



Fall-Nr.: UV 2014/73
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 01.06.2016
Entscheiddatum: 01.06.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 01.06.2016

Art. 6 UVG: Verneinung natürlich kausaler somatischer Unfallrestfolgen sowie adäquat kausaler psychischer Unfallfolgen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. Juni 2016, UV 2014/73)Entscheid vom 1. Juni 2016

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichter Ralph Jöhl; Gerichtsschreiber Markus Jakob.

Geschäftsnr.

UV 2014/73

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Thomas Zogg, rechtsanwälte.og42,
Oberer Graben 42, 9000 St. Gallen,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Reto Bachmann, Lischer, Zemp & Partner,
Schwanenplatz 4, 6004 Luzern,

Gegenstand

Invalidenrente und Integritätsentschädigung

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) war als Verpackerin bei der B.____ AG angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 23. Oktober 2012 beim Hinuntersteigen von einer Beistelltreppe mit drei Tritten ausrutschte und auf das Gesäss fiel (Suva-act. 1; vgl. auch Suva-act. 9, 111/2). Die Erstbehandlung fand am 25. Oktober 2012 im Spital C.____ statt. Der zuständige Arzt diagnostizierte im Untersuchungsbericht vom 25. Oktober 2012 nach einer digitalen rektalen Untersuchung (DRU) und einer Röntgenuntersuchung des Beckens eine Fraktur des Os sacrum distal und attestierte der Versicherten bis 30. Oktober 2012 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 9). Die Weiterbehandlung erfolgte durch den Hausarzt Dr. med. D.____, Allgemeine Medizin FMH, konservativ medikamentös und mit Physiotherapie (Suva-act. 10, 13, 16). Die Suva erbrachte Taggeldleistungen und kam für die Heilungskosten auf (Suva-act. 3 f.).

A.b Im ärztlichen Zwischenbericht vom 5. Dezember 2012 beschrieb Dr. D.____ gegenwärtige hartnäckige Schmerzen sakral mit Ausstrahlung in beide Hüften, eine eingeschränkte Seitneigung nach links sowie eine Verkürzung der Hamstrings (Suva-act. 13). Am 10. Dezember 2012 nahm die Versicherte ihre Arbeit wieder zu 50% auf (Suva-act. 14). Wegen einer Schmerzexazerbation begab sie sich am 21. Februar 2013 erneut ins Spital C.____, wo ihr wiederum eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bis 25. Februar 2013 attestiert wurde (Suva-act. 25). Dr. D.____ verlängerte diese anlässlich einer Konsultation vom 25. Februar 2013 (Suva-act. 27). Ausserdem wies er die



Versicherte für eine MRT-Untersuchung des Beckens und der LWS dem Röntgeninstitut E.____ zu. Besagte Untersuchung fand am 27. Februar 2013 statt und zeigte einen diskreten Reizzustand des Os sacrum, eine bulging disc sowie eine moderate Spondylarthrose L4/5 und L5/S1. Nicht ausgemacht werden konnten eine kompressive Diskushernie und ein pelvines Hämatom (Suva-act. 28). Ab dem 5. März 2013 schrieb Dr. D.____ die Versicherte wieder zu 50% arbeitsfähig (Suva-act. 27). Am 18. März 2013 wurde sie in der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend: KSSG) klinisch untersucht. Deren Ärzte hielten im Untersuchungsbericht vom 21. März 2013 fortdauernde Druckschmerzen im Bereich der alten Sacrumfraktur fest, erachteten jedoch aus orthopädischer Sicht eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit als gegeben (Suva-act. 31). Dr. D.____ bestätigte der Versicherten weiterhin eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 35, 38, 42, 45, 50).

A.c Am 19. April 2013 wurde die Versicherte durch Dr. med. F.____, Neurochirurgie FMH, Zentrum G.____ untersucht, der hartnäckige sacrale Beschwerden bei einem Status nach Sacrum-Querfraktur am 25. (richtig: 23.) Oktober 2012 und aktuell einen Verdacht auf facettogene Schmerzen bei Lokalsyndrom mit Druck- und Klopfdolenz über den Facettengelenken LW3/4 bis lumbosacral beidseits diagnostizierte (Suva-act. 62).

A.d Am 6. Mai 2013 fand eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie FMH, statt. Die Versicherte klagte über persistierende Dauerschmerzen, hauptsächlich beim Sitzen, aber auch in beide Beine ausstrahlend. Dr. H.____ erhob objektiv einen starken Druckschmerz im Bereich des Os sacrum, ein beidseits positives Mennell-Zeichen sowie muskuläre Verspannungen im Bereich des thoracolumbalen Übergangs und veranlasste eine CT-Untersuchung des Beckens im Röntgeninstitut E.____ mit der Fragestellung „Fraktur knöchern konsolidiert? Anhalt für Pseudoarthrose? Sonstige pathologische Veränderung im Bereich des Beckens?“ (Suva-act. 54, 57). Die Untersuchung wurde am 14. Mai 2013 durchgeführt. Es zeigten sich eine knöchern konsolidierte Os sacrum Fraktur ohne Hinweise auf eine Pseudoarthrose, eine Subluxation des Steissbeinsegmentes 2/3, leichtgradige Spondylarthrosen sowie eine leichtgradige Arthrose der Symphyse (Suva-act. 57). Nun betrachtete Dr. H.____ am 4. Juni 2013 eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit als möglich



und empfahl unter Hinweis auf das Bekanntsein möglicherweise längere Zeit persistierender Schmerzen nach einer Sacrumfraktur eine sukzessive Steigerung um jeweils 10% in zweiwöchigen Abständen (Suva-act. 58). Die Beschwerdegegnerin teilte der Versicherten hierauf mit Schreiben vom 5. Juni 2013 mit, dass die Arbeitsfähigkeit ab 10. Juni 2013 auf 60% und ab 24. Juni 2013 auf 70 % festgelegt und das Taggeld auf dieser Basis ausgerichtet werde (Suva-act. 68, vgl. auch 71, 76). Mit Schreiben vom 1. Juli 2013 setzte die Suva die Versicherte darüber in Kenntnis, dass die Arbeitsfähigkeit ab 15. Juli 2013 auf 100% festgelegt werde. Bis dahin bestehe weiterhin eine 30%-ige Arbeitsunfähigkeit bzw. ein entsprechender Anspruch auf Taggelder. Per 15. Juli 2013 würden somit die Taggeldleistungen eingestellt. Für die Kosten der noch notwendigen Behandlung werde weiterhin aufgekommen (Suva-act. 77).

A.e Vom 12. bis 14. August 2013 bescheinigte Dr. D.____ der Versicherten wiederum eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit und ab 15. August 2013 eine solche von 50% (Suva-act. 84, 87). Am 20. August 2013 folgte durch die Arbeitgeberin der Versicherten eine als Rückfall bezeichnete Schadenmeldung zum Unfall vom 25. (richtig: 23.) Oktober 2012 (Suva-act. 85). Mit Schreiben vom 22. August 2013 forderte die Suva Dr. D.____ auf, seine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zu begründen (Suva-act. 88). Der Hausarzt erklärte am 26. August 2013, dass die Beschwerden am 16. August 2013 immer noch persistiert hätten und eine Arbeitsaufnahme zu 50% habe erfolgen können. Aufgrund des chronischen Verlaufs sei eine Anmeldung beim Schmerzzentrum des Spitals C.____ veranlasst worden. Es scheine ihm eine weitere kreisärztliche Untersuchung erforderlich (Suva-act. 89). Am 12. September 2013 erfolgte im Auftrag der Suva eine weitere MRT-Untersuchung der LWS im Röntgeninstitut E.____. Sie förderte die bulging disc L4/5 und L5/S1, mässige Spondylarthrosen sowie leichtgradige discoossäre foraminale Stenosen zutage. Eine Neurokompression konnte nicht ausgemacht werden und die Darstellung des Os sacrum war reizlos (Suva-act. 96). Am 18. September 2013 teilte die Suva der Versicherten die einstweilige Anerkennung einer 50%-ige Arbeitsunfähigkeit mit (Suva-act. 99). Am 18. September 2013 fand die hausärztlich gewünschte kreisärztliche Untersuchung durch med. pract. I.____, Fachärztin für Chirurgie FMH, statt. Im Untersuchungsbericht vom 19. September 2013 empfahl diese auch aus versicherungsmedizinischer Sicht die Belassung der Arbeitsfähigkeit bei 50% und brachte ihre Hoffnung zum Ausdruck, dass die



schmerztherapeutische Behandlung eine Verbesserung bringe. Einen Endzustand betrachtete med. pract. I.____ zurzeit nicht als gegeben (Suva-act. 100, vgl. auch Suva-act. 103, 108). Mit Schreiben vom 22. Oktober 2013 kündigte die B.____ AG das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten per 31. Januar 2014 (Suva-act. 125). Am 8. November 2013 wandte sich Dr. D.____ an Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit der Bitte, die Versicherte bei wahrscheinlich reaktiv depressivem Zustandsbild nach hartnäckigem Heilungsverlauf nach Sacrumfraktur zur Weiterabklärung und Therapie anzubieten (Suva-act. 109). Am 28. Oktober 2013 fand die erste Untersuchung durch die Ärzte der Schmerzprechstunde des Spitals C.____ statt, die im Untersuchungsbericht vom 21. November 2013 ein beginnend chronifizierendes sakrales Schmerzsyndrom und einen Status nach ausgeprägter Müdigkeit, Kraftlosigkeit und ein stark erhöhtes Schlafbedürfnis unklarer Ätiologie diagnostizierten. Die Versicherte könne momentan nur mit einem Pensum von 50% ihrer Arbeit nachgehen und dies mit Schmerzen. Die Physiotherapie bringe Linderung und solle mit Heimprogramm weitergeführt werden. Wichtig sei sicher auch eine psychologische Betreuung (Suva-act. 111).

A.f Auf die Frage der Suva, wann mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne, antwortete med. pract. I.____ am 26. November 2013, dies sei nicht absehbar, es gehöre jedoch die Unfallkausalität der aktuellen Beschwerden abgeklärt. In diesem Sinne befürwortete sie die Einleitung einer Skelettszintigraphie zur Beantwortung der Frage nach Aktivität/Anreicherung im ehemaligen Frakturbereich (Suva-act. 113). Besagte Untersuchung fand am 5. Dezember 2013 in der Klinik für Nuklearmedizin des KSSG statt und erbrachte einen normalen Knochenstoffwechsel im Bereich des Beckens ohne vermehrte Aktivität bei Zustand nach dislozierter Fraktur des Os coccygis (Suva-act. 120). Am 13. Januar 2014 beschrieb die Versicherte ihren Zustand nach wie vor als nicht gut (Suva-ct. 122).

A.g Nachdem med. pract. I.____ am 16. Januar 2014 nochmals zur Unfallkausalität der geklagten Beschwerden und zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten Stellung bezogen hatte (Suva-act. 123), teilte die Suva der Versicherten mit Schreiben vom 26. März 2014 mit, dass aufgrund der vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht von Seiten der Unfallfolgen durch eine weitere Behandlung keine Verbesserung des



St.Galler Gerichte

Gesundheitszustandes mehr erwartet werden könne. Der Schadenfall werde somit per 31. März 2014 abgeschlossen (Suva-act. 135).

A.h Inzwischen hatte sich die Versicherte vom 25. Februar bis 7. März 2014 stationär im Schmerzzentrum des Spitals C.____ aufgehalten, deren Ärzte im Austrittsbericht vom 20. März 2014 eine mittelgradige depressive Episode sowie ein chronifizierendes sakrales Schmerzsyndrom diagnostiziert hatten (Suva-act. 149). Die Suva erhielt von diesem Bericht erst am 11. Juni 2014 Kenntnis.

A.i Mit Verfügung vom 11. April 2014 wies die Suva einen Rentenanspruch sowie Integritätsentschädigungsanspruch der Versicherten ab (Suva-act. 139).

B.

B.a Gegen diese Verfügung liess die Versicherte durch die CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG am 22. Mai 2014 Einsprache erheben (Suva-act. 144). Am 13. Juni 2014 wurden die Einsprachebegründung (Suva-act. 152) sowie eine Stellungnahme von Dr. D.____ vom 21. Mai 2014 zu verschiedenen Fragen eingereicht (Suva-act. 154).

B.b Mit Einspracheentscheid vom 29. August 2014 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. 156).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Th. Zogg, St. Gallen, für die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 1. Oktober 2014 erhobene Beschwerde. Er beantragt die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 29. August 2014 sowie die Zusprechung einer Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 55% rückwirkend ab März 2014 und einer Integritätsentschädigung von mindestens Fr. 17'500.--. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung und zur neuen Verfügung an die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1).



St.Galler Gerichte

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 20. November 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. R. Bachmann, Luzern, die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids (act. G 5).

C.c Mit Replik vom 5. Februar 2015 bestätigte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin seine Anträge (act. G 9). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 10 f.).

C.d Auf die weiteren Begründungen und Ausführungen in den einzelnen Rechtsschriften bzw. medizinischen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

1.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Erleidet sie 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). 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). Die Integritätsentschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

1.2 Angesichts der in Erwägung 1.1 angeführten gesetzlichen Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach 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.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht bisweilen auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen angewiesen. 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, BGE 123 III 110, BGE 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 118 V 291 f. E. 3a, BGE 117 V 365 mit Hinweisen; SVR 2000 Nr. 14 S. 45). Das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein bzw. verneint werden können. Die blosser Möglichkeit gänzlicher fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N 58 f.).

1.3 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder dessen Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte oder Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.). Auch eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von med. pract. I.____ am 16. Januar 2014 (Suva-act. 123) erstellt wurde, ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371). Zuvor, d.h. am 18. September



2013, hatte med. pract. I.____ im Übrigen die Beschwerdeführerin auch persönlich untersucht (vgl. Suva-act. 100).

2.

2.1 Anfechtungsgegenstand der vorliegenden Beschwerde bildet der Einspracheentscheid vom 29. August 2014 (Suva-act. 156). Diesem liegt die Verfügung vom 11. April 2014 (Suva-act. 139) zugrunde. Darin nahm die Beschwerdegegnerin zunächst Bezug auf ihr Schreiben vom 26. März 2014, worin sie den Abschluss des Schadenfalls per 31. März 2014 mit der Begründung ankündigte, dass aufgrund der vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht von Seiten der Unfallfolgen von einer weiteren Behandlung keine Verbesserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden könne (Suva-act. 135; vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG). Gegen die Festlegung des Fallabschlusses per 31. März 2014 wurden keine Einwände erhoben. Anschliessend wies sie einen Rentenanspruch sowie einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung ab. Bezüglich des Rentenanspruchs verneinte sie aus rein unfallbedingter Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und nahm einen Einkommensvergleich gestützt auf DAP-Zahlen vor. Einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung sah sie mangels Vorliegens einer erheblichen Schädigung der körperlichen Integrität als nicht gegeben. Die Beschwerdegegnerin verneinte schliesslich Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin bezüglich allfälliger psychogener Beschwerden mangels eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zum Unfall vom 23. Oktober 2012.

2.2 Ein Anspruch der Beschwerdegegnerin auf die Versicherungsleistungen Invalidenrente und Integritätsentschädigung entsteht nur bei kumulativer Erfüllung sämtlicher gesetzlicher Leistungsvoraussetzungen (Vorliegen eines Unfalls im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]; Unfallkausalität der Gesundheitsbeeinträchtigung gemäss Art. 6 UVG; Rentenbeginn bzw. Erreichen des Endzustands im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG), also nicht allein bei Erfüllung der Tatbestandsmerkmale der Grundbegriffe (Invalidität gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG bzw. rentenbegründender Invaliditätsgrads von mindestens 10 Prozent [im Rahmen der Prüfung der Invalidität gilt es die Arbeitsunfähigkeit, Art. 6 ATSG, und den Grad der



Erwerbsunfähigkeit mittels Einkommensvergleich, Art. 16 ATSG, festzulegen bzw. zu ermitteln]; dauernde und erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG). Ist zwischen dem Unfall und den geklagten Beschwerden eine natürliche und adäquate Kausalität nicht überwiegend wahrscheinlich zu bejahen, entfällt zum Vornherein ein Anspruch auf Versicherungsleistungen, d.h. es kann von einer Prüfung der weiteren gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen abgesehen werden. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, liegt im konkreten Fall eine solche Sachlage vor. Die in der Verfügung vom 11. April 2014 für die Ablehnung von Leistungsansprüchen angeführten Begründungselemente kommen damit - abgesehen von der Verneinung der Adäquanz bezüglich der psychogenen Problematik - nicht zum Tragen.

2.3 Die Beschwerdegegnerin hat nach dem Unfall vom 23. Oktober 2012 Heilkosten- und Taggeldleistungen erbracht (Suva-act. 3 f.). Per 31. März 2014 hat sie den Schadenfall abgeschlossen bzw. die genannten vorübergehenden Versicherungsleistungen eingestellt (Suva-act. 135). Im Rahmen der Verfügung vom 11. April 2014 prüfte sie nun - wie gesagt - den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung. Bei der erstmaligen Prüfung eines Anspruchs auf Dauerleistungen (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 19 zu Art. 15) und auf eine Integritätsentschädigung hat der Versicherungsträger seine Leistungspflicht und damit auch die Kausalität neu zu beurteilen. Für die anspruchsbegründende Tatfrage, ob ein Kausalzusammenhang gegeben ist, trägt im Falle der Beweislosigkeit die versicherte Person deren Folgen (vgl. Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 22. Februar 2016, 8C_1/2016, E. 4.5.3; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45, RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328; BGE 117 V 264 E. 3b; Rumo-Jungo/Holzer; a.a.O., S. 54 f.).

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin beklagt seit dem Unfall vom 23. Oktober 2012 anhaltende sakrale und lumbale Schmerzen sowie eine eingeschränkte Beweglichkeit der LWS (act. G 1, S. 7 Ziff. 14 f., Suva-act. 154). Ihr Rechtsvertreter geht



diesbezüglich von somatischen Beschwerden aus, für welche er den Unfall, insbesondere dabei erlittene Weichteil- und Gelenkverletzungen, verantwortlich sieht.

3.2 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt (Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, E. 8.2, mit Hinweisen). Wenn med. pract. I. ___ die von ihr anlässlich der Untersuchung vom 18. September 2013 erhobenen Befunde (Druckdolenz im Bereich des Sacrums und des Iliosakralgelenks [ISG] beidseits mit Mennellzeichen, muskuläre Verspannungen im gesamten Rückenbereich) als „objektiv“ anführt, so können diese nicht zum vornherein einer unfallkausalen strukturellen Unfallrestfolge gleichgesetzt bzw. auf eine solche zurückgeführt werden. Eine manuelle Untersuchung fördert klinische, nicht aber objektivierbare Ergebnisse zu Tage. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben sowie dem Verhalten des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, das eine Adäquanzprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann vielmehr erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen (Röntgen, MRT, CT) bestätigt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Mai 2008, 8C_37/2008, E. 3.2; vgl. auch BGE 134 V 122 E. 9). Myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde, Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen sowie Einschränkungen in der Beweglichkeit können nicht als organisches Substrat von Beschwerden qualifiziert werden (SVR 2008 UV Nr. 2. S. 5 E. 5.2 mit Hinweisen). Im Folgenden gilt es zu prüfen, welche Verletzungen die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 23. Oktober 2012 erlitten hat, bezüglich der am 31. März 2014 (allfälliger Rentenbeginn) noch objektivierbare Verletzungsfolgen vorlagen, die mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit für die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin (vgl. Erwägung 3.1) verantwortlich waren.

3.3



3.3.1 Bei der Beschwerdeführerin konnte infolge des Unfallereignisses vom 23. Oktober 2012 unbestrittenermassen eine strukturelle Verletzung in Form einer distalen, wenig dislozierten Os sacrum Fraktur radiologisch objektiviert werden. Deren Behandlung erfolgte konservativ (Suva-act. 9, 13, 16). Die MRT-Untersuchung des Beckens im Röntgeninstitut vom 27. Februar 2013 brachte noch einen diskreten residuellen Reizzustand des Os sacrum zur Darstellung. Ein pelvines Hämatom liess sich nicht nachweisen (Suva-act. 28). Am 19. April 2013 wurde die Beschwerdeführerin klinisch neurologisch durch Dr. K.____ untersucht, wobei sich die Befunde unauffällig zeigten. In Bezug auf die Sacrumfraktur diagnostizierte Dr. K.____ im Untersuchungsbericht vom 23. April 2013 hartnäckige, sacrale Beschwerden bei einem Status nach Sacrum-Querfraktur am 25. (richtig: 23.) Oktober 2012. Weiter stellte er nur noch eine LWS-bezogene Diagnose (Suva-act. 62). Die CT-Untersuchung des Beckens im Röntgeninstitut E.____ vom 14. Mai 2013 ergab eine knöchern konsolidierte Os sacrum Fraktur. Hinweise auf eine Pseudarthrose zeigten sich keine (Suva-act. 57). Kreisarzt Dr. H.____ verwies am 4. Juni 2013 auf die gemäss Ergebnis der CT-Untersuchung knöchern konsolidierte Sacrumfraktur, räumte jedoch ein, dass eine Schmerzsymptomatik nach einer Sacrumfraktur bekanntlich längere Zeit persistieren könne (Suva-act. 58). Im August 2013 verschlimmerten sich die Schmerzen bei der Beschwerdeführerin, worauf Dr. D.____ in einem Bericht vom 26. August 2013 von einem chronischen Verlauf sprach und Befunde festhielt, welche die LWS, nicht aber das Os sacrum betrafen (Suva-act. 89). Laut Bericht vom 12. September 2013 über eine gleichentags im Röntgeninstitut E.____ durchgeführte MRT-Untersuchung der LWS zeigte sich das Os sacrum nun reizlos (Suva-act. 96). Am 18. September 2013 folgte eine klinische Untersuchung der Beschwerdeführerin durch med. pract. I.____, welche im Bereich des Os sacrum und des ISG eine deutliche Druckdolenz erhob. Die Kreisärztin versprach sich eine Verbesserung des Gesundheitszustands durch die geplante schmerztherapeutische Behandlung und ging noch nicht von einem Endzustand aus (Suva-act. 100). Die Ärzte der Schmerzsprechstunde des Spitals C.____ diagnostizierten sodann am 28. Oktober 2013 ein beginnend chronifizierendes sakrales Schmerzsyndrom (Chronifizierungsgrad nach Gerbershagen I), ausgehend von der Sacrumfraktur (Suva-act. 111). Am 5. Dezember 2013 wurde mit einer Skelettszintigrafie des Beckens nochmals der Frakturbereich untersucht. Die Befunde waren unauffällig, d.h. ohne vermehrte Aktivität bzw. Anreicherung (Suva-act. 120).



3.3.2 In ihrer Beurteilung vom 16. Januar 2014 verweist med. pract. I.____ auf die vorgenannten radiologischen Untersuchungsergebnisse und folgert daraus, dass die fortdauernd geklagten Beschwerden überwiegend wahrscheinlich nicht mehr mit der Sacrumfraktur bzw. dem Unfall vom 23. Oktober 2012 zu erklären seien (Suva-act. 123). Ihre Schlussfolgerung erscheint überzeugend und schlüssig. Die Beschwerdeführerin hat am 23. Oktober 2012 (nur) eine wenig dislozierte Fraktur des Os sacrum erlitten, die konservativ behandelt werden konnte. Laut medizinischer Literatur ist die Frakturheilung bzw. die knöchernen Wiedervereinigung zweier voneinander getrennter Knochenteile ein natürlicher Prozess, den der Organismus leistet. Das Ausbleiben der knöchernen Heilung ist bei der natürlichen Knochenbruchheilung ein seltenes Ereignis. Tritt dieser Fall dennoch ein, spricht man von Pseudarthrose (vgl. Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 90 ff.; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 642 f., 1525; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. Berlin 2014, S. 713, 1750). Konkret liegt mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kein solcher Ausnahmefall vor. Nichts weist darauf hin, dass die Sacrumfraktur nicht vollständig und ohne bleibende Schäden verheilt wäre. Die Feststellung des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, diese habe sich neben der Fraktur des Os Sacrum auch Weichteil- und Gelenksverletzungen zugezogen, lässt sich den medizinischen Akten nicht entnehmen. Die Beschwerdeführerin wurde umfassend radiologisch und neurologisch untersucht, wobei sich neben der Sacrumfraktur offensichtlich keine Begleitverletzungen erheben liessen. Von den untersuchenden Ärzten wurde auch nirgends eine andere konkrete Unfallverletzung als diejenige der Beckenfraktur diskutiert. Dass bei einer Sacrumfraktur begleitende Weichteil- und Gelenksverletzungen oder zusätzliche Knochenverletzungen wie eine gleichzeitige Fraktur des vorderen Beckenrings, eine Beteiligung des ISG, der Symphyse und der Hüftgelenke oder eine Nervenläsion anzutreffen sind, wird zwar in Übereinstimmung mit der Feststellung des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin in der Replik vom 5. Februar 2015 (act. G 9 Ziff. 18) in der medizinischen Literatur beschrieben, dies jedoch im Zusammenhang mit massiven bzw. komplexen Beckenfrakturen, welche eine operative Behandlung notwendig machen können (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 906 f.; act. G 9.1; http://flexikon.doccheck.com/de/Beckenfraktur?utm_source=www.doccheck.flexikon&utm_medium=web&utm_campaign=DC



%2BSearch, [http://flexikon.doccheck.com/de/Sakrumfraktur?](http://flexikon.doccheck.com/de/Sakrumfraktur?utm_source=www.doccheck.flexikon&utm_medium=web&utm_campaign=DC)

utm_source=www.doccheck.flexikon&utm_medium=web&utm_campaign=DC

%2BSearch, beide abgerufen am 17. Mai 2016). Hinweise darauf, dass im konkreten Fall von einer solchen Sachlage ausgegangen werden müsste (beispielsweise die echtzeitliche Beschreibung eines Hämatoms), liegen - wie gesagt - keine vor. Selbst der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin führt keine konkrete Begleitverletzung an.

3.3.3 Auch die in den medizinischen Akten hinsichtlich der Sacrumfraktur (noch) gestellten Diagnosen (vgl. Erwägung 3.3.1) lassen schliesslich nicht auf weitere überwiegend wahrscheinliche Unfallrestfolgen schliessen. Eine Statusdiagnose gibt lediglich an, auf welchen Umstand der heutige Zustand zurückzuführen ist. Über die Unfallrestfolgen wird damit nichts Konkretes ausgesagt. Die alleinige Aussage, dass vor dem Unfall vom 23. Oktober 2012 noch keinerlei Beschwerden im Bereich des Sacrum bestanden haben, reicht nicht aus, um von einer Unfallkausalität auszugehen (vgl. dazu die beweisrechtlich untaugliche Formel „post hoc ergo propter hoc“ z.B. in: Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 Fn. 1205; Kieser, a.a.O., N 69 zu Art. 4; BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52, E. 7.2.4). Auch die Diagnose von Schmerzsyndromen bedeutet keinesfalls automatisch das Vorliegen unfallkausaler struktureller Gesundheitsschädigungen. Laut Roche Lexikon Medizin (a.a.O., S. 1791) handelt es sich bei einem Syndrom 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 fraglichen Diagnose führt mithin eher das vom jeweiligen Patienten subjektiv angegebene „Symptommuster“ als ein objektiv erhobener organischer Befund. Wenn eine versicherte Person vorbringt, sie leide nach wie vor unter Schmerzen, verfängt diese Argumentation nur insofern, als sie damit das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs behauptet. Der Schluss von Schmerzen auf das Andauern des Kausalzusammenhangs kann jedoch nicht gezogen werden und es obliegt auch nicht dem Unfallversicherer zu beweisen, was die Ursache für die Schmerzen sein könnte, wenn es nicht der Unfall ist. Der Schmerzsyndromdiagnose kommt mithin nur hypothetischer Charakter zu (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 848). Der Zusatz „chronisch“ zementiert das Gesagte. Er steht dem Begriff „traumatisch“ entgegen. Während letzterer einen akut aufgetretenen



Zustand beschreibt, bedeutet chronisch „langsam sich entwickelnd, langsam verlaufend“ (Pschyrembel, a.a.O., S. 390; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 334). Bei einer Chronifizierung, die nach einem Unfall aufgetreten ist, der keine strukturelle Läsion des Achsenskeletts verursacht hat, geht die medizinische Literatur davon aus, dass diese nicht auf eine ungenügende Gewebeheilung zurückzuführen sei, sondern dass der Schmerz durch andere Faktoren, meistens durch eine ungünstige psychosoziale Konstellation, unterhalten wird (vgl. Bär/Kiener, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 vom Dezember 1994, S. 45 ff.).

3.4

3.4.1 In den MRT-Untersuchungen vom 27. Februar und 12. September 2013 (Suva-act. 28, 96) sowie in der CT-Untersuchung vom 14. Mai 2013 (Suva-act. 57) liessen sich bei der Beschwerdeführerin sodann eine bulging disc bzw. eine Bandscheibenprotrusion auf Höhe der Segmente L4/5 und L5/S1 ohne Neurokompression, entsprechende Spondylarthrosen, discoossäre foraminale Stenosen sowie eine Arthrose der Symphyse nachweisen. Die genannten Gesundheitsschäden sind zweifelsohne organische Substrate, die grundsätzlich als Ursache der von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im Bereich der LWS oder des Beckens in Erwägung zu ziehen sind. Von Bedeutung ist jedoch zunächst, dass es sich um häufige degenerative bzw. erworbene, also nicht traumatisch bedingte, Veränderungen an der Wirbelsäule bzw. der Symphyse handelt. Die (Spondyl-)Arthrose und die foraminale Stenose können als unfallkausaler Gesundheitsschaden lediglich sekundär, d.h. als Spätfolge einer primären Verletzung auftreten. Bei der Arthrose handelt es sich um eine degenerative Gelenkerkrankung. Eine sekundäre traumatische Arthrose setzt im Allgemeinen eine primäre traumatische Verletzung am Gelenk - beispielsweise eine schlecht verheilte intraartikuläre Fraktur, d.h. eine geheilte Fraktur ohne anatomisch exakte Reposition -, voraus. Die Symphyse ist zwar ein sogenanntes Pseudogelenk, verlangt jedoch für die Entwicklung einer dortigen Arthrose ebenfalls eine Primärverletzung. Festzustellen gilt es ausserdem, dass die obgenannten Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule oft als Folge- oder Begleiterscheinung einer bulging disc vorkommen. Hinsichtlich Bandscheibenprotrusionen ist sodann der im Bereich des Unfallversicherungsrechts geltenden medizinischen Erfahrungstatsache



Rechnung zu tragen, dass solche bzw. Bandscheibenhernien praktisch nur bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen. Ein Unfall im Rechtssinn (Art. 4 ATSG) fällt nur ausnahmsweise als eigentliche Ursache in Betracht (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 880; Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 68 [1995], S. 17; Urteil des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1, und vom 18. Februar 2002, U 459/00, E. 3b; vgl. zum Ganzen Debrunner, a.a.O., S. 579 ff., 848 ff., 878 ff., 889 f.; Pschyrembel, a.a.O., S. 176, 232, 1994 „Spinalkanalstenose“, 2016; Roche Medizin Lexikon, a.a.O., S. 134, 182, 1752; [http://www.sportverletzung24.com/schambeinarthrose-symphysenarthrose /](http://www.sportverletzung24.com/schambeinarthrose-symphysenarthrose/), abgerufen am 17. Mai 2016).

3.4.2 Das Gesagte lässt das Vorliegen einer unfallbedingten bulging disc bzw. (sekundärer) traumatischer Gesundheitsschäden als unwahrscheinlich erscheinen. In den medizinischen Akten, insbesondere in den Berichten der radiologischen Untersuchungen, sind - abgesehen von der Beckenfraktur - keine Unfallläsionen (weder eine Gelenksverletzung noch eine Symphysenverletzung) bestimmt oder gar diskutiert worden (vgl. Erwägung 3.3). Im Bereich der LWS ist bei der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einer umfassenden degenerativen Problematik im Bereich zweier Wirbelsäulensegmente auszugehen, die ohne Unfallbeteiligung ein in sich geschlossenes Bild ergibt. Dr. K.____ sprach zudem im Untersuchungsbericht vom 23. April 2013 von einer altersentsprechenden Spondylarthrose (Suva-act. 62). Die überwiegend wahrscheinliche Annahme einer traumatischen bulging disc und sekundärer traumatischer Gesundheitsschäden drängt sich mithin in keiner Weise auf, vielmehr würde eine solche nicht stimmig erscheinen.

3.5 Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass aus somatischer Sicht keine überwiegend wahrscheinlich unfallkausale Ursache für die Schmerzangaben der Beschwerdeführerin im Becken- und LWS-Bereich nachweisbar ist. Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bezüglich objektiver somatischer Unfallrestfolgen ist damit zu verneinen. Die Auskünfte von Dr. D.____ vom 21. Mai 2014 (Suva-act. 154) vermögen an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Seine nicht näher begründete Feststellung - seines Wissens würden ausschliesslich Unfallfolgen vom 25. (richtig: 23.) Oktober 2012 respektive Rückfallfolgen vom 12. August 2013 vorliegen - vermag für einen überwiegend wahrscheinlichen Beweis nicht zu genügen. Zu erwarten wäre eine konkrete Darstellung, worin somatische Unfallrestfolgen zu sehen sind bzw.



welches organische Korrelat ausgewiesen ist. Der Umstand, dass Dr. D.____ lediglich von einem unfallfremden Faktor - der Mitteilung der Kündigung auf Ende Januar 2014 - ausgeht, vermag den besagten Mangel nicht zu beheben. Erkennbar basiert seine Feststellung nur auf den subjektiven Schmerzangaben der Beschwerdeführerin. Diese Argumentation verfängt jedoch nur insofern, als Dr. D.____ damit das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs behauptet. Der Schluss eines Kausalzusammenhangs aus dem Andauern von Schmerzen kann, wie gesagt, nicht gezogen werden, zumal sich in Bezug auf subjektive Schmerzangaben naturgemäss Beweisschwierigkeiten ergeben. Im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung ist verlangt, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärt sind (vgl. dazu Urteil des EVG vom 9. Oktober 2001, I 382/00, E. 2b; vgl. auch Urteil des EVG vom 12. März 2004, I 683/03, E. 2.2.2).

4.

4.1 Laut medizinischen Akten leidet die Beschwerdeführerin unter psychischen Problemen. Sie wurde von Dr. D.____ mit Bericht vom 8. November 2013 zur Weiterabklärung und Therapie bei wahrscheinlich reaktiv depressivem Zustandsbild nach hartnäckigem Heilungsverlauf nach Sacrumfraktur Dr. J.____ zugewiesen (Suva-act. 109). Ab November 2013 befand sich die Beschwerdeführerin bei diesem in regelmässiger psychiatrischer Behandlung (Suva-act. 122, 149). Dazu hielt sie sich vom 25. Februar bis 7. März 2014 stationär für eine Schmerztherapie im Schmerzzentrum des Spitals C.____ auf, dessen Ärzte eine mittelgradige depressive Episode diagnostizierten (Suva-act. 149). Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass Schmerzen durch psychische Komponenten unterhalten bzw. psychische Störungen in Form von körperlichen Symptomen wahrgenommen werden können (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 563 ff.; Pschyrembel, a.a.O., S. 1913 f.; Roche Medizin Lexikon, a.a.O., S. 1660 f.).

4.2 Dr. D.____ weist in seiner Stellungnahme vom 21. Mai 2014 im Zusammenhang mit der depressiven Verstimmung der Beschwerdeführerin wiederholt auf die Kündigung der Arbeitsstelle mit Schreiben vom 22. Oktober 2013 auf Ende Januar 2014 (Suva-act. 125) hin. Dabei handelt es sich, wie von ihm festgestellt, um einen unfallfremden und damit die natürliche Unfallkausalität in Frage stellenden Faktor



(Suva-act. 154). Die Entwicklung der psychischen Problematik fällt zeitlich offensichtlich mit der Kündigung zusammen. Auf somatischer Ebene folgte damals nur noch die ergebnislose Szintigrafie des Beckens (vgl. Suva-act. 117). Somatische Unfallrestfolgen bestanden also keine mehr (vgl. dazu Erwägungen 3.3 f.). Insofern erscheint eine natürliche Kausalität zwischen den somatischen Unfallfolgen und der psychischen Problematik zweifelhaft. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfallereignis unter keinerlei psychischen Erkrankungen litt, vermag keinen natürlichen Kausalzusammenhang zu begründen (vgl. Erwägung 3.3.3: beweisrechtlich untaugliche Formel “post hoc ergo propter hoc“). Auch der Stellungnahme von Dr. D.____ vom 21. Mai 2014 (Suva-act. 154) ist keine nähere Begründung zur Frage der Unfallkausalität der psychischen Problematik zu entnehmen. Letztlich kann sie jedoch offen bleiben. Rechtsprechungsgemäss erübrigt sich die Prüfung der natürlichen Unfallkausalität eines psychischen Gesundheitsschadens, wenn sich - wie vorliegend der Fall - zeigt, dass dessen Adäquanz zum versicherten Unfallereignis nicht gegeben und damit eine für die Leistungspflicht des Unfallversicherers nebst der natürlichen Kausalität kumulativ erforderliche Voraussetzung nicht erfüllt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2009, 8C_951/2008, E. 3.4.2).

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines adäquaten Zusammenhangs bei psychischen Unfallfolgen im Sinne von BGE 115 V 133 zutreffend dargelegt (Suva-act. 156 Erwägung 2). Ihre Annahme eines leichten Unfalls, bei dem die Adäquanz des Kausalzusammenhangs ohne weiteres zu verneinen ist (vgl. BGE 115 139 E. 6a; Rumo-Jungo/ Holzer, a.a.O., S. 62), ist nicht zu beanstanden. Der Rechtsvertreter der Beschwerdegegnerin hat solche vom höchsten Gericht als leicht gewürdigte und dem vorliegenden Unfallereignis - Ausrutschen beim Hinuntersteigen von einer Beistelltreppe mit drei Tritten - entsprechende Einzelfälle in der Beschwerdeantwort vom 20. November 2014 aufgeführt (act. G 5, S. 4 Ziff. 10.1; vgl. auch Rumo-Jungo/ Holzer, a.a.O., S. 62). Für die Qualifizierung eines Unfalls nach seiner Schwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften massgebend. Die durch das Ereignis verursachten Verletzungen - hier die Os sacrum Fraktur - sind nicht zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Mai 2011, 8C_1044/2010, E. 4.3; SVR 2008 UV Nr. 8, S. 27 E. 5.3.1). Im konkreten Fall bestehen keine Hinweise



auf eine Beistelltreppe, welche einen Sturz „aus beträchtlicher Höhe“ (act. G 9, S. 10 Rz 25) ermöglichen könnte (vgl. auch Suva-act. 29).

4.4 Selbst wenn der Unfall vom 23. Oktober 2012 als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen eingestuft würde, wären die für die Bejahung der Adäquanz erforderlichen Kriterien (vgl. BGE 115 V 140 E. 6c/aa) weder in gehäufte (mindestens vier Kriterien: vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. Oktober 2009, 8C_421/2009 mit Hinweisen) noch einzelne in ausgeprägter Weise erfüllt. Den Akten sind keine Anhaltspunkte zu entnehmen, die gegen die Ausführungen des Rechtsvertreters der Beschwerdegegnerin betreffend die Verneinung der einzelnen Adäquanzkriterien sprechen. Es kann deshalb auf die Erwägungen in der Beschwerdeantwort verwiesen werden (vgl. act. G 5, S. 10 Ziff. 23.2). Ergänzend ist hinsichtlich der Ausführungen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin einzuwenden, dass eine Sacrumfraktur für sich betrachtet zwar nicht unerheblich ist, mit ihr jedoch keine Verletzung besonderer Art oder Schwere mit erfahrungsgemässer Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, vorliegt. Weitere Verletzungen hat die Beschwerdeführerin nicht erlitten. Die Sacrumfraktur wurde nicht operativ, sondern rein konservativ medikamentös und mit Physiotherapie behandelt. Am 21. Februar 2013 wurde sie als „in Konsolidierung“ beschrieben (Suva-act. 25) und zeigte sich im CT vom 14. Mai 2013 knöchern konsolidiert (Suva-act. 57). Ein schwieriger und mit Komplikationen verbundener Heilungsverlauf der Unfallverletzung kann aus diesem Sachverhalt nicht abgeleitet werden. Psychische Beschwerden sind im Rahmen der Adäquanzbeurteilung gemäss der Psychopraxis, wo es gerade um die Beurteilung der Unfallkausalität psychischer Beschwerden geht, auszuklammern. Nur der somatische Anteil ist zu berücksichtigen (BGE 134 V 109 E. 6.1). Dr. H.____ räumte zwar am 4. Juni 2013 noch ein, dass eine Schmerzsymptomatik nach einer Sacrumfraktur bekanntlich längere Zeit persistieren könne (Suva-act. 58). Bei der verbliebenen Diagnose eines chronifizierenden sakralen Schmerzsyndroms (Suva-act. 111; vgl. Erwägung 3.3.3), der bei der Beschwerdeführerin ab November 2013 durchgeführten psychiatrischen Behandlung und der bei ihr anlässlich des stationären Aufenthalts im Schmerzzentrum des Spitals C.____ vom 25. Februar bis 7. März 2014 diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode (Suva-act. 149) dürfte jedoch das Zustandsbild und damit auch das Schmerzempfinden bereits nach rund einem Jahr in erheblichem Umfang durch die psychische Situation beeinflusst gewesen sein. Angesichts dieses Zeitraums können



die Adäquanzkriterien mit einer zeitlichen Komponente (ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, Dauerschmerzen, Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit) ebenfalls nicht als erfüllt gelten. Ohne Weiteres auszuschliessen ist schliesslich mit Blick auf die Kasuistik die Annahme eines besonders eindrücklichen Unfalls (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 69 f.). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin führt denn auch nicht überzeugend aus, inwiefern er von einer besonderen Eindrücklichkeit ausgeht.

5.

Aufgrund der durchgeführten, umfangreichen Untersuchungen ist dem Eventualantrag des Rechtsvertreters, die Sache sei zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, 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, BGE 134 I 148 E. 5.3 und BGE 124 V 94 E. 4b).

6.

Zusammenfassend ist vor dem Hintergrund, dass aufgrund der übereinstimmenden Aktenlage keine somatischen Unfallrestfolgen mehr vorliegen und auch die festgestellten psychischen Beeinträchtigungen nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallgeschehen stehen, davon auszugehen, dass im Zeitpunkt der Prüfung eines Anspruchs auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung zwischen dem Ereignis vom 23. Oktober 2012 und den beklagten Beschwerden keine überwiegend wahrscheinliche Kausalität bestand. Der Einspracheentscheid vom 29. August 2014 lässt sich damit nicht beanstanden.

7.

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 29. August 2014 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.



Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.