Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 28. November 2013 (725 12 309 / 283)

Unfallversicherung

Einstellung der vorübergehenden UVG-Leistungen (Heilbehandlung, Taggelder) rechtmässig, da von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des - unfallbedingt beeinträchtigten - Gesundheitszustandes erwartet werden kann

Besetzung	Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Michael Guex, Gerichtsschreiber Markus Schäfer
Parteien	A.____, vertreten durch Dominik Zehntner, Advokat, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel
	gegen
	Helsana Unfall AG, Recht, Postfach, 8081 Zürich, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Die 1964 geborene A.____ arbeitete seit 8. Juli 2011 als Weinberaterin bei der B.____ SA und war durch die Arbeitgeberin bei der Helsana Unfall AG obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 14. September 2011 liess A.____ der Helsana Unfall AG durch ihre Arbeitgeberin einen Unfall melden. Laut den Angaben in der "Schadenmeldung UVG" war die Versicherte am 9. September 2011 „auf der Treppe gestürzt“

und hatte sich dabei am Rücken verletzt. Anlässlich der ärztlichen Erstbehandlung vom 12. September 2011 diagnostizierte Dr. med. C.____, Innere Medizin FMH, eine Kontusion des Beckens und der Hüfte sowie einen Verdacht auf ein ISG-Syndrom beidseits. Hinweise auf ossäre Läsionen hätten sich in den Röntgenaufnahmen keine gefunden (vgl. das "Arztzeugnis UVG" des genannten Arztes vom 13. Oktober 2011). Nachdem die Helsana Unfall AG der Versicherten nach Eingang der Unfallmeldung die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten, Taggelder) für die Folgen dieses Unfalls erbracht hatte, stellte sie mit Verfügung vom 25. Mai 2012 die Versicherungsleistungen per sofort mit der Begründung ein, dass Behandlungen nach diesem Datum nicht mehr mit dem gemeldeten Unfallereignis in Zusammenhang stünden. Daran hielt die Helsana Unfall AG auf Einsprache der Versicherten hin mit Einspracheentscheid vom 10. September 2012 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Advokat Dominik Zehntner, am 9. Oktober 2012 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei der angefochtene Entscheid aufzuheben und es seien ihr rückwirkend ab dem Einstellungsdatum wiederum die ihr zustehenden gesetzlichen Leistungen zuzusprechen; unter o/e Kostenfolge.

C. Die Helsana Unfall AG beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 23. November 2012 die Abweisung der Beschwerde.

D. In ihrer Replik vom 16. Januar 2013 hielt die Beschwerdeführerin an ihren bisherigen Anträgen und Ausführungen fest. Die IV-Stelle wiederum ersuchte in ihrer Duplik vom 15. Februar 2013 weiterhin um Abweisung der Beschwerde.

E. Anlässlich seiner Urteilsberatung vom 30. Mai 2013 beschloss das Kantonsgericht, den Fall auszustellen und der Beschwerdeführerin zur Wahrung des rechtlichen Gehörs Gelegenheit zur Einreichung einer Stellungnahme einzuräumen. Zur Begründung dieses Schrittes wies das Kantonsgericht darauf hin, dass die Helsana Unfall AG in der Verfügung vom 25. Mai 2012 (bestätigt mit Einspracheentscheid vom 10. September 2012) einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf weitere Leistungen aus der Unfallversicherung im Wesentlichen mit der Argumentation abgewiesen habe, die geltend gemachten Beschwerden stünden mit dem gemeldeten Unfallereignis vom 9. September 2011 in keinem Kausalzusammenhang mehr. Demgegenüber habe sie in ihrer Duplik vom 15. Februar 2013 vorwiegend geltend gemacht, dass die Beschwerdeführerin ohnehin voll arbeitsfähig sei und keine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes mehr erwartet werden könne. Somit begründe die Helsana Unfall AG ihren Antrag auf Abweisung der Beschwerde in der Duplik weitgehend mit anderen Argumenten als noch in der Vernehmlassung und im angefochtenen Einspracheentscheid bzw. in der ihm zugrundeliegenden Verfügung. Das Kantonsgericht stellte sodann fest, dass der Beschwerdeführerin im Rahmen des Instruktionsverfahrens keine Gelegenheit (mehr) eingeräumt worden sei, sich zu dieser neu vorgebrachten Begründung der Helsana Unfall AG zu äussern, was sich unter dem Aspekt des Anspruchs auf rechtliches Gehör als problematisch erweise, und nunmehr - vor einem Entscheid in der Angelegenheit - nachzuholen sei.

F. Mit Eingabe vom 24. Juli 2013 machte die Beschwerdeführerin von der Möglichkeit zur ergänzenden Stellungnahme Gebrauch. Dabei wies sie darauf hin, dass sie an den bisherigen Rechtsbegehren vollumfänglich festhalte. Die Helsana Unfall AG wiederum liess sich am 13. August 2013 zu den ergänzenden Ausführungen der Beschwerdeführerin vernehmen.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in D.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde der Versicherten vom 9. Oktober 2012 ist demnach einzutreten.

2.1 Die Versicherte beanstandet in ihrer Beschwerde, die Beurteilungen von Prof. Dr. med. E.____, Orthopädische Chirurgie FMH, auf welche die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid verweise, seien in den medizinischen Unterlagen, die ihr auf ihr Akteneinsichtsgesuch hin zugestellt worden seien, nicht enthalten gewesen. Sie könne sich deshalb inhaltlich nicht damit auseinandersetzen, was eine Verletzung ihres Anspruchs auf rechtliches Gehör darstelle. Bei diesem Einwand handelt es sich um eine Rüge formeller Natur. Sollte sich diese als begründet erweisen, kann dies zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung führen, ohne dass die Angelegenheit materiell beurteilt würde. Der betreffende Einwand ist darum vorab zu prüfen (vgl. Urteil W. des Bundesgerichts vom 3. Juni 2009, 8C_951/2008, E. 3).

2.2.1 Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht der betroffenen Person, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 370 f. E. 3.1 mit zahlreichen Hinweisen).

2.2.2 Aus Inhalt und Funktion des Akteneinsichtsrechts als Teil des Anspruchs auf rechtliches Gehör folgt nach der Rechtsprechung, dass grundsätzlich sämtliche beweiserheblichen Akten den Beteiligten gezeigt werden müssen, sofern in der sie unmittelbar betreffenden Verfügung darauf abgestellt wird. Denn es gehört zum Kerngehalt des rechtlichen Gehörs, dass der Verfügungsadressat vor Erlass eines für ihn nachteiligen Verwaltungsaktes zum Beweisergebnis Stellung nehmen kann. Das Akteneinsichtsrecht ist somit eng mit dem Äusserungsrecht verbunden, gleichsam dessen Vorbedingung. Die versicherte Person kann sich nur dann wirksam zur Sache äussern und geeignete Beweise führen oder bezeichnen, wenn ihr die Möglichkeit eingeräumt wird, die Unterlagen einzusehen, auf welche sich die Behörde bei ihrer Verfügung gestützt hat (BGE 132 V 388 f. E. 3.1). Das Akteneinsichtsrecht bezieht sich dabei auf sämtliche verfahrensbezogene Akten, die geeignet sind, Grundlage des Entscheids zu bilden. Die Akteneinsicht ist demnach auch zu gewähren, wenn die Ausübung des Akteneinsichtsrechts den Entscheid in der Sache nicht zu beeinflussen vermag. Die Einsicht in die Akten, die für ein bestimmtes Verfahren erstellt oder beigezogen wurden, kann demnach nicht mit der Begründung verweigert werden, die fraglichen Akten seien für den Verfahrensausgang belanglos. Es muss vielmehr der betroffenen Person selber überlassen sein, die Relevanz der Akten zu beurteilen (BGE 132 V 389 E. 3.2 mit Hinweis).

2.2.3 Eine schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs hat - auf Antrag oder von Amtes wegen - die Aufhebung des angefochtenen Verwaltungsaktes und die Rückweisung der Sache zu neuer Entscheidung unter Wahrung der Verfahrensrechte der betroffenen Partei zur Folge. Davon kann ausnahmsweise abgesehen werden, wenn die Rechtsmittelinstanz in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht über uneingeschränkte Kognition verfügt und wenn die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem der Anhörung gleichgestellten Interesse der Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 390 E. 5.1 mit Hinweisen).

2.3 Die Beschwerdegegnerin hat dem Kantonsgericht zusammen mit ihrer Vernehmlassung vom 23. November 2012 sämtliche Akten des Verwaltungsverfahrens zugestellt. Bei diesen befinden sich auch die Beurteilungen von Prof. Dr. E.____, welche die Beschwerdeführerin laut ihrer Darstellung bis anhin noch nicht hatte einsehen können. Das Kantonsgericht hat der Beschwerdeführerin deshalb sämtliche Akten der Vorinstanz zur Einsichtnahme zugestellt und die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels angeordnet. Dadurch hat es der Beschwerdeführerin (nachträglich) Gelegenheit gegeben, in die Beurteilungen von Prof. Dr. E.____ Einsicht zu nehmen, sich (auch) mit deren Inhalt auseinander zu setzen und zu diesen Stellung zu nehmen. Von diesem Replikrecht hat die Beschwerdeführerin am 16. Januar 2013 Gebrauch gemacht. Berücksichtigt man weiter, dass das Kantonsgericht in unfallversicherungsrechtlichen Beschwerdeverfahren gemäss § 57 VPO über eine uneingeschränkte Kognition verfügt, so ist eine allenfalls vorausgegangene, in einer unvollständig gewährten Akteneinsicht liegende Verletzung des rechtlichen Gehörs der Versicherten als geheilt zu betrachten. Es besteht deshalb keine Veranlassung (mehr), den angefochtenen Verwaltungsakt aus formellen Gründen aufzuheben und die Angelegenheit zur neuen Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Ein solches Vorgehen würde letztlich zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu

unnötigen Verzögerungen führen, was mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der Versicherten an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wäre.

3. Materiell strittig und im Folgenden zu prüfen ist die Frage, ob die Versicherte über den 25. Mai 2012 hinaus Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung hat.

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 Um die Leistungspflicht des Unfallversicherers bejahen zu können, muss zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nicht nur ein natürlicher, sondern auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges 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 Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b).

Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb).

3.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des fortbestehenden Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. 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 (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2008 UV Nr. 11 S. 35 E. 3.3 mit Hinweisen). Beizufügen ist, dass die Beweislastregel, wonach der Unfallversicherer und nicht der Versicherte die Beweislast für das Dahinfallen der natürlichen Unfallkausalität trägt, erst Platz greift, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes und der Beweiswürdigung ei-

nen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

4. Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person oder der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

5.1 In seiner zu Handen der Beschwerdegegnerin verfassten Aktenbeurteilung vom 14. Mai 2012 wies Dr. med. F.____, Innere Medizin, spez. Rheumatologie FMH, darauf hin, dass im Dezember 1989 durch den behandelnden Chiropraktor Dr. G.____ eine chronische ISG-Symptomatik beschrieben worden sei. Die von der Versicherten aktuell geklagten lumbalen Beschwerden mit Ausstrahlung ins Gesäss beidseits würden dieser bereits 1989 durch den Chiropraktor beurteilten und behandelten Symptomatik entsprechen. Durch den Sturz vom 9. September 2011 sei es nur zu einer vorübergehenden, nicht jedoch zu einer richtunggebenden Verschlimmerung gekommen. Die im Dezember 2011 festgestellte Fraktur des Os illium (im kaudalsten Anteil des distalen Drittels links) sei höchstens diskret gewesen. In der Verlaufs–Röntgenuntersuchung sei sie nicht mehr nachweisbar, so dass diesbezüglich eine Restitutio eingetreten sei. Insgesamt würden die jetzigen, neun Monate nach dem Unfallereignis noch geklagten Beschwerden überwiegend wahrscheinlich den Beschwerden entsprechen, wie sie vorher schon bestanden hätten, d.h. zum jetzigen Zeitpunkt sei der Staus quo sine (Vorzustand) erreicht.

5.2 Der Beschwerdeführerin ist darin beizupflichten, dass diese Beurteilung von Dr. F.____ nicht zu überzeugen vermag. Sie weist zu Recht darauf hin, dass jegliche medizinische Unterlagen aus der Zeit zwischen 1990 und dem Unfallereignis fehlen würden. Ob sich damals bestehende Beschwerden während mehr als einundzwanzig Jahren bis zum Unfallereignis durchgezogen hätten, sei somit völlig unbekannt. Es sei deshalb schleierhaft, wie der beratende Arzt

der Beschwerdegegnerin unter diesen Umständen auf einen Zustand vor dem Unfall schliessen und daraus einen status quo sine vel ante ableiten könne. Dieser Einwand der Beschwerdeführerin erweist sich weitgehend als berechtigt. Es stellt sich deshalb grundsätzlich die Frage, ob der medizinische Sachverhalt, d.h. insbesondere der Aspekt der Unfallkausalität der von der Versicherten nach wie vor geklagten Beschwerden, zusätzlicher Abklärung bedarf. Wie im Folgenden zu zeigen sein wird, kann die aufgeworfene Frage jedoch offen bleiben und von einer Ergänzung des medizinischen Sachverhaltes abgesehen werden. Eine über den 25. Mai 2012 hinaus andauernde Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ist nämlich auch dann zu verneinen, wen man mit der Beschwerdeführerin davon ausgeht, dass die von der Versicherten im genannten Zeitpunkt geklagten Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 9. September 2011 stehen.

6.1 Ein weiterer Anspruch auf die vorübergehenden UVG-Leistungen (Heilbehandlung, Taggelder) setzt - wie einleitend erwähnt (vgl. E. 3.1 hiervor) - nach Gesetz (Art. 19 Abs. 1 UVG) und Praxis voraus, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des - unfallbedingt beeinträchtigten - Gesundheitszustandes erwartet werden kann oder dass noch Eingliederungsmassnahmen der IV laufen. Trifft beides nicht (mehr) zu, hat der Versicherer den Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen abzuschliessen und den Anspruch auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen (BGE 137 V 201 f. E. 2.1, 134 V 114 E. 4.1). Nahtlos an diese Regelung schliesst sich Art. 21 Abs. 1 UVG an. Danach soll Heilbehandlung - wie die in den Art. 11 bis 13 UVG vorgesehenen Kostenvergütungen - nach Festsetzung der Rente durch den Unfallversicherer nur unter besonderen Voraussetzungen gewährt werden, so bei Berufskrankheit (lit. a), bei Rückfall oder Spätfolgen zur wesentlichen Besserung oder Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (lit. b), zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit (lit. c) und zur wesentlichen Verbesserung oder zur Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes im Falle der Erwerbsunfähigkeit (lit. d). Im dazwischen liegenden Bereich, nämlich wenn einerseits von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG mehr erwartet werden kann und anderseits die Voraussetzungen von Art. 21 Abs. 1 UVG nicht erfüllt sind, hat der Unfallversicherer keine Heilbehandlung mehr zu übernehmen. An seine Stelle tritt der obligatorische Krankenpflegeversicherer (BGE 134 V 114 f. E. 4.2).

6.2 Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Das Bundesgericht hat in BGE 134 V 109 ff. hierzu festgehalten, dies bestimme sich mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet sei, namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der unfallbedingt beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit. Dabei verdeutliche die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen müsse. Unbedeutende Verbesserungen würden nicht genügen (BGE 134 V 115 E. 4.3 mit weiteren Hinweisen).

6.3 Den medizinischen Akten kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfallereignis vom 9. September 2011 vom 12. September 2011 - dem Datum der medizinischen Erstbehandlung - bis 2. Oktober 2011 zu 100 %, vom 3. bis 31. Oktober 2011 zu 20 %, vom 1. November 2011 bis 25. Dezember 2011 wieder zu 50 % und vom 2. Januar 2012 bis 31. März 2012 erneut zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben war. Gemäss den Ausführungen des behandelnden Arztes Dr. med. H.____, Facharzt für interventionelle Schmerztherapie und für Orthopädie, in den Berichten vom 2. Mai 2012 und 15. Juni 2012 konnte die Arbeitsfähigkeit per Ende März 2012 „wieder hergestellt werden". Die Versicherte sei als Verkäuferin und in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeits- und auch leistungsfähig.

6.4 Aus dem Gesagten folgt, dass in den vorliegenden Akten die letzte, auf das Unfallereignis vom 9. September 2011 zurückzuführende Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin per Ende März 2012 dokumentiert ist. Neuere Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen liegen keine vor. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Versicherte seit anfangs April 2012 wieder vollständig arbeitsfähig gewesen ist. Diese Feststellung deckt sich denn auch mit den Angaben des behandelnden Arztes Dr. H.____ in den erwähnten Berichten vom 2. Mai 2012 und 15. Juni 2012. Dazu kommt, dass auch die Beschwerdeführerin in ihrer Einsprache vom 9. Juli 2012 selber festgehalten hat, dass sie „wieder arbeiten" könne. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend geltend macht, sind unter diesen Umständen im Zeitpunkt der strittigen Leistungseinstellung (25. Mai 2012) medizinische Massnahmen zur Wiederherstellung oder Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht (mehr) in Betracht gekommen. Somit ist bereits aus diesem Grund - auch darin ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten - nach der geschilderten Rechtsprechung keine namhafte Besserung im Rechtssinne mehr zu erwarten und der medizinische Endzustand erreicht gewesen.

6.5 Nichts zu ihren Gunsten ableiten kann die Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit der strittigen Leistungseinstellung mit dem Einwand, dass sie auch nach Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit immer unter Restbeschwerden gelitten habe. Aus den Akten ist allerdings nicht ersichtlich, dass sich die Versicherte nach Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit deswegen noch schmerztherapeutischen Massnahmen unterzogen hätte. Insbesondere lässt sich dem Schreiben von Dr. H.____ vom 15. Juni 2012 nichts Derartiges entnehmen. Aber selbst wenn im damaligen Zeitpunkt noch eine regelmässige schmerztherapeutische Behandlung stattgefunden hätte, könnte daraus im vorliegenden Fall noch keine weitere Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin abgeleitet werden. Eine solche wäre höchstens dann zu bejahen, wenn damals von der Fortsetzung einer regelmässigen Behandlung eine weitere namhafte Verbesserung des unfallbedingt beeinträchtigten Gesundheitszustandes hätte erwartet werden können. War dies - wie hier - nicht der Fall, sondern hätten therapeutische Massnahmen nach Wiedererlangung der vollständigen Arbeitsfähigkeit höchstens noch dazu gedient, allfällige Schmerzen zu lindern und die erreichte Stabilisierung des Gesundheitszustandes zu erhalten, so wäre die Übernahme der entsprechenden Behandlungskosten nicht (mehr) in den Zuständigkeitsbereich des Unfallversicherers, sondern in denjenigen des obligatorischen Krankenpflegeversicherers gefallen.

6.6 Zusammen mit ihrer Replik hat die Beschwerdeführerin zwei neuere Berichte des Spitals I.____ vom 19. November 2012 und vom 29. Dezember 2012 eingereicht. Daraus kann sie vorliegend ebenfalls nichts zu ihren Gunsten ableiten. Dem ausführlicheren Schreiben vom 19. November 2012 ist zu entnehmen, dass bei der Versicherten nunmehr Beschwerden im Bereich der rechten Schulter im Vordergrund stehen. Diese sind offenbar auf einen weiteren Unfall vom 16. Juli 2012 zurückzuführen. Die therapeutischen Massnahmen, die zur Behandlung der Folgen dieses neuen Ereignisses erforderlich sind, stehen in keinem Zusammenhang mit dem früheren Unfall vom 9. September 2011. Sie sind deshalb bei der Beurteilung der vorliegend strittigen Leistungseinstellung gänzlich ausser Acht zu lassen.

6.7. Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass die Beschwerdegegnerin berechtigt war, die für die Folgen des Unfallereignisses vom 9. September 2011 erbrachten vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggelder) per 25. Mai 2012 einzustellen.

7.1 Mit dem in Bezug auf die vorübergehenden Leistungen erfolgten Fallabschluss stellt sich an und für sich die weitere Frage, ob allenfalls ein Anspruch der versicherten Person auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung besteht (vgl. die in BGE 137 V 199 ff. nicht publizierte E. 3 des Urteils F. vom 1. Juni 2011, 8C_100/2011, und BGE 134 V 113 E. 3.2 in fine). Vorliegend war die Beschwerdeführerin rund sechseinhalb Monate nach dem Unfallereignis wieder zu 100 % arbeitsfähig, weshalb eine Rentenzusprache - und im Übrigen auch eine Integritätsentschädigung - nicht zur Diskussion stehen. Eine besondere Adäquanzprüfung - wie sie die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 25. Mai 2012 (noch) vorgenommen hat - erübrigt sich demnach.

7.2 Zusammenfassend ergibt sich, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 10. September 2012 im Ergebnis nicht zu beanstanden ist. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

8. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.