



Fall-Nr.: UV 2017/99
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 04.03.2019
Entscheiddatum: 04.03.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 04.03.2019

Art. 6 UVG: Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) mangels Kausalität zwischen fortdauernd beklagten Beschwerden und Unfällen. Verneinung einer schleudertraumaähnlichen Verletzung und einer psychischen Problematik. Selbst bei Annahme einer psychischen Problematik Verneinung der Adäquanz (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. März 2019, UV 2017/99).

Entscheid vom 4. März 2019

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin

Marie Löhner; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

UV 2017/99

Parteien



St.Galler Gerichte

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Jürg Jakob, rohner thurnherr

wiget & partner, Rosenbergstrasse 42b, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) war als Marketingangestellte der B.____ bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 23. August 2013 als behelmte Rollerfahrerin frontal mit



St.Galler Gerichte

einem Moped kollidierte (vgl. Suva-act. G 3.2/1, G 3.2/11, G 3.2/88-5). Die Versicherte wurde am Unfalltag ins Spital C.____ gebracht, wo die Ärzte der chirurgischen Klinik nach röntgenologischen Untersuchungen des Beckens, rechten Handgelenks, rechten Ellbogens, linken OSG und thorako-lumbalen Übergangs eine Contusio capitis und Commotio cerebri sowie ein Hochgeschwindigkeitstrauma mit/bei: Kontusion BWS, Kontusion Handgelenk rechts mit Verdacht auf nicht dislozierte Fraktur des Processus styloideus radii, Kontusion Ellbogen rechts, Kontusion Flanke rechts, Kontusion Knie links und multiplen Exkoriationen diagnostizierten. Die Versicherte wurde stationär aufgenommen und es wurden eine GCS-Überwachung sowie eine adäquate Schmerztherapie durchgeführt. Am 25. August 2013 wurde die Versicherte bei Attestierung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit bis 30. August 2013 aus dem Spital entlassen (Suva-act. G 3.2/10, vgl. auch Suva-act. G 3.2/6). Mit Schreiben vom 29. August 2013 sicherte die Suva der Versicherten die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zu (Suva-act. G 3.2/3).

A.b Während ihres Arbeitsverhältnisses bei der B.____ AG hatte die Versicherte bereits am 29. Januar 2013 einen Suva-versicherten Unfall erlitten. Sie war damals beim Snowboarden gestürzt und hatte sich eine Thoraxkontusion links zugezogen (Suva-act. G 3.1).

A.c Am 30. August 2013 (Suva-act. G 3.2/31), 11. sowie 16. September 2013 (Suva-act. G 3.2/32, G 3.2/35) wurde die Versicherte erneut im Spital C.____ untersucht, wobei am 11. September 2013 eine weitere Röntgenabklärung des Thorax durchgeführt worden war (Suva-act. G 3.2/32). Gleichentags hatten die Ärzte des Spitals C.____ muskuloskelettale, linksthorakale Schmerzen diagnostiziert (Suva-act. G 3.2/32) und am 16. September 2013 - zusätzlich zu den bereits gestellten Diagnosen - eine nicht dislozierte Fraktur des Processus styloideus rechts (Suva-act. G 3.2/35). Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit hatten sie bis 2. September 2013 verlängert und der Versicherten darauf bis 30. September 2013 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (Suva-act. G 3.2/9, G 3.2/12 f., G 3.2/15). Am 7. Oktober 2013 erneuerte der damalige Hausarzt,



St.Galler Gerichte

Dr. med. D.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, die 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. G 3.2/15). Ab 28. Oktober 2013 attestierte er eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. G 3.2/18, vgl. auch Suva-act. G 3.2/17), schrieb die Versicherte jedoch ab 7. November 2013 wegen einer massiven Schmerzzunahme und HWS-Blockade erneut zu 50% arbeitsunfähig (Suva-act. G 3.2/20 f., G 3.2/24 f.). Ab dem 21. November 2013 bestand wieder eine 75%ige Arbeitsfähigkeit (Suva-act. G 3.2/37).

A.d Am 9. und 18. September 2013 war die Versicherte auch durch Dr. med. E.____, Interventionelle Schmerztherapie FA, Zentrum für Wirbelsäulenmedizin, untersucht worden (Suva-act. G 3.2/33 f.), der eine MRT-Untersuchung der BWS in der F.____ veranlasst hatte. Die Untersuchung war am 13. September 2013 durchgeführt worden und hatte keine Hinweise auf eine posttraumatische Weichteil-/Wirbelkörperverletzung der BWS, jedoch eine Fehlhaltung mit leichtgradiger Kyphoskoliose und einen Zustand nach thorakalem Morbus Scheuermann gezeigt (Suva-act. G 3.2/16). Dr. E.____ hatte ein thorakales Schmerzsyndrom mit segmentaler Dysfunktion mit/bei 1. Status nach Snowboardsturz 29. Januar 2013 und 2. Status nach Motorradunfall Ende August 2013 diagnostiziert (Suva-act. G 3.2/33 f.).

A.e Anlässlich einer Besprechung mit der Suva am 29. Oktober 2013 berichtete die Versicherte, dass sich die Kopfschmerzen gebessert hätten und die Nackenschmerzen ganz weg seien. Sie habe aber noch täglich Kopfschmerzen. Auf Brustwirbelhöhe habe sie auf der linken Seite immer noch Schmerzen (Suva-act. G 3.2/19).

A.f Am 22. November 2013 veranlasste die Suva eine kreisärztliche Untersuchung (Suva-act. G 3.2/29), welche am 5. Dezember 2013 durch Kreisarzt Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie FMH, MAS Versicherungsmedizin, durchgeführt wurde. Dr. G.____ befand, dass spätestens 6 bis 9 Monate nach dem Trauma davon auszugehen sei, dass die Unfallfolgen ausgeheilt sein sollten. Bei persistierenden Beschwerden seien jedoch ein MRI der HWS sowie des Schädels mit SWI-Sequenzen sowie eine



neurologische Untersuchung durchzuführen (Suva-act. G 3.2/40). Im Dezember 2013 bestand weiterhin eine 75%ige Arbeitsfähigkeit (Suva-act. G 3.2/42, G 3.2/48).

A.g Nachdem die Versicherte weiterhin unter starken Kopf- und Rücken- bzw. Nackenschmerzen litt (Suva-act. G 3.2/43, G 3.2/45, G 3.2/51), veranlasste die Suva die kreisärztlich empfohlenen Untersuchungen (vgl. Bstb. A.f; Suva-act. G 3.2/45). Sie wurden am 10. Januar 2014 in der F.____ durchgeführt und ergaben unauffällige Befunde, speziell ohne Nachweis bildmorphologisch erfassbarer posttraumatischer Veränderungen (Suva-act. G 3.2/54).

A.h Am 24. Januar und 7. Februar 2014 folgten neurologische Untersuchungen durch Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie FMH. Der Neurologe diagnostizierte nach einer klinisch-neurologischen und einer EEG-Untersuchung ohne auffällige Befunde posttraumatisch persistierende Kopfschmerzen nach Schädelhirntrauma vom 23. August 2013 im Sinne eines chronifizierten Spannungskopfschmerzes und riet zu einer schmerzmodulierenden Behandlung mit Analgetika (Suva-act. G 3.2/58).

A.i Anlässlich einer Besprechung vom 12. März 2014 klagte die Versicherte immer noch über heftige Kopfschmerzen, die jedoch wegen der eingenommenen Medikamente nicht mehr so häufig seien. Die Rückenschmerzen auf Brustwirbelhöhe seien immer noch gleich stark (Suva-act. G 3.2/61). Während eines Auslandsaufenthalts der Versicherten vom 17. März bis 20. Juli 2014 ging die Suva von einer 100%ige Arbeitsfähigkeit aus (Suva-act. G 3.2/61, G 3.2/64, G 3.2/70). Ab 21. Juli 2014 arbeitete die Versicherte bei der B.____ AG zu 100%, dies trotz Schmerzen, die allerdings ein wenig besser geworden seien (Suva-act. G 3.2/76).



A.j Am 25. August 2014 wurde die Versicherte erneut durch Dr. E.____ untersucht, der seine Diagnose vom 9. und 18. September 2013 erneuerte. Im gleichentags erstellten Untersuchungsbericht hielt er unter anderem fest, es dominiere weiterhin eine mechanische segmentale Problematik des thorakolumbalen Übergangs bei ausgeprägter Streckhaltung der BWS und lokalen Irritationszonen sowie muskulären Befunden der paravertebralen Muskulatur (Suva-act. G 3.2/78).

A.k Anfang August 2014 hatte die Versicherte die wegen der Kopfschmerzen von Dr. H.____ verordnete Medikation (vgl. Suva-act. G 3.2/58, G 3.2/80) beendet. Nachdem sich die Schmerzen ca. 3 bis 4 Wochen später wieder gehäuft hatten, nahm die Versicherte die schmerzmodulierende Behandlung auf Anraten von Dr. H.____ wieder auf (Suva-act. G 3.2/83).

A.l In einer Kausalitätsbeurteilung vom 22. Dezember 2014 stellte Kreisärztin med. pract. I.____, Chirurgie FMH, fest, dass die Unfallkausalität beim Fehlen von strukturellen unfallbedingten Läsionen der aktuell noch beklagten Beschwerden als nicht mehr überwiegend wahrscheinlich zu betrachten sei (Suva-act. G 3.2/84).

A.m Am 4. Februar 2015 liess die Suva durch die AGU Zürich eine biomechanische Kurzbeurteilung vornehmen (Suva-act. G 3.2/92).

A.n Nachdem die Versicherte am 15. April 2015 mitgeteilt hatte, die Behandlung sei noch nicht abgeschlossen - zum einen sei sie gemäss der Verordnung von Dr. E.____ noch in der Physiotherapie, zum anderen nehme sie in Abmachung mit Dr. H.____ täglich Medikamente gegen die chronischen Kopfschmerzen und werde diesen Ende Mai 2015 wieder konsultieren (Suva-act. G 3.2/93) -, stellte Suva-Kreisarzt Dr. med. J.____ unter Hinweis auf die kreisärztliche Beurteilung vom 12. (richtig: 22.) Dezember



St.Galler Gerichte

2014 (Suva-act. G 3.2/84) fest, dass durch weitere Behandlungen mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes mehr erwartet werden könne (Suva-act. G 3.2/95). Suva-Kreisarzt Dr. med. K.____ bestätigte die Feststellung von Dr. J.____ unter Berücksichtigung eines Verlaufsberichts von Dr. H.____ vom 28. August 2015 (Suva-act. G 3.2/97, G 3.2/100) und nach einer Rückfrage bei Dr. H.____ (Suva-act. G 3.2/99 f.).

A.o Mit Verfügung vom 4. Februar 2016 eröffnete die Suva der Versicherten, dass die für die Folgen des Unfalls vom 23. August 2013 erbrachten Leistungen per 28. Februar 2016 eingestellt würden. Die aktuell noch geklagten Beschwerden seien organisch nicht hinreichend nachweisbar und die Adäquanz zwischen den Beschwerden und dem Unfallereignis vom 23. August 2013 sei mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Mangels Vorliegens adäquater Unfallfolgen bestehe auch kein Anspruch auf weitere Geldleistungen der Suva in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung (Suva-act. G 3.2/104).

B.

B.a Am 4. März 2016 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Jürg Jakob, St. Gallen, gegen die Verfügung vom 4. Februar 2016 Einsprache (Suva-act. G 3.2/108). Am 26. April 2016 reichte der Rechtsvertreter die Einsprachebegründung ein (Suva-act. G 3.2/112) und verwies darin auf einen Bericht von PD Dr. med. L.____, Chefarzt, Neurologie, Rehaklinik M.____, vom 25. Februar 2016 über eine neurologische Konsultation vom 24. Februar 2016 (Suva-act. G 3.2/107). Dr. L.____ erachte es als wichtig, den Fall nicht abzuschliessen und die Versicherte weiterhin auf ihrem Genesungsweg zu unterstützen. Es seien die zweite Untersuchung vom 10. Mai 2016 im M.____ sowie der Ausgang einer allfälligen stationären Schmerztherapie abzuwarten (Suva-act. G 3.2/112-13 f.).



St.Galler Gerichte

B.b Am 28. April 2016 befürwortete der kreisärztliche Dienst der Suva das Abwarten des Untersuchungsberichts der Rehaklinik M.____ und hielt ausserdem fest, der in den Akten erwähnte Bagatellunfall beim Snowboard-Fahren im Jahr 2013 habe im aktuellen Fall überwiegend wahrscheinlich keinen Einfluss (Suva-act. G 3.2/113).

B.c Nach Kenntnisnahme des Untersuchungsberichts von Dr. L.____ vom 11. Mai 2016 bezüglich der neurologischen Konsultation vom 10. Mai 2016 (Suva-act. G 3.2/115) hielt Kreisarzt Dr. med. N.____, Facharzt für Chirurgie, spez. Allgemein- und Unfallchirurgie, am 17. Mai 2016 fest, dass die weitere Aktendokumentation an der Feststellung - es seien strukturell keine Unfallfolgen vorhanden - nichts ändere. Bei Vorliegen einer unterschiedlichen neurologischen Interpretation empfehle er jedoch die Einholung einer neurologischen Beurteilung durch die Abteilung Versicherungsmedizin der Suva (Suva-act. G 3.2/116). Diese wurde am 20. Juni 2016 durch Dr. med. O.____, Facharzt für Neurologie, Mitglied FMH, Leiter Fachgruppe Neurologie, vorgenommen (Suva-act. G 3.2/119).

B.d Mit Einspracheentscheid vom 23. Oktober 2017 wies die Suva die Einsprache vom 4. März 2016 ab (Suva-act. G 3.2/124).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 23. Oktober 2017 erhob Rechtsanwalt Jakob für die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 21. November 2017 Beschwerde mit den Anträgen, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien für die Folgen des Unfallereignisses vom 23. August 2013 über den 28. Februar 2016 hinaus die gesetzlichen Versicherungsleistungen auszurichten. Eventualiter sei die Frage der Unfallkausalität der persistierenden Gesundheitsbeeinträchtigungen der Beschwerdeführerin durch ein unabhängiges Gutachten zu klären, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1).



C.b Mit Beschwerdeantwort vom 19. Dezember 2017 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 23. Oktober 2017 (act. G 3).

C.c Mit Replik vom 14. Februar 2018 hielt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin an den gestellten Anträgen fest (act. G 7) und reichte weitere Unterlagen ein (act. G 7.1 f.).

C.d Mit Duplik vom 15. März 2018 bestätigte die Beschwerdegegnerin ihrerseits ihr Rechtsbegehren (act. G 9).

Erwägungen

1.

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden, nachdem der Streitigkeit Ereignisse aus dem Jahr 2013 zu Grunde liegen (siehe Erwägung 2), die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen

Anwendung.



2.

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 23. Oktober 2017 (Suva-act. 3.2/124). Diesem liegt die Verfügung vom 4. Februar 2016 (Suva-act. 3.2/104) zu Grunde. Die Verfügung - wie auch der angefochtene Einspracheentscheid - befassen sich mit der Frage eines Leistungsanspruchs über den 28. Februar 2016 hinaus, wobei dieser von der Beschwerdegegnerin grundsätzlich in Bezug auf den Roller vom 23. August 2013 und nicht hinsichtlich des Snowboardunfalls vom 29. Januar 2013 (Suva-act. G 3.1) geprüft wurde. Die Akten des Schadenfalls vom 29. Januar 2013 liegen vor. Bezüglich beider Unfälle bestand eine Versicherungsdeckung bei der Beschwerdegegnerin. Diese hat unbestrittenermassen im Zusammenhang mit beiden Unfallereignissen Ansprüche der Beschwerdeführerin auf vorübergehende Leistungen anerkannt und grundsätzlich bis 28. Februar 2016 Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen erbracht (vgl. act. G 3.1/1, act. G 3.2/3). Ob in Bezug auf den Unfall vom 29. Januar 2013 die Leistungen bereits vor dem Unfall vom 23. August 2013 eingestellt worden sind, kann den Akten nicht entnommen werden. Jedenfalls hätte jedoch im Zeitpunkt des Unfalls vom 23. August 2013 eine allfällige formlose Leistungseinstellung - eine Leistungseinstellungsverfügung (vgl. Art. 49 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) ist nicht aktenkundig (act. G 3.1) - noch keine rechtliche Wirksamkeit erreicht (vgl. dazu BGE 134 V 152 f. E. 5.3.2; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 51 N 8 und N 26). Unbestritten ist sodann, dass bei der Beschwerdeführerin infolge des Unfalls vom 29. Januar 2013 eine Thoraxkontusion (Suva-act. G 3.1), nach dem Unfall vom 23. August 2013 hingegen eine BWS-Kontusion (Suva-act. G 3.2/10) diagnostiziert wurde. Auch nach dem Unfall vom 23. August 2013 litt die Beschwerdeführerin jedoch unter Schmerzen im thorakalen Bereich (vgl. Suva-act. G 3.2/34: Diagnose thorakales Schmerzsyndrom). Vor diesem Hintergrund ist mithin die Frage nach dem Anspruch auf Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit beiden Unfällen zu prüfen. Ein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen gegenüber der Beschwerdegegnerin wäre unabhängig von einer allfälligen Teilursächlichkeit des Unfalls vom 29. Januar 2013 zu bejahen, sollte die nachfolgende Beurteilung ergeben, dass bei der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch natürlich und adäquat unfallkausale Folgen mit Bezug



auf den Unfall vom 23. August 2013 vorhanden waren (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 5.).

3.

3.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) sind einzustellen und der Anspruch auf eine Invalidenrente zu prüfen, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG). Die Integritätsentschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG). Das Erreichen des medizinischen Endzustands bildet demgemäss in Nachachtung des Eingliederungsgrundsatzes die Voraussetzung für die Prüfung der Rentenfrage und der Integritätsentschädigung. Angesichts des Gesagten besteht ein Endzustand in einem Gesundheitszustand, der sich jedoch zumindest im Zeitpunkt der Rentenprüfung (Art. 19 Abs. 1 oder Art. 19 Abs. 3 UVG) als stabil bzw. beständig darstellen muss. Dies in dem Sinn, dass Invalidität die voraussichtlich bleibende und längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ist (Art. 8 Abs. 1 ATSG).

3.2 Angesichts der in Erwägung 3.1 angeführten gesetzlichen Bestimmungen besteht ausserdem eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur für Gesundheitsschäden,



die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.).

3.3

3.3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers endet, wenn der Unfall nicht mehr eine natürliche und adäquate Ursache der fortdauernden Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58). Da es sich dabei 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2017, 8C_766/2016, E. 2.2). Allerdings greift die vorgenannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 55; BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 1).



3.3.2 Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfall ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 21. August 2015, 8C_331/2015, E. 2.2.3.1). Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30). 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung 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 die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Insofern sind auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, beweistauglich. Bestehen indessen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3; BGE 125 V 352 E. 3; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.).

3.3.3 Bei Unfällen mit klar ausgewiesenen organischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres sowohl bezüglich vorübergehender als auch dauerhafter Gesundheitsschäden zu bejahen (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) nachweisbar, ist betreffend Dauerschäden (Invalidität und Integritätsschaden) eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma



äquivalente Verletzung oder ein Schädelhirntrauma (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 1. Juni 2016, 8C_12/2016, E. 7.1 mit Hinweisen; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa (sogenannte "Psycho-Praxis") zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen dagegen, dass eine versicherte Person eine der erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar (teilweise) vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien (sogenannte "Schleudertrauma-Praxis"). Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b).

3.4 Bei fehlender natürlicher und adäquater Kausalität zwischen einem Unfall und fortdauernd geklagten Beschwerden entfällt zum Vornherein ein weiterer Anspruch auf Heilbehandlung und Taggeld. Die Leistungseinstellung erfolgt diesfalls ohne Prüfung des Erreichens des medizinischen Endzustands gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG (vgl. Erwägung 3.1) und es muss deshalb auch nicht mehr geprüft werden, ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 116 V 44 E. 2c; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Bern 1089. S. 274). Dem Gesagten kommt insbesondere in Bezug auf organisch objektivierbare Unfallfolgen Bedeutung zu, wo sich der Zeitpunkt des Erreichens des medizinischen Endzustands in der Regel zuverlässig beurteilen lässt (vgl. SVR 2007 UV Nr. 29 S. 99, E. 3.1, U 98/06). Sind hingegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) nachweisbar und hat die versicherte Person ein Schleudertrauma oder eine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 6.1),



wobei nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (vgl. BGE 117 V 367 E. 6.a), liegt der Fokus auf den Voraussetzungen für das Ende des Anspruchs auf Heilbehandlung und Taggeld (Art. 19 Abs. 1 UVG). Hat der Unfallversicherer die vorübergehenden Leistungen mit Blick auf das Erreichen des medizinischen Endzustands zu Recht eingestellt, folgt erst hinsichtlich der Ansprüche auf die Dauerleistung Rente oder eine Integritätsentschädigung die Prüfung, ob zum Zeitpunkt der Einstellung der vorübergehenden Leistungen noch adäquat unfallkausale Restfolgen in Form eines Dauerschadens (Invalidität und Integritätsschaden) vorhanden sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. Dezember 2017, 8C_254/2017, E. 4.3). Eine Adäquanzprüfung nach Massgabe der in BGE 115 V 133 begründeten Rechtsprechung zu den psychogenen Unfallfolgen bzw. der sogenannten "Psycho-Praxis" ist im Zeitpunkt des Dahinfallens der kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines somatischen Gesundheitsschadens oder des Erreichens des medizinischen Endzustands der physischen Unfallverletzungen vorzunehmen. Dies ergibt sich daraus, dass die psychischen Beschwerden im Rahmen der Adäquanzbeurteilung gemäss "Psycho-Praxis", wo es gerade um die Beurteilung der Unfallkausalität psychischer Beschwerden geht, auszuklammern und nur die physischen Unfallfolgen zu berücksichtigen sind (BGE 134 V 109 E. 6.1).

4.

4.1 Vorerst ist zu prüfen, ob zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 28. Februar 2016 noch organisch objektivierbare Unfallfolgen vorhanden waren, welche die fortdauernd geklagten Beschwerden verursachen konnten. Die Beschwerdeführerin litt im Zeitpunkt der Leistungseinstellung unbestrittenermassen nur noch unter Kopfschmerzen, Rückenschmerzen auf Höhe BWS sowie unter thorakalen Schmerzen. Unfallrestfolgen bzw. Leistungsansprüche in Bezug auf die beim Unfall erlittenen Kontusionen im Bereich des rechten Handgelenks und Ellbogens, der rechten Flanke und des linken Knies, sowie bezüglich der nicht dislozierten Fraktur des Processus styloideus radii rechts stehen unstreitig nicht zur Diskussion. Diese Verletzungen sind verheilt.



4.2 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, EEG) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]).

4.3 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin anerkennt, dass die in Folge des Unfalls vom 23. August 2013 erstellten Röntgenbilder des Thorax vom 11. September 2013 (Suva-act. G 3.2/32) sowie das MRT der BWS vom 13. September 2013 (Suva-act. G 3.2/16) keine traumatischen Läsionen der Weichteil- und Wirbelkörper zu Tage förderten. Die Röntgenbilder der BWS vom 30. August 2013 hatten ebenfalls keine strukturelle Verletzung zur Darstellung gebracht (Suva-act. G 3.2/31). Als Befunde wurden hingegen eine Fehlhaltung mit leichtgradiger Kyphoskoliose sowie ein Zustand nach thorakalem Morbus Scheuermann erhoben (Suva-act. G 3.2/16, G 3.2/31), wobei es sich unbestrittenermassen und auch mit Blick auf die medizinische Literatur nicht um solche durch ein Trauma verursachte strukturelle Läsionen handelt (vgl. dazu ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 811, 821 ff., 827 ff.; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1062, 1647 f., 1715; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 1006, 1604 f., 1678). So spricht auch Dr. E.____ im Untersuchungsbericht vom 18. September 2013 von einer vorbestehend ungünstigen Statik (Suva-act. G 3.2/33). In Bezug auf das Unfallereignis vom 29. Januar 2013 ist keine radiologische Untersuchung des Thorax aktenkundig. Offenbar wurde eine strukturelle Unfallläsion nie in Erwägung gezogen (act. G 3.1). Ein überwiegend wahrscheinlicher Beweis für einen unfallbedingten organisch-strukturellen Befund über das Datum der Leistungseinstellung hinaus kann



sodann auch nicht in der von Dr. E.____ im Untersuchungsbericht vom 18. September 2013 (act. G 3.2/33) gestellten Diagnose eines thorakalen Schmerzsyndroms gesehen werden. Bei einem Syndrom handelt es sich um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster", manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Zur entsprechenden Diagnose führt somit eher das vom jeweiligen Patienten subjektiv angegebene "Symptommuster" als ein objektiv erhobener organischer Befund (vgl. dazu ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 1791). Muskuläre Befunde bzw. muskuloskeletale Schmerzen wie Myogelosen - wie sie von den Ärzten des Spitals C.____ am 11. und 16. September 2013 (Suva-act. G 3.2/32, G 3.2/35) und von Dr. E.____ am 25. August 2014 erhoben wurden (Suva-act. G 3.2/78) - können für sich allein ebenfalls nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen betrachtet werden. Gleiches gilt für eine Streckhaltung der BWS (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008, mit zahlreichen Hinweisen, sowie vom 7. Februar 2008, U 13/07, E. 3.2 und 3.3). Schliesslich können nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) auch Schmerzangaben der versicherten Person für die Annahme struktureller Unfallrestfolgen nicht genügen; vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass Schmerzangaben durch damit korrelierende, schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind, andernfalls sich eine rechtsgleiche Beurteilung der Leistungsansprüche nicht gewährleisten liesse (Urteil vom 9. Oktober 2001, I 382/2000, E. 2b, vgl. auch Urteil vom 12. März 2004, I 683/2003, E. 2.2.2). Wie dargelegt ist diese Gegenseitigkeit im vorliegenden Fall nicht gegeben. Der Feststellung von Kreisärztin med. pract. I.____ (Suva-act. G 3.2/84) und Kreisarzt Dr. N.____ (Suva-act. G 3.2/116) - es würde an unfallbedingten strukturellen Läsionen fehlen - kann damit gefolgt werden.

4.4 Wie bereits erwähnt leidet die Beschwerdeführerin seit dem Unfall vom 23. August 2013 unter anhaltenden Kopfschmerzen, womit sich die Frage nach einer strukturellen Hirnverletzung stellt. Das Ergebnis der in der F.____ am 10. Januar 2014 durchgeführten MRT-Untersuchung des Neurocraniums war indessen unauffällig, speziell ohne Nachweis bildmorphologisch erfassbarer posttraumatischer Veränderungen (Suva-act.



3.2/54). Auch die klinisch-neurologische- sowie die EEG-Untersuchung vom 24. Januar 2014 durch Dr. H.____ ergab gänzlich unauffällige Befunde (Suva-act. G 3.2/58). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hält zwar in der Beschwerde vom 21. November 2017 (act. G 1) zutreffend fest, dass eine Schädelprellung sowie ein Schädel-Hirntrauma - welche sowohl von den Ärzten des Spitals C.____ (Suva-act. G 3.2/10, G 3.2/31; Contusio capitis bzw. Commotio cerebri) als auch von Dr. H.____ (Suva-act. G 3.2/58) diagnostiziert wurden - Kopfverletzungen darstellen, diese aber im Regelfall keine Langzeitbeschwerden zur Folge haben (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 5.1).

4.5 Nach dem Gesagten steht fest, dass die Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anlässlich der Unfälle vom 29. Januar und 23. August 2013 keine klar ausgewiesene neue, bleibende, allenfalls schlecht verheilte Läsion im Bereich der BWS bzw. des Thorax und im Bereich des Kopfs erlitten hat.

5.

5.1 In den medizinischen Akten wurden allerdings nach den Unfällen vom 29. Januar und 23. August 2013 unstrittig organische Körperschädigungen - Kontusionen sowie eine Commotio cerebri (= leichtes Schädelhirntrauma, Gehirnerschütterung) - diagnostiziert (Suva-act. G 3.1/3, G 3.2/10, G 3.2/31, G 3.2/35; vgl. PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 351), bezüglich welcher es zu prüfen gilt, ob sie bis zur Einstellung der vorübergehenden Versicherungsleistungen per 28. Februar 2016 vollständig abgeheilt waren.

5.2 Bei einer Kontusion handelt es sich grundsätzlich um eine Weichteilverletzung ohne strukturelle Läsion. Ihre Diagnose drückt eine direkte stumpfe schädigende Gewalteinwirkung, wie ein Schlag oder Aufprall, durch einen Unfall aus, die insbesondere anhand klinischer Befunde - wie Hämatome, Schwellung,



Druckdolenzen, Bewegungseinschränkungen, Muskelverhärtungen - objektiviert wird. Auch bei einer Commotio cerebri bzw. einem leichten Schädelhirntrauma zeigt sich kein morphologisch fassbares Substrat, d.h. keine anatomische Veränderung (PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 351; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 353). Es entspricht einer medizinischen Erfahrung, dass Kontusionen ohne strukturelle Läsionen normalerweise innert kurzer Zeit abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden. Ebenso ist eine Hirnfunktionsstörung infolge eines leichten Schädelhirntraumas voll reversibel (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 412; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 351, 981; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 353, 357). Dass es zu keiner Besserung kommt, ist für eine traumatische Genese untypisch und weist auf andere Ursächlichkeiten hin (GERHARD JENZER, Klinische Aspekte bei HWS-Belastungen durch Kopfanprall oder Beschleunigungsmechanismus; Grenzbereich zum leichten Schädel-Hirn-Trauma, SZS 1996, S. 469 mit Hinweis auf S. 463). Der vorgenannte medizinische Erfahrungssatz darf im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden (LOCHER/GÄCHTER, a.a.O., § 70 N. 58 f.). Dies hat insbesondere für den Nachweis des Dahinfallens natürlich kausaler Unfallfolgen zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, welcher sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). Auch ohne Veränderung bzw. Besserung der klinischen Befundsituation kann ab einem bestimmten Datum von einem Dahinfallen der Unfallfolgen ausgegangen werden bzw. können fortdauernde Beschwerden aufgrund der obgenannten medizinischen Erfahrungstatsache eben nicht mehr auf den Unfall zurückgeführt werden. Ödeme oder eine Schwellung im Bereich des Kopfs und des Thorax bzw. der BWS der Beschwerdeführerin sind in den medizinischen Akten zumindest nicht vermerkt (vgl. insbesondere UV-act. 3.2/10-3 f.; vgl. auch act. G Ziff. 22. a.).

5.3 Kreisarzt Dr. G.____ geht im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 5. Dezember 2013 von einer Heilung der Kontusionsfolgen spätestens nach 6 bis 9 Monaten aus, wobei er offensichtlich auf die von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung übernommene medizinische Erfahrung bezüglich traumatischer Verschlimmerungen degenerativer Erkrankungen der Wirbelsäule abstellt (vgl. Urteil des Bundesgerichts



vom 28. Februar 2007, U 357/06, E. 4.6; Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur). Bezüglich einer Commotio cerebri wird von Seiten der medizinischen Forschung festgehalten, dass der typische posttraumatische Verlauf nach einer solchen Verletzung einer Erholung innert sechs bis zwölf Wochen entspreche (JENZER, a.a.O., S. 462 ff. und insbesondere S. 467). Dr. O. ___ legte sodann in seiner neurologischen Beurteilung vom 26. Juni 2016 dar, dass akute posttraumatische Kopfschmerzen nach einer leichten traumatischen Hirnverletzung eine gute Prognose hätten und durch einen Decrescendoverlauf charakterisiert seien. Mit zunehmendem zeitlichen Abstand zum Ereignis würden die unfallbedingten Faktoren immer mehr in den Hintergrund treten und unfallfremde Faktoren an Bedeutung für die Ursache per se unspezifischer Kopfschmerzen gewinnen. Ein erklärendes pathophysisches Konzept für persistierende posttraumatische Kopfschmerzen nach einer leichten traumatischen Hirnverletzung sei bis heute nicht identifiziert worden (vgl. dazu auch JENZER, a.a.O., S. 469 mit Hinweis auf S. 463; vgl. auch BOGDAN P. RADANOV, Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, in: SZS 1996 S. 471 ff. und S. 475). Im konkreten Fall stellte die Beschwerdeführerin die Leistungen sogar erst per Ende Februar 2016, also zweieinhalb Jahre nach dem Unfall vom 23. August 2013, ein.

5.4 Medizinische Erfahrungssätze beziehen sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. In den vorliegenden Akten finden sich keine Hinweise, welche bezüglich des Heilungsverlaufs der von der Beschwerdeführerin bei den Unfällen vom 29. Januar und 23. August 2013 erlittenen Kontusionsverletzung im Bereich der BWS bzw. des Thorax und des Schädels sowie der Commotio cerebri auf einen Ausnahmefall hinweisen.



5.5 Überzeugend erscheint zunächst die Einstufung des Unfalls vom 29. Januar 2013 als banal. Eine Arbeitsunfähigkeit ist, wie von der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 19. Dezember 2017 bemerkt (act. G 3) und vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin anerkannt (vgl. act. G 7 III./2.), nicht ausgewiesen. Seine Aussage in der Replik vom 14. Februar 2018 (act. G 7 III./2.), der Sturz habe eine mehrere Monate andauernde therapeutische Behandlung indiziert und die Beschwerden im Thoraxbereich seien im Zeitpunkt des Rollers vom 23. August 2013 noch nicht vollständig abgeklungen gewesen, lässt sich anhand der Akten nicht verifizieren (Suva-act. G 3.1). Ausgewiesen ist einzig eine durch Dr. D.____ am 8. Mai 2013 ausgestellte Physiotherapieverordnung für 9 Behandlungen (act. G 3.1/3). Nach dem Unfall vom 23. August 2013 wurde zwar im Zusammenhang mit der Diagnose eines thorakalen Schmerzsyndroms auf den Snowboardsturz vom 29. Januar 2013 hingewiesen, dies jedoch einzig im Rahmen einer Statusdiagnose (Suva-act. G 3.1/4, Suva-act. G 3.2/33 f., G 3.2/78, G 3.2/85). Damit wird lediglich ausgesagt, auf welchen Umstand der heutige Zustand zurückzuführen ist. Ein Andauern von Unfallrestfolgen wird damit nicht erklärt.

5.6 Beim Rollerunfall vom 23. August 2013 zog sich die Beschwerdeführerin Verletzungen mehrerer Körperregionen, jedoch - abgesehen von einer nicht dislozierten Fraktur des Processus styloideus radii rechts - keine strukturellen oder sonstwie schweren Verletzungen zu. Die echtzeitlichen, aber auch die späteren Befundergebnisse im Bereich des Thorax und der BWS zeigten sich - sofern sie überhaupt auffällig waren - im Rahmen einer absolut normalen Kontusionsverletzung und auch das Schädelhirntrauma war - wie bereits erwähnt - leicht (vgl. Suva-act. G 3.2/10, G 3.2/31 ff., G 3.2/35, G 3.2/40). Die vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 21. November 2017 (act. G 1) und der Replik vom 14. Februar 2018 (act. G 7) beschriebene Unfallsituation - die Beschwerdeführerin sei mit 70 km/h ungebremst und frontal mit einem Mofalenker kollidiert, wodurch es sie kopfüber aus dem Sattel gehoben habe und sie in Fahrtrichtung ca. 8-10 Meter weiter vorne auf die Strasse aufgeschlagen sei - klingt zwar dramatisch. Doch handelt es sich dabei um nicht nachgewiesene, subjektive Schilderungen der Beschwerdeführerin (Suva-act. G 3.2/11, G 3.2/88). In der



biomechanischen Kurzbeurteilung der AGU vom 4. Februar 2015 (Suva-act. G 3.2/92) steht geschrieben, es könnten keine Angaben zur Bewegung der Beschwerdeführerin im weiteren Verlauf mit ausreichender Sicherheit gemacht werden. P.____ beschrieb am 10. Dezember 2017 ohne konkrete Distanzangabe, der Roller habe einige Meter von der Beschwerdeführerin entfernt in der Wiese gelegen (act. G 7.2). Den Unfall selbst hatte er nicht verfolgt. Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass Motorräder nach einem Sturz häufig vom Fahrer bzw. der Fahrerin fortgeschleudert werden. Im Übrigen sind die äusseren Umstände eines Unfalls nicht immer mit den konkreten Unfallfolgen konkludent. Die Beschwerdeführerin hatte offensichtlich Glück im Unglück. Zu beurteilen gilt es den konkreten Unfall, der keine Hinweise auf einen Ausnahmefall hinsichtlich des Heilverlaufs enthält.

5.7 Hauptsächlich aber in Würdigung der für die Beurteilung natürlich kausaler organischer Unfallrestfolgen bedeutsamen ärztlichen Feststellungen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. August 2015, 8C_331/2015, E. 2.2.3.1) ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kein Ausnahmefall anzunehmen und von einer Heilung der Unfallverletzungen spätestens per Datum der Leistungseinstellung vom 28. Februar 2016 auszugehen.

5.8 Dr. E.____ bemerkte in Bezug auf das thorakale Schmerzsyndrom bereits im Untersuchungsbericht vom 18. September 2013 (Suva-act. G 3.2/33), dieses sei sehr lokalisiert und könne am ehestens im Rahmen einer segmentalen Dysfunktion nach zweimaligem Trauma der BWS und vorbestehend ungünstiger Statik mit leichter Kyphoskoliose sowie einem Status nach leichtem Morbus Scheuermann begründet werden. Im Untersuchungsbericht vom 9. September 2013 hatte Dr. E.____ ausserdem von Schmerzen vom mechanischen Typ gesprochen (Suva-act. 34). Unter Hinweis auf Dr. E.____ stellte sich auch Dr. G.____ im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 5. Dezember 2013 auf den Standpunkt, die thorakalen Schmerzen seien vor allem statisch zu erklären (Suva-act. G 3.2/40-4). Im Untersuchungsbericht vom 25. August 2014 wiederholte Dr. E.____, dass weiterhin eine mechanische segmentale Problematik



des thorakolumbalen Übergangs dominiere, dies bei ausgeprägter Streckhaltung der BWS und lokalen Irritationszonen sowie muskulären Befunden der paravertebrenalen Muskulatur (Suva-act. G 3.2/78). Den Beurteilungen von Dr. E.____ und Dr. G.____ zufolge liegt die Ursache der Thorax- bzw. BWS-Beschwerden nicht mehr überwiegend wahrscheinlich in den Unfällen. Bei der ungünstigen Statik mit leichter Kyphoskoliose und dem Status nach leichtem Morbus Scheuermann handelt es sich unstreitig um Vorzustände und auch in den weiteren ärztlichen Schmerzdefinitionen (mechanisch, muskulär, Dysfunktion) kann keine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität gesehen werden (betreffend muskuläre Befunde vgl. Erwägung 4.3). Es handelt sich dabei lediglich um Umschreibungen des Schmerzes, welche keine Grundlagen für die Kausalitätsbeurteilung beinhalten. Für eine Unfallkausalität sprechen sich die Ärzte nicht konkret aus. Angesichts des wiederholten Hinweises des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 21. November 2017 - im Vordergrund würden vor allem die persistierenden Kopfschmerzen stehen, auf diesen liege der Fokus (act. G 1) - stellt sich überhaupt die Frage, inwieweit die Beschwerdeführerin tatsächlich noch unter Thorax- bzw. Rückenschmerzen auf Höhe BWS litt. Eine diesbezügliche Untersuchung bzw. Behandlung hat - abgesehen von der kreisärztlichen Untersuchung durch Dr. G.____ am 5. Dezember 2015 (Suva-act. G 3.2/40) - letztmals durch Dr. E.____ am 25. August 2014 stattgefunden. Dieser hielt damals fest, es bestehe keinerlei Indikation für ein chirurgisches Procedere, die Beschwerdeführerin werde sich bei Bedarf wieder melden, er denke aber, die Situation sollte sich nach ein bis zwei Physiotherapiesitzungen langsam bessern (Suva-act. G 3.2/78). In den nachfolgenden medizinischen Akten ist nur noch von den Kopfschmerzen die Rede.

5.9 Auch in Bezug auf die Kopfschmerzen belegen allerdings die ärztlichen Erklärungen keine überwiegend wahrscheinliche über den Leistungseinstellungszeitpunkt hinausgehende Unfallkausalität im Sinne eines abweichenden Heilverlaufs. Bereits im Untersuchungsbericht vom 9. Februar 2014 (Suva-act. G 3.2/58) und auch im Bericht vom 28. September 2014 (Suva-act. G 3.2/83) definierte Dr. H.____ die persistierenden Kopfschmerzen als chronifizierte Spannungskopfschmerzen. Er erklärte zwar im Untersuchungsbericht, er habe



gesamthaft keine Hinweise finden können, dass den Kopfschmerzen eine andere Ursache als das Schädelhirntrauma vom August 2013 zugrunde liegen würde (Suva-act. 3.2/58). Eine diesbezüglich schlüssige, nachvollziehbare Begründung ist dem Untersuchungsbericht jedoch nicht zu entnehmen. Seine Schlussfolgerung scheint damit massgeblich in der keinen genügenden Beweis für das Vorliegen unfallkausaler Restfolgen darstellenden zeitlichen Abfolge begründet, was sich in seiner Diagnose "Posttraumatisch persistierende Kopfschmerzen nach Schädelhirntrauma vom 23. August 2013 im Sinne eines chronifizierten Spannungskopfschmerzes" widerspiegelt (vgl. dazu ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 Fn. 1205; UELI KIESER, ATSG- Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 69 zu Art. 4; BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb). Bei einer Chronifizierung, die nach einem Unfall aufgetreten ist, der wie im konkreten Fall keine traumatische organisch-strukturelle Läsion verursacht hat (vgl. Erwägung 4), geht die medizinische Literatur davon aus, dass diese nicht auf eine ungenügende Gewebeheilung zurückzuführen ist, sondern dass andere, unfallfremde Gründe für den Schmerz verantwortlich sind. Im Verlauf einer Chronifizierung wird das Verhältnis zwischen organischem Gesundheitsschaden und erlebter Behinderung immer ungewisser. Andere Faktoren, wie zum Beispiel das Individuum selber mit seiner Psyche, die Arbeitsumstände bzw. eine körperlich belastende Tätigkeit, das soziale Umfeld, das medizinische und legale System sowie ökonomische Umstände spielen eine massgebende Rolle (vgl. BÄR/KIENER, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 vom Dezember 1994, S. 45 ff.). Gerade das Ursachenspektrum von Kopfschmerzen ist vielfältig und muss in keiner Weise in einem Unfall liegen. Der Spannungskopfschmerz gilt im Übrigen laut IHS-Klassifikation ICHD-II als primärer, nicht als sekundärer Kopfschmerz (beispielsweise als Folge eines Kopftraumas; vgl. PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 983, 1687; Internationale Klassifikation von Kopfschmerzerkrankungen, 3. Aufl. [nachfolgend: ICHD-3], Teil eins: Primärer Kopfschmerzerkrankungen, 2. Kopfschmerz vom Spannungstyp <<https://www.ichd-3.org/wp-content/uploads/2018/10/ICHD-3-Deutsche-%C3%9Cbersetzung-German-Translation-2018.pdf>>, abgerufen am 10. Januar 2019). Auch der Bericht von Dr. L.____ vom 25. Februar 2016 über die neurologische Konsultation vom 24. Februar 2016 (Suva-act. G 3.2/107) liefert über die blosse Diagnose posttraumatische Kopfschmerzen bei Status nach Rollerunfall vom August 2013 mit Armfraktur und leichtem Schädelhirntrauma hinaus keine weiteren Erkenntnisse. Zwar



klassiert Dr. L.____ die Kopfschmerzen anhand der Kriterien der Internationalen Kopfschmerzgesellschaft als posttraumatischen Kopfschmerz, legt jedoch in keiner Weise dar, inwiefern er die Kriterien mit Blick auf den vorliegenden Schadenfall als erfüllt betrachtet (vgl. ICHD-3, Teil zwei: Sekundäre Kopfschmerzerkrankungen; vgl. auch nachfolgende Erwägung 10.2.1). Laut Dr. O.____ spricht der wechselhafte Verlauf der Kopfschmerzen hinsichtlich Schmerzintensität verbunden mit insgesamt sekundärer Zunahme seit Beginn der neurologischen Behandlung im Februar 2014 gegen einen posttraumatischen Kopfschmerz (Suva-act. G 3.2/119-6; vgl. dazu Suva-act. G 3.2/58, G 3.2/60, G 3.2/83). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin sieht den wechselhaften Verlauf der Kopfschmerzen in den Versuchen begründet, die analgetische Behandlung mit Saroten abzubauen (act. G 1 Ziff. 22./e.). Dies ist zwar aktenkundig (Suva-act. G 3.2/83), ändert indessen nichts an den vorangehenden Ausführungen. Der wechselhafte Verlauf und dessen Begründung stehen für sich allein in keinem erkennbaren Zusammenhang zur Frage, ob die Kopfschmerzen unfallbedingt oder unfallfremd sind.

5.10 Die biomechanische Beurteilung der AGU vom 4. Februar 2015 (Suva-act. G 3.2/92) vermag eine längerdauernde Unfallkausalität der Thorax- bzw. BWS-Beschwerden und Kopfschmerzen ebenfalls nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu begründen. So weist die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 19. Dezember 2017 zutreffend darauf hin, dass sich die dortigen Ausführungen - aus biomechanischer Sicht ergebe sich, dass sich die anschliessend an das Ereignis bei der Beschwerdeführerin festgestellten von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall, wie im vorliegenden Fall, eher erklärbar seien - nur auf den Zeitraum von ungefähr 6 Monaten nach dem Unfall beziehen würden und ihnen nur vage, den erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht erreichende Angaben ("eher erklärbar"), zu entnehmen seien. Im Übrigen vermag zwar eine unfallanalytische oder biomechanische Analyse allenfalls gewichtige Anhaltspunkte zur - einzig mit Blick auf die Adäquanztprüfung relevanten - Schwere des Unfallereignisses zu liefern; sie bildet jedoch für sich allein in keinem Fall eine hinreichende Grundlage für die



Kausalitätsbeurteilung (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juli 2007, U 328/06, E. 8.2.2; Urteil des EVG vom 23. November 2006, E. 7.2.2; RKUV 2003 Nr. U 489 S. 357 E. 3.2).

5.11 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass angesichts der Darlegungen in den Erwägungen 5.3 bis 5.10 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass die bei den Unfällen vom 29. Januar 2013 und 23. August 2013 erlittenen Kontusionsverletzungen im Bereich des Thorax bzw. der BWS und des Schädels sowie die Commotio cerebri spätestens bis zur Einstellung der vorübergehenden Versicherungsleistungen per 28. Februar 2016 vollständig abgeheilt waren und deswegen eine natürliche Kausalität zwischen den fortdauernd geklagten Beschwerden und den fraglichen Unfällen im Sinn des Vorliegens von organischen Restfolgen der vorgenannten Verletzungen zu verneinen ist. Die Tatsache, dass Kopf-, Rücken- bzw. BWS- und Thoraxschmerzen körperlich wahrgenommen werden, bedeutet nicht zwangsläufig, dass eine physische Gesundheitsbeeinträchtigung oder gar eine fortdauernde Unfallverletzung vorliegen.

6.

Nachfolgend bleibt zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Leistungseinstellung allenfalls noch unter natürlich und adäquat kausalen nicht objektivierbaren organischen und/oder psychischen Unfallrestfolgen litt.

6.1

6.1.1 Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist bekannt, dass bei Schleudertraumaverletzungen sowie äquivalenten Verletzungen (u.a. Schädelhirntrauma, HWS-Distorsion; vgl. dazu RKUV Nr. 341 S. 408 E. 3b; BGE 117 V 369 E. 3) auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Der



Umstand, dass die für ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (wie Röntgen, MRT, CT, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 363 E. 5d/aa). Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 360 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 382 E. 4b). Dieses Beschwerdebild muss nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Es genügt, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS und bei einem Schädelhirntrauma zusätzlich Kopfschmerzen manifestieren (Urteile des Bundesgerichts vom 5. Januar 2009, 8C_413/2008, E. 5.2 mit zahlreichen Hinweisen, und vom 15. März 2007, U 258/06, E. 4.3; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e). Die anderen im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen.

6.1.2 Die Ärzte des Spitals C.____ diagnostizierten zwar eine Commotio cerebri und damit eine schleudertraumaähnliche Verletzung (Suva-act. G 3.2/10, G 3.2/31 f.). Die innerhalb einer Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden und auch später aktenkundige Beschwerdesymptomatik spricht allerdings gegen das Vorliegen einer durch den Unfall vom 23. August 2013 überwiegend wahrscheinlich verursachten schleudertraumaähnlichen Verletzung, insbesondere einer solchen mit Langzeitfolgen. In den in zeitlicher Nähe zum Unfall erstellten Berichten des Spitals C.____ vom 25. und 30. August sowie vom 11. September 2013 (Suva-act. G 3.2/10, G 3.2/31 f.) über die rund zwei Wochen nach dem Unfall erfolgte ärztliche Untersuchung werden Kopfschmerzen gar nicht erwähnt. Andere für ein Schädelhirntrauma typische



Beschwerden - zeitweilig sei ihr übel und schwindelig gewesen - werden nur einmal im Austrittsbericht vom 25. August 2013 (Suva-act. G 3.2/10), offenbar für die Zeit unmittelbar nach dem Unfall, genannt. Für die Zeit während der dreitägigen Hospitalisation sind sodann gar keine schädelhirntraumatischen Beschwerden mehr erwähnt. Diese Sachlage lässt eine schleudertraumatische Verletzung bereits als zweifelhaft erscheinen. Insbesondere auch die von Dr. O.____ in seiner neurologischen Beurteilung vom 20. Juni 2016 mit einer leichten traumatischen Hirnverletzung erklärten akut auftretenden Kopfschmerzen (Suva-act. G 3.2/119) sind damit nicht nachgewiesen. Das in den medizinischen Akten nachfolgend dokumentierte Beschwerdebild zeigt sich hinsichtlich seiner Bedeutsamkeit und Vielfalt ebenfalls wenig ausgeprägt. Die Beschwerdeführerin schilderte erstmals rund drei Wochen nach dem Unfall anlässlich der Abschlusskonsultation im Spital C.____ vom 16. September 2013, sie habe nur noch leichte Kopfschmerzen. Wann genau die Kopfschmerzen aufgetreten sind und in welcher Stärke lässt sich daraus nicht ableiten. Weitere Beschwerden wurden von der Beschwerdeführerin nicht angesprochen (Suva-act. G 3.2/35). Gegenüber Dr. E.____ beschrieb sie anlässlich der Untersuchungen vom 9. und 18. September 2013 überhaupt keine Kopfschmerzen oder andere schädelhirntraumatischen Beschwerden. Vielmehr wurde in Bezug auf die Untersuchung vom 18. September 2013 in der Anamnese festgehalten, das Beschwerdebild sei zwischenzeitlich stabil ohne Schmerzexazerbationen und ohne neue Beschwerden oder Symptome (Suva-act. G 3.2/33 f.). Bei den von der Beschwerdeführerin anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 5. Dezember 2013 (Suva-act. G 3.2/40) erwähnten verstärkt auftretenden Nackenverspannungen mit Ziehen ins Hinterhaupt, druckartigen, pochenden Kopfschmerzen im Bereich der Stirn und der teilweise auftretenden Übelkeit handelt es sich um eine konkret beschriebene, umfassende, jedoch erst nach einer mehrmonatigen Latenzzeit vorgebrachte Beschwerdesymptomatik. Rund ein halbes Jahr nach dem Unfall vom 23. August 2013 schilderte die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. H.____ erstmals auch noch initial auftretende kognitive Defizite mit Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen (Suva-act. G 3.2/58). Die genannten Beschwerden können angesichts der Ausführungen in Erwägung 6.1.1 nicht überwiegend wahrscheinlich dem Unfall vom 23. August 2013 zugeordnet werden. Laut Anamnese im Untersuchungsbericht von Dr. H.____ vom 9. Februar 2014 (Suva-act. G 3.2/58) sowie dem neurologischen Konsultationsbericht von



Dr. L.____ vom 25. Februar 2016 (Suva-act. G 3.2/107) sind zwar die Kopfschmerzen ca. 2 bis 3 Tage bzw. am 3. Tag nach dem Unfall aufgetreten und bestehen seither praktisch täglich. Damit könnte aber immer noch nicht von einer Häufung von Beschwerden, sondern nur von einem äusserst begrenzten Beschwerdebild gesprochen werden. Im konkreten Fall lag damit von Anfang an kein Beschwerdebild vor, welches den Schluss zulässt, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 23. August 2013 eine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten hat. Diesbezügliche Versicherungsleistungen über den Leistungseinstellungszeitpunkt hinaus fallen damit von vornherein ausser Betracht.

6.1.3 Dies ergibt sich auch mit Blick auf die höchstrichterliche Rechtsprechung, wonach ein Schädelhirntrauma die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nur dann rechtfertigt, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen einer Commotio und Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. August 2014, 8C_358/2014, E. 2.4.1, vgl. auch Urteile des EVG vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.1, und 6. Mai 2003, U 6/03). Die Schwere eines Schädelhirntraumas wird üblicherweise nach dem Punktwert in der Glasgow-Coma-Skala (GCS) eingeteilt. In dieser Skala erhalten der Patient oder die Patientin für bestimmte Reaktionen (wie Augenöffnen, Reaktionen auf Schmerzreize und sprachliche Äusserungen) eine Anzahl von Punkten, welche am Schluss addiert werden. Der schlechteste Wert beträgt 3, der beste 15. Von einem leichten Schädelhirntrauma spricht man bei einem GCS-Wert von 13 bis 15 (mittelschwer: 9 bis 13, schwer: 3 bis 8; vgl. PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 240 "Bewusstseinsstörung" und S. 673 f. "Glasgow Coma Scale"; Urteil des EVG vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.2). Dr. O.____ stellte in seiner neurologischen Beurteilung vom 20. Juni 2016 (Suva-act. G 3.2/119) anhand der Klassifikationskriterien für traumatische Hirnverletzungen nachvollziehbar und überzeugend fest, bei der Beschwerdeführerin könne höchstens eine leichte traumatische Hirnverletzung angenommen werden. Allerdings seien gemäss der medizinischen Dokumentation nicht alle diagnostisch notwendigen Kriterien für eine solche vorhanden (keine zuverlässig dokumentierte Bewusstlosigkeit, kein GCS < 15). Der stationäre Aufenthalt der Beschwerdeführerin im Spital C.____ umfasste eine GCS-Überwachung. Nachdem im



Austrittsbericht vom 25. August 2013 kein konkreter Wert angeführt wird (Suva-act. G 3.2/10), darf angenommen werden, dass keine relevante Beeinträchtigung messbar war. Die Beschwerdeführerin zeigte sich nämlich am Unfalltag beim Eintritt ins Spital wach und allseits orientiert (zeitlich, räumlich und örtlich) und auch die anderen Reaktionsprüfungen zeigten keinerlei Auffälligkeiten. Zumindest beim Spitaleintritt bestand damit keine Bewusstseinsstörung (Suva-act. G 3.2/10-3; vgl. dazu auch PSCHYREMBEL, a.a.O. S. 674). Entsprechend wurde die Diagnose einer *Commotio cerebri*, d.h. eines leichten Schädelhirntraumas, gestellt. Im Austrittsbericht (Suva-act. G 3.2/10) wurde ausserdem eine Bewusstlosigkeit explizit verneint und insbesondere auch in den Polizeiakten wird keine solche erwähnt (act. G 3.2/88). Nichts anderes ergibt sich aus der Schilderung des zeitweise an der Unfallstelle anwesenden P.____ vom 10. Dezember 2017 (act. G 7.2). Offenbar wird eine Bewusstlosigkeit auch vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers nur angenommen (vgl. act. G 1 Ziff. 22./d.). Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den anhaltenden Kopfschmerzen und dem Unfallereignis vom 23. August 2013 über den 28. Februar 2016 hinaus ist damit auch unter dem Gesichtspunkt der Klassifikationskriterien für Schädelhirntraumen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Eine Amnesie bzw. ein Gedächtnisverlust hinsichtlich des Unfallereignisses (vgl. act. G 1 Ziff. 22./b., Ziff. 22./d.) könnte an dieser Beurteilung nichts ändern.

6.2 Nachdem die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch über gesundheitliche Beschwerden klagt und sich auch eine psychische Gesundheitsstörung in körperlichen Beschwerden zeigen kann, bleibt das Vorliegen fortdauernder unfallkausaler psychischer Unfallfolgen zu prüfen. Den vorliegenden Akten sind keinerlei Hinweise auf eine psychische Problematik der Beschwerdeführerin zu entnehmen. Selbst wenn jedoch von einer psychischen Problematik und einer natürlichen Unfallkausalität derselben ausgegangen würde, wäre der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen, wie die diesbezüglichen Ausführungen im angefochtenen Einspracheentscheid (Suva-act. G 3.2/124), in der Beschwerdeantwort vom 19. Dezember 2017 (act. G 3) und in der Duplik vom 15. März 2018 (act. G 9) zeigen. Darauf wird verwiesen. Der Einwand des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, die Adäquanzkriterien der "Psycho-Praxis" seien im Sinne der



"Schleudertrauma-Praxis" neu zu fassen, vermag an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Die Adäquanzkriterien wären auch in diesem Fall nicht erfüllt, weil die psychischen Beschwerden auszuklammern wären und nur die physischen Unfallfolgen berücksichtigt werden könnten (BGE 134 V 109).

7.

Aufgrund der bereits durchgeführten, umfangreichen Untersuchungen ist dem Eventualantrag des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, die Frage der Unfallkausalität der persistierenden Gesundheitsbeeinträchtigungen sei durch ein unabhängiges Gutachten zu klären, nicht stattzugeben. Bei der vorliegenden Ausgangslage sind von 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, 134 I 148 E. 5.3 und 114 V 94 E. 4b).

8.

Zusammenfassend lässt sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 23. Oktober 2017 nicht beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist im Sinn der vorstehenden Erwägungen abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.



2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.