzündungszeichen erkennbar, wobei eine Beteiligung der Bursa anzunehmen sei (Urk. 10/20 = Urk. 3/13 je S. 1). Die bildmorphologische Abbildung der Iliosakralfugen beidseits sei altersentsprechend (Urk. 10/20 S. 2). Insgesamt liege eine mittelstärkige Protrusion bei LWK4/5 ohne bildmorphologischen Hinweis einer Bedrängung der abgehenden Wurzeln sowie eine mässiggradige Diskopathie bei LWK4/5 vor (Urk. 10/19).

3.8. Kreisarzt Dr. med. J.____, Facharzt Chirurgie FMH, hielt in seinem Bericht vom 19. Januar 2005 zum Ergebnis der MRI-Untersuchung fest, an der Lendenwirbelsäule und in den Iliosakralfugen würden keine posttraumatischen Läsionen bestehen. Die lumbalen Rückenschmerzen seien erst sekundär angegeben worden und hätten sich in der Folge zu einem ausgedehnten Schmerzsyndrom mit zervikozephaler und lumbospondylogener Komponente ausgeweitet. Die leichten Entzündungszeichen am Ansatz des M. fasciata und des M. gluteus minimi seien von keiner klinischen Relevanz und schon gar nicht in einem kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis zu sehen (Urk. 10/22 = Urk. 3/14).

3.9. Die Beschwerdeführerin wurde am 2. Februar 2005 durch Dr. med. K.____, Leitender Arzt Orthopädie, L.____ Klinik, untersucht, welcher in seinem Bericht die Interpretation der Symptome als schwierig bezeichnete. Vorstellbar und als Verdachtsdiagnose möglich sei eine Zerrung des Abduktorenansatzes, den Gluteus medius oder minimus betreffend. Dies sei wahrscheinlich, da im MRI Veränderungen am Trochanter nachweisbar seien (Urk. 10/24 S. 1 = Urk. 3/15).

3.10. Am 26. Januar 2006 nahm Dr. med. M.____, Facharzt FMH für Chirurgie, Versicherungsmedizin SUVA, eine ärztliche Beurteilung vor und hielt dabei fest, ob die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 22. Januar 2004 auch auf die lumbale Wirbelsäule bzw. das Becken gefallen sei, könne rechtzeitig nicht dokumentiert werden und gehe nur aus nachträglichen Angaben hervor. Eine Beckenkontusion rechts werde erst ein halbes Jahr nach dem Unfall erwähnt. Zudem werde im gleichen Bericht von Dr. E.____ vom 12. Juli 2004 erwähnt, dass bewegungsabhängige Beschwerden im Lumbalbereich mit zeitweiser Ausstrahlung nach Gluteal erst zu einem späteren Zeitpunkt hinzugekommen seien. Dies lasse auf ein initiales Fehlen solcher Schmerzen schliessen. Falls die Beschwerdeführerin auch eine Zerrung der Abduktoren erlitten hätte, wären dementsprechende Beschwerden wohl bereits bei den ersten Arztbesuchen geäussert worden. Zudem seien diejenige Beschwerden, welche an die Möglichkeit eines Schmerzsyndroms im Bereich der Abduktoren denken liessen (insbesondere die Druckdolenz über dem Trochanter major und die Schmerzverstärkung durch Abduktion), erst im Verlauf von Monaten aufgetaucht. Im Juli 2004 sei von Beckenkammtendinosen und einer schmerzhaften Myogelose der Glutealmuskulatur die Rede gewesen (Urk. 10/40 S. 3 = Urk. 3/17). Die minimale Kontrastmittelanreicherung im Bereich des M. tensor fasciae latae als auch des M. gluteus minimus erlaube keine Rückschlüsse über eine nur hypothetisch vermutbare Läsion eines Muskels fast ein Jahr zuvor, solange nicht eine Asymmetrie der Muskulatur an beiden Hüften nachweisbar sei. Es könne nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit auf eine nachweisbare strukturelle Weichteilverletzung im Bereich der rechten Hüfte anlässlich des Unfalles

vom 22. Januar 2004 und damit auf eine organische Unfallfolge als Erklärung für das heutige Beschwerdebild geschlossen werden (Urk. 10/40 S. 4).

3.11.11.11 PD Dr. med. N.____, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, untersuchte die Beschwerdeführerin am 20. März und 11. April 2006. Diese habe am 15. November 2005 einen Auffahrunfall von hinten erlitten (Urk. 3/19 S. 1). Seit dem ersten Unfall im Jahre 2004 habe sie Schmerzen und eine Hypästhesie im rechten Bein. Das Schmerzbild passe dort zu einem neuropathischen Schmerz bei Status nach Kontusionsverletzung, man sehe ja auch bereits eine Delle rechts im Gesässbereich (Urk. 3/19 S. 3).

3.12.12.12 Am 12. Juni 2006 nahm Dr. M.____ Stellung zu ihm neu vorgelegten medizinischen Dokumenten (Urk. 9 S. 1 f.). Aus dem Eintrag vom 12. Februar 2004 in der Krankengeschichte, wonach die Beschwerdeführerin seit einer Woche an einem LVS links > rechts leide, lasse sich nicht ableiten, dass die Beschwerdeführerin über Hüft- oder Gesässschmerzen geklagt habe. Dr. E.____ habe mit LVS unmissverständlich ein Lumbovertebralsyndrom und damit Kreuzschmerzen gemeint. Unklar sei, weshalb der Hausarzt beim Röntgen eine Beckenübersichtsaufnahme und nicht ein Bild der Lendenwirbelsäule veranlasst habe. Sodann habe er vermerkt, die Beschwerdeführerin sei auf den Rücken gefallen, nicht etwa auf das Gesäss. Selbst wenn sie sich beim Sturz am 22. Januar 2004 nebst der Verstauchung des linken Fusses auch eine Rückenprellung zugezogen haben sollte, leuchte nicht ein, weshalb eine solche erst zwei Wochen später zu einem Lumbovertebralsyndrom geführt haben sollte. Gemäss den Eintragungen in die Krankengeschichte hätten die Rückenbeschwerden erst eine Woche vor dem 12. Februar 2004 eingesetzt und somit zwei Wochen nach dem Unfall. Die ersten Angaben über Beschwerden im Gesäss würden sich erst in einer Physiotherapieverordnung des Hausarztes vom 30. April 2004 finden (Urk. 9 S. 2). Nach wie vor lasse sich keine organische Unfallfolge als Erklärung für die heutigen Beschwerden nachweisen (Urk. 9 S. 3).

E. 4

4.1.1.1.1 Wie Dr. M.____ in seinem Bericht vom 26. Januar 2006 zu Recht festhielt, kann echtzeitlich nicht dokumentiert werden, ob die Beschwerdeführerin beim Sturz am 22. Januar 2004 auch auf den Rücken bzw. das Becken gefallen ist. Nachdem die Würdigung der vorliegenden medizinischen Akten jedoch ein genügend klares Bild bezüglich des Gesundheitszustandes ergibt, kann auf die Durchführung weiterer Untersuchungen sowie die Einholung eines zusätzlichen Gutachtens verzichtet werden.

1.1.1.1.1 Der Unfallmeldung vom 19. Februar 2004 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 22. Januar 2004 beim Heruntersteigen einer Leiter die letzte Sprosse übersah, einen Fehltritt machte und eine Zerrung am linken Fussgelenk erlitt (Urk. 10/1 Ziff. 4, 6-7 und 11). Verletzungen an der Hüfte oder am Rücken wurden damals nicht erwähnt. Erst in seinem Bericht vom 12. Juli 2004 - mithin mehr als vier Monate nach dem Sturz - brachte der Hausarzt Dr. E.____ eine Kontusion der lumbalen Wirbelsäule sowie des Beckens mit dem Sturz in Verbindung (Urk. 10/6 S. 1). Diese Betrachtungsweise vermag indessen nicht zu überzeugen.

4.2.2.2.2 Die Beschwerdeführerin selber erklärte anlässlich einer Untersuchung durch ihren Hausarzt am 12. Februar 2004, sie leide seit einer Woche an Rückenschmerzen, sie sei auf den Rücken gefallen (Urk. 3/18). Ob es sich dabei um

den Sturz am 22. Januar 2004 oder einen anderen Sturz handelte, ergibt sich aus dem Eintrag der Krankengeschichte nicht. Ebenfalls nicht ersichtlich ist, ob die Beschwerdeführerin bei diesem Sturz nur auf den Rücken oder auch auf das Becken bzw. die Hüfte gefallen ist. Weshalb die Beschwerdeführerin ihren Hausarzt anlässlich der ersten Untersuchung nach dem Unfall nicht über allfällige Beschwerden am Rücken beziehungsweise der Hüfte informierte, ist nicht nachvollziehbar.

Der Hausarzt Dr. E. erwähnte das am 12. Februar 2004 erstmals beschriebene Lumbovertebralsyndrom sodann weder in der Unfallmeldung vom 19. Februar 2004 (Urk. 10/1) noch in seinem Bericht vom 4. März 2004 (Urk. 10/4). Erst im Überweisungsschreiben an Dr. F. vom 12. Juli 2004 nannte er die Diagnose einer Kontusion der lumbalen Wirbelsäule sowie des Beckens rechts. Dabei wies er darauf hin, dass die Beschwerdeführerin die bewegungsabhängigen Schmerzen im Lumbalbereich erst zu einem späteren Zeitpunkt beklagt habe (Urk. 10/6 S. 1). Bis im Juli 2004 brachte Dr. E. die Rückenschmerzen somit offenbar nicht mit dem Sturz von der Leiter in Verbindung.

Am 23. August 2004 wurde die Beschwerdeführerin durch Dr. F. untersucht. Die rechtsseitigen Gesässschmerzen führte sie dabei - entgegen ihren früheren Angaben beim Hausarzt - auf den Umstand zurück, dass sie mit dem linken Bein längere Zeit habe hinken müssen. Obschon die Beschwerdeführerin die Höhe des Sturzes bei der Schilderung des Unfalles unzutreffend mit 1,5 Metern angab, konnte Dr. F. das Beschwerdebild nicht klar einordnen und auf den Unfall zurückzuführen (Urk. 10/8 S. 1). War dies selbst bei einer vermeintlichen Sturzhöhe von 1,5 Metern nicht möglich, so erscheint ein Zusammenhang mit einem Fehltritt von der letzten Sprosse einer Leiter als umso unwahrscheinlicher. Dr. F. führte denn auch aus, dass die stellenweise recht ausgeprägte und diffuse Druckdolenz über dem rechten Gesäss zusammen mit dem mehrmonatigen Schmerzverlauf, der weitgehenden Therapieresistenz und vor dem Hintergrund der erheblichen finanziellen Sorgen aus seiner Sicht auf ein dysfunktionales Schmerzverhalten hinweise (Urk. 10/8 S. 2).

Insgesamt sind die Angaben der Beschwerdeführerin somit widersprüchlich und auch die Ausführungen des Hausarztes deuten darauf hin, dass die Beschwerden entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin nicht zeitnah zum Unfall aufgetreten und nicht auf den Unfall zurückzuführen sind.

4.3 Auch aus den weiteren ärztlichen Berichten ergibt sich nichts, was einen Zusammenhang zwischen dem Sturz und den aktuellen Hüftbeschwerden der Beschwerdeführerin als überwiegend wahrscheinlich erscheinen lassen würde. So konnte der Kreisarzt Dr. G. neben einer Muskel- und Haltungsinsuffizienz kein pathologisches Substrat erkennen, insbesondere hätten sich keine Hinweise auf eine strukturelle, unfallkausale Läsion ergeben (Urk. 10/12 S. 2). Auch der Kreisarzt Dr. J. sowie Dr. F. hielten fest, es bestehe kein Nachweis von Läsionen an der Wirbelsäule (Urk. 10/6 S. 1; Urk. 10/22).

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ergibt sich ein solcher Zusammenhang auch nicht aus dem Bericht von Dr. K.. Dieser wies vielmehr ausdrücklich darauf hin, dass die Interpretation der Symptome schwierig sei. Vorstellbar und als Verdachtsdiagnose möglich sei eine Zerrung des Abduktorenansatzes, den

Glutaeus medius oder minimus betreffend. Da im MRI Veränderungen am Trochanter nachweisbar seien, sei ein Zusammenhang wahrscheinlich (Urk. 10/24 S. 1). Hierzu hielt Dr. M.____ nachvollziehbar fest, die minimale Kontrastmittelanreicherung im Bereich des M. tensor fasciae latae als auch des M. glutaeus minimus erlaube keine Rückschlüsse über eine nur hypothetisch vermutbare Läsion eines Muskels fast ein Jahr zuvor. Ein solcher Rückschluss sei nur zulässig, wenn darüber hinaus auch eine Asymmetrie der Muskulatur an beiden Hüften nachweisbar sei (Urk. 10/40 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch der Bericht von Dr. N.____ vermag an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Einerseits hielt dieser lediglich fest, das Schmerzbild passe zu einem neuropathischen Schmerz bei Status nach Kontusionsverletzung, ohne dies jedoch näher zu begründen. Andererseits wies er zwar auf Schmerzen und eine Hypästhesie im rechten Bein sowie eine Delle rechts im Gesässbereich hin, erwähnte jedoch keine Hüftbeschwerden. Auch machte er keine weiteren begründeten Ausführungen bezüglich der Delle (Urk. 3/19 S. 3), so dass nicht darauf abgestellt werden kann.

4.4 Ä Ä Ä Ä Insgesamt erweist sich die schlüssig begründete Feststellung von Dr. J.____ und insbesondere Dr. M.____ als überzeugend, wonach das heutige Beschwerdebild nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit auf eine organische Unfallfolge zurückgeführt werden kann, so dass ein natürlicher Kausalzusammenhang als nicht überwiegend wahrscheinlich erscheint.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin hat demnach ihre Leistungspflicht zu Recht verneint, was zur Bestätigung des angefochtenen Entscheides und zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- Rechtsanwältin Katja Ziehe
- Bundesamt für Gesundheit

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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