

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2024 22

Entscheid vom 22. August 2024

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____,

gegen

C. _____ AG,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfallkausalität)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1986) war als Reinigungskraft bei verschiedenen Arbeitgebern angestellt, als sie gemäss Schadenmeldung vom 23. Mai 2022 am 10. Mai 2022, 18 Uhr, nach Beendigung der Reinigung eines Hauses in D._____ auf der Treppe ausgerutscht und mehrere Stufen auf dem Po/Rücken nach unten gefallen ist (Vi-act. 1; L. _____-act. 1). Sie war durch die Arbeitgeberin, für welche A._____ im Zeitpunkt des Unfalles tätig war, bei C._____ AG obligatorisch unfallversichert. Da die Schmerzen im Laufe des Abends zunahm, suchte sie gleichentags den Notfall des Spitals E._____ auf, wo die Diagnose einer Kontusion LWS, Os sacrum, Ellenbogen links und Unterschenkel links gestellt wurde (Vi-act. 10).

B. Bei persistierenden Schmerzen und weiterer ärztlicher Behandlung (bei Diagnose ICD-11 MG30.20 Chronic post traumatic pain a.e. Coccygodynie nach Treppensturz am 10.05.2022 mit Kontusion untere LWS, Kontusion Sacrum, Ellenbogen links und Unterschenkel links) ersuchte die C._____ ihren beratenden Arzt Dr.med. F._____ (Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie) um eine Aktenbeurteilung. In der Folge informierte sie A._____ am 1. September 2022, die unfallbedingt erlittenen Prellungen sollten in der Zwischenzeit ausgeheilt sein, weshalb spätestens ab 1. September 2022 keine Unfallfolgen mehr vorlägen; ab diesem Datum würden keine Leistungen mehr erbracht (Vi-act. 68). Bei anhaltenden Beschwerden, weiterer Behandlung und neuerlicher Beurteilung durch Dr.med. F._____ verfügte die C._____ am 30. Juni 2023, die Beschwerden stünden ab dem 1. September 2022 nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 10. Mai 2022; ab diesem Datum würden keine Leistungen mehr erbracht (Vi-act. 129).

C. Eine am 7. August 2023 erhobene Einsprache (Vi-act. 148) wies die C._____ mit Entscheid vom 15. Februar 2024 ab (Bf-act. 2).

D. Am 11. März 2024 lässt A._____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. Februar 2024 sei aufzuheben.
2. Die gesetzlichen Leistungen (Taggeld und Heilungskosten) seien weiterhin zu erbringen. Eventualiter sei die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen um ein externes Gutachten einzuholen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.
4. Eventualiter sei der Beschwerdeführerin mit RA B._____ unentgeltlich zu verbeiständen.

Mit Vernehmlassung vom 16. Mai 2024 beantragt die Vorinstanz, die Beschwerde sei in Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheides vollumfänglich abzuweisen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen sowie auf ein Taggeld, falls sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird die versicherte Person infolge des Unfalles invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). 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).

1.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 E. 2.1; BGE 129 V 177 E. 3.1 f.).

1.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 147 V 161 E. 3.2); m.a.W. wenn der Unfall überwiegend

wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 E. 1; BGE 134 V 109 E. 2.1; Urteil BGer 8C_640/2022 vom 9.8.2023 E. 3.2 je mit Hinweisen).

1.2.2 Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung dann zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2; BGE 125 V 461 E. 5a, je mit Hinweisen). Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen (Urteil BGer 8C_634/2022 vom 23.12.2022 E. 3.1), während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 E. 2).

Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 E. 2; Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 E. 9.3). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung (BGE 138 V 248 E. 4; Urteil BGer 8C_801/2017 vom 24.4.2018 E. 4.2.2). Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 2.1). Hat die versicherte Person beim Unfall keine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 E. 6c/aa; sog. Psycho-Praxis), anzuwenden (BGE 134 V 109 E. 2.1; vgl. zum Ganzen auch: Urteil BGer 8C_216/2009 vom 28.10.2009 E. 2, nicht publ. in: BGE 135 V 465, aber in: SVR 2010 UV Nr. 6 S. 25).

1.2.3 Wenn ein allfälliger Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, kann die Frage, ob die geklagten, medizinisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden natürlich kausal durch ein Unfallereignis verursacht worden sind, offengelassen werden (BGE 135 V 465 E. 5.1 mit Hinweisen). Gemäss einem allgemeinen Grundsatz ist lediglich über für den Ausgang des Verfahrens erhebliche Tatsachen Beweis zu führen (Urteil EVGer B 21/02 vom 11.12.2002 E. 3.2). Steht aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung fest, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und da-

mit nicht rechtsgenügend wäre, ist die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, nicht entscheidungsrelevant. Anders ist lediglich in jenen Fällen zu entscheiden, in denen der Sachverhalt für eine einwandfreie Adäquanzprüfung nicht hinreichend abgeklärt ist (Urteil BGer 8C_151/2009 vom 7.5.2009 E. 2.1).

1.3 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (vgl. BGE 146 V 51 E. 5.1; Urteil BGer 8C_379/2023 vom 9.1.2024 E. 2.2.3).

Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54; Urteil BGer 8C_212/2015 vom 10.7.2015 E. 2.2.1 m.H.). Bei einer bloss vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei Eintritt des Status quo sine vel ante (vgl. Urteile BGer 8C_331/2015 E. 2.1.1; 8C_557/2015 vom 7.10.2015 E. 5.2 ff.; 8C_320/2013 vom 5.9.2013 E. 3.1).

1.4 Ob zwischen dem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloss mögliche Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BSK-Hofer, Art. 4 ATSG, Rz. 58 mit Hinweisen auf BGE 142 V 435 E. 1; BGE 129 V 177 E. 3.1; vgl. BGE 119 V 335 E. 1).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die bloss mögliche Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage

handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (vgl. BGE 146 V 51 E. 5.1).

1.5 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Art. 61 lit. c ATSG; Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustrecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Es ist jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste zu würdigen ist (BGE 138 V 218 E. 6; BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2; Urteil BGer 8C_765/2020 vom 4.3.2021 E. 3.2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 144 V 361 E. 6.5).

1.6 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel un-

abhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

1.6.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen, weshalb die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf zuverlässige Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen ist (Urteil BGer 8C_179/2023 vom 20.10.2023 E. 4.2). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1). 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 125 V 351 E. 3a; BGE 122 V 157 f. E. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

1.6.2 Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C_587/2020 vom 5.2.2021 E. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Zu betonen ist, dass beratende Ärzte eines Versicherungsträgers, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen sind (vgl. SVR 2021 UV Nr. 34 S. 154, Urteil BGer 8C_672/2020 E. 2.3). Es bedarf in beiden Fällen besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 142 V 58 E. 5.1 m. H.).

1.6.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre

auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 E. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 E. 4.5; BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 E. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 E. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 E. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 E. 2 mit Hinweisen).

1.6.4 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 E. 8.2 m.w.H.). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (BGE 125 V 352 E. 3b/ee; Urteile BGer 8C_608/2020 vom 15.12.2020 E. 5.2; 8C_523/2018 vom 5.11.2018 E. 5.2; 8C_540/2007 vom 27.3.2008 E. 3.2 mit Hinweisen).

2. Was den Unfall vom 10. Mai 2022 sowie den Gesundheitsverlauf der Beschwerdeführerin anbelangt, so ergibt sich aus den Akten:

2.1 In der Schadenmeldung vom 23. Mai 2022 wird der Unfallhergang wie folgt beschrieben (Vi-act. 1):

Nach Beendigung der Reinigung unseres Hauses ist A. _____ am Anfang der Treppe Richtung Ausgang ausgerutscht und mehrere Stufen auf Ihrem Po/Rücken nach unten gefallen. Keine genaueren Angaben möglich, da wir zu diesem Zeitpunkt nicht im Haus waren.

Da die Beschwerdeführerin über eine andere Arbeitgeberin auch bei der L. _____ versichert war, wurde dieser der gleiche Unfall wie folgt gemeldet (L. _____-act. 1):

Übrige Tätigkeiten: A. _____ ist beim Treppen gehen, die Treppen hinuntergestürzt und hat sich Prellungen/Bruch hinzugezogen.

2.2 Am Abend des Unfalltages suchte die Beschwerdeführerin den Notfall des Spitals E. _____ auf, da die Schmerzen über dem unteren Rücken, über ihrem linken Unterschenkel an der Aussenseite und über ihrem linken Ellenbogen im Verlauf zunahmen. Sie wurde klinisch und bildgebend (Röntgen am Unfalltag, CT am Folgetag) untersucht, wobei Ellenbogen und Unterschenkel regelrechte Verhältnisse zeigten. Im Weiteren wurde im Notfallbericht des Spitals vom 10. Mai 2022 festgehalten (Vi-act. 10):

Diagnosen

Kontusion LWS, Os sacrum, Ellenbogen links und Unterschenkel links vom 10.05.2022

Status

35j Patientin in gutem AZ und normalem EZ.

WS: Druck- und Klopfdolenz über der LWS und über dem Os sacrum, hier keine Prellmarken, keine neurologischen Auffälligkeiten an den unteren Extremitäten

Ellenbogen links: diskrete Rötung über dem Olecranon, minime DDo ebendort, volle ROM, pDMS intakt

Unterschenkel links: ca. 2-Franken grosses Hämatom im mittleren Schaftbereich der Fibula lateral, DDo ebendort, Haut intakt, keine DDo über den Malleolen oder über dem Fibulaköpfchen

Röntgen LWS a.p. und seidl. und Sacrum vom 10.05.2022

Ventrales und dorsales Alignment der LWS regelrecht. Keine höhengeminderten Wirbelkörper.

Osteochondrose

LWK 5/SWK 1. Tieflobale Facettengelenksarthrose. In der seitlichen Projektion keine dislozierte Fraktur des Os sacrum oder Os coccygis abgrenzbar.

CT Becken/Sacrum/ISG nativ vom 11.05.2022

Befund und Beurteilung

Konventionelle Voraufnahme vom 10.05.2022 vorliegend.

- Keine frische traumatische ossäre Läsion.
- Etwas höhengeminderter LWK 5, jedoch ohne Hinweise auf frische traumatische ossäre Läsion.
- Degenerative Veränderungen mit ventralen und dorsalen Spondylophyten auf Höhe LWK 5/SWK 1.
- Intraspinale lineäre Verkalkung auf Höhe SWK 3, möglicherweise anlagebedingt, MRI-Untersuchung im Verlauf erwägen.
- Diskretes subkutanes Hämatom paravertebral links auf Höhe LWK 5/SWK 1.

Beurteilung / Verlauf

In den initial durchgeführten konventionellen Röntgenaufnahmen der LWS und des Os sacrum konnten ossäre Läsionen nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, weshalb wir die Patientin, nach der Besprechung der konventionellen Röntgenbilder an unserem chirurgischen Frühreport, zur Durchführung einer weiterführenden Diagnostik mittels CT nochmals einbestellten. In der CT ergaben sich keine AP für frische Frakturen. Die Patientin wurde schliesslich mit Bedarfsanalgesie entlassen. Es sind keine weiteren Nachkontrollen bei uns vorgesehen.

Der Beschwerdeführerin wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis 20. Mai 2022 attestiert.

2.3 Im ärztlichen Erstbericht vom 23. Mai 2022 verwies Dr.med. G. _____ (Facharzt Allgemeinmedizin FMH) auf den Bericht des Spitals. Als Diagnose nannte er eine Kontusion LWS/Sacrum Bein links, Hämatome Bein links. Die Therapie bestehe aus Analgesie und Schonen. Sie sei bis 3. Juni 2022 voll arbeitsunfähig (Vi-act. 11). Das Attest wurde am 17. Juni 2022 bis 8. Juli 2022 verlängert (Vi-act. 39), anschliessend bis 12. August 2022 (Vi-act. 46).

2.4 Bei aktuell persistenter Schmerzsymptomatik Becken/Sacrum und untere LWS erfolgte am 29. Juni 2022 ein weiterer Untersuch im Spital E. _____ (Vi-act. 53). In Rückschau der Röntgen- und CT-Bilder von vor 6 Wochen war weiterhin keine Fraktur nachweisbar. Aufgrund des klinischen Befundes (Schonentlastung des rechten Beins unrundes Gangbild und deutliche Schmerzen. Torsion und Stauchung der LWS nicht schmerzhaft. Über den Dorn- und Querfortsätzen von L4 und L5 leichte bis mässige Druckdolenz ohne Seitendifferenz. Absitzen schmerzhaft vor allem mit Projektion auf Schmerzen auf das ISG rechts sowie das Sacrum. Das Sacrum ist druckdolent. Einbeinstand links gut demonstrierbar, Einbeinstand rechts schmerzhaft, ebenfalls in Projektion auf ISG und Sacrum rechtsseitig. PDMS orientierend intakt) wurde eine MR-Untersuchung des Beckens sowie der unteren LWS zur Abklärung bezüglich Bone-Bruise, fissuralen Frakturen und Verletzungen des ISG rechts veranlasst.

2.5 Am 1. Juli 2022 erfolgte bei klinischer Angabe Kontusion Sacrum vor 6 Wochen, persistierende Schmerzen Sacrum sowie der Fragestellung Hämatom, Bone Bruise, Fraktur ein MR Becken nativ (Vi-act. 58):

Befund

Diskretes Knochenmarködem sakralseitig inferior angrenzend an das ISG rechts. Sonst kein Knochenmarködem. Kein Nachweis einer Frakturlinie. Kein Gelenkerguss. Regelrechtes Signalverhalten der Muskeln und Sehnen. Wenig freie Flüssigkeit im kleinen Becken, am ehesten physiologisch.

Beurteilung

Keine MR-Voruntersuchung zum Vergleich vorliegend.

- Diskretes Knochenmarködem sakralseitig inferior angrenzend an das ISG rechts, DD am ehesten degenerativ.
- Kein Nachweis einer Frakturlinie.
- Kein Nachweis eines Hämatoms.

Nach der Sprechstunde vom 6. Juli 2022 wurde die Beschwerdeführerin in die Schmerztherapie überwiesen (Vi-act. 54).

2.6 Die Erstbeurteilung in der Schmerztherapie erfolgte am 12. Juli 2022 (Vi-act. 61). Dr.med. H. _____ (Facharzt Anästhesiologie) stellte die Schmerzdiagnose:

ICD-11 MG30.20 Chronic post traumatic pain

- a.e. Coccygodynie nach Treppensturz am 10.05.2022 mit Kontusion untere LWS, Kontusion Sacrum, Ellenbogen links und Unterschenkel links

Dem Zuweiser berichtete Dr.med. H. _____, klinisch-anamnestisch und nach Durchsicht der vorliegenden Befunde sei am ehesten von einer Coccygodynie posttraumatisch auszugehen. Zusätzlich, am ehesten auf Grund der Schonhaltung, bestehe eine muskuläre Schmerz-Komponente. Vor dem Treppensturz habe sie keinerlei Beschwerden im tieflumbalen/ sakralen Bereich gehabt. Die Schmerzen beständen nur in sitzender Position bei direktem Kontakt mit dem Os coccygis. Eine Fraktur habe in den Bildgebungen nicht nachgewiesen werden können. Physiotherapie habe wegen starker Schmerzen abgebrochen werden müssen; eine TENS-Therapie habe nach anfänglicher Besserung zu Schmerzexazerbation geführt. Auf Mefenaminsäure spreche sie gut an, andere Analgetika habe sie nicht vertragen. Dr.med. H. _____ empfahl Weiterführung von Physiotherapie, die Verwendung eines Lochkissens und Elektrostimulation per TENS sowie zeitnah eine intraartikuläre Infiltration sacrococcygeal. Analgetische Dauermedikation wurde nicht empfohlen. Manuelle Therapie und Intervention lehnte die Beschwerdeführerin aktuell ab, da sie nach M. _____ in den Urlaub fahre und dort einen Therapieversuch mit heilendem Quellwasser versuchen werde.

In der Folgekonsultation vom 16. August 2022 bestätigte Dr.med. H. _____ die Schmerzdiagnose. Es habe sich keine Besserung der Coccygodynie gezeigt. Der Sitzring habe Schmerzreduktion gebracht. TENS sei gar nicht vertragen worden. Dr.med. H. _____ empfahl eine intraartikuläre Infiltration sacrococcygeal (Vi-act. 60).

2.7 Der die Vorinstanz beratende Arzt Dr.med. F. _____ nannte in seiner Aktenbeurteilung vom 28. August 2022 als Diagnose eine Körperprellung, Gesäßprellung bei Vorzustand mit deutlichen degenerativen Veränderungen der LWS und der ISG. Die Prellungen seien durch den Sturz vom 10. Mai 2022 verursacht, die übrigen Gesundheitsstörungen seien durch die zweifelsfrei festgestellten degenerativen Veränderungen der LWS und der ISG verursacht; die primäre radiologische Untersuchung habe keine Hinweise für Strukturverletzungen gebracht. Der status quo sine vel ante sei längstens 12 Wochen nach dem Unfall erreicht, wobei spezifische unfallkausale Therapiemaßnahmen nicht erforderlich gewesen seien. Eine unfallkausale Arbeitsunfähigkeit habe in der konkreten Tätigkeit für längstens 2 Wochen begründet werden können. Zudem merkte Dr.med. F. _____ an, mit aufwändigen und wiederholten bildgebenden Untersuchungen

hätten traumatische und posttraumatische Veränderungen mehrfach sicher ausgeschlossen werden können. Die Diagnose der Schmerztherapie als chronic post traumatic pain entspreche weder der Definition noch könne diese durch das Ereignis am 10. Mai 2022 nachvollzogen werden (Vi-act. 66).

Mit informellem Schreiben vom 1. September 2022 informierte die Vorinstanz die Beschwerdeführerin, die unfallbedingt erlittenen Prellungen sollten in der Zwischenzeit ausgeheilt sein, weshalb spätestens ab 1. September 2022 keine Unfallfolgen mehr vorlägen und ab diesem Datum keine Leistungen mehr erbracht würden (Vi-act. 68).

2.8 Dem Interventionsbericht zur diagnostisch-therapeutischen intraartikulären Infiltration sacrococcygeal Gelenk (2.5ml Lidocain 2% & Bupivacain 0.5% 1:1 mit Triamcinolon 40mg) vom 2. September 2022 lässt sich entnehmen, dass die Schmerzen coccygeal und perineal aktuell NRS 10/10 im Sitzen und NRS 2/10 im Liegen seien. Postinterventionell seien sie regredient auf NRS 0/10 gewesen (Vi-act. 81).

Am 28. September 2022 berichtete Dr.med. H._____ nach neuerlicher Konsultation, die Infiltration habe gemäss Beschwerdeführerin initial für ca. 9h zu Schmerzfreiheit geführt; danach seien die Schmerzen gänzlich zurückgekommen. Vier Wochen später seien die Schmerzen etwas besser (vorher NRS 10, aktuell NRS 8 im Durchschnitt). Die Situation sei nicht zufriedenstellend. Auch gebe es Probleme mit der Taggeldversicherung, was als relevanter psychosozialer Faktor zu sehen sei. Er empfahl Fortführung Physiotherapie, insbesondere manuelle Therapie, welche die Beschwerdeführerin vor neuerlicher Infiltration abwarten wolle (Vi-act. 80).

2.9 Am 2. November 2022 gab Dr.med. F._____ zu Händen der Vorinstanz eine Zweitbeurteilung ab, nachdem sich die Arbeitgeberin für die Beschwerdeführerin bei weiterhin attestierter vollständiger Arbeitsunfähigkeit nach möglicher Versicherungsleistung resp. Beschwerdemöglichkeit erkundigte (Vi-act. 78, 86). Dr.med. F._____ wiederholte seine abschliessende Bemerkung vom 28. August 2022 (vgl. oben E. 2.7) und ergänzte, in den Berichten werde von einer Coccygodynie gesprochen, wobei zu objektivierende klinische Untersuchungsbefunde vollständig fehlen würden. Es werde ausschliesslich die subjektive Symptomatik der Versicherten mitgeteilt und dann in medizinische Diagnosen umformuliert. Weiterhin erfolge die Kortisoninfiltration in den schmerzhaften Bereich - bezeichnet als Sacrococcygeal Gelenk. Auch dies sei vor dem Hintergrund der subjektiven Beschwerdesymptomatik, vor allem aber seit Jahren publizierten internationalen Stu-

dien über die Indikation für Corticoid-Infiltrationen nicht nachzuvollziehen, insbesondere, da im vorliegenden Fall offensichtlich jede längerfristige Wirkung ausbleibe. Gesamthaft ändere sich durch die aktuell vorgelegten Befundberichte nichts an der bisherigen Beurteilung des Sachverhaltes.

2.10 Anlässlich der Folgekonsultation der Schmerztherapie vom 9. November 2022 dokumentierte Dr.med. H. _____ eine unveränderte, nicht zufriedenstellende Schmerzsituation, weshalb er die Wiederholung einer Steroid-Infiltration empfahl (Vi-act. 119). Diese wurde am 21. November 2022 (mit 2.5ml Bupivacain 0.5% und Triamcinolon 40mg) durchgeführt und führte nach aktuellen Schmerzen NRS 8/10 im Sitzen und 0/10 im Liegen postinterventionell zu Schmerzen NRS 0/10 im Sitzen und Stehen (Vi-act. 118). Anlässlich der Folgekonsultation vom 20. Dezember 2022 wurde die Intervention als erfolglos bezeichnet. Auch in den ersten Stunden direkt nach der Infiltration hätte keine Schmerzlinderung stattgefunden. Die neu geklagten glutealen Schmerzen interpretierte Dr.med. H. _____ am ehesten muskulär bedingt bei chronischer Fehlhaltung in sitzender Position. Er hielt fest, in der Konsultation benutze sie kein Lochkissen, obwohl sie behauptete, dieses immer benutzen zu müssen. Sie habe bis dato sechs Physiotherapietermine wahrgenommen, aber noch keine manuelle Therapie versucht (Vi-act. 116). Am 31. Januar 2023 informierte Dr.med. H. _____ die Hausärztin, die Beschwerdeführerin lehne eine Denervation des Sacrococcygeal Gelenks ab und wolle vorerst den möglichen Erfolg der manuellen Therapie abwarten (Vi-act. 114). Am 10. März 2023 erfolgte eine diagnostische Blockade DR S3+4 beidseits und Ganglion impar mit Lidocain. Dies bei aktuell NRS 7/10, Schmerzen coccygeal, wie vorbekannt und neu seit einem Monat, intermittierend einschliessende Schmerzen lumbosakral mit Ausstrahlung in den lateralen Oberschenkel bis Knie mit Hypästhesie, ohne motorische Defizite. Gemäss Dr.med. H. _____ wäre differenzialdiagnostisch bzgl. des neuen Schmerzes eine sek. myofasziale Genese, eine ISG Dysfunktion als auch eine radikuläre Genese denkbar. Postinterventionell waren die Schmerzen regredient auf NRS 0/10 (Vi-act. 113). Am 31. März 2023 berichtete die Beschwerdeführerin, dass die Schmerzen für ca. 7h NRS 0/10 und auch die Ausstrahlungen im Oberschenkel geschwunden waren; danach Schmerzverstärkung während 3 Tagen im Sinne eines Rebound Pain. Es wurde eine Thermoablation DR S3+4 beidseits sowie Ganglion impar durchgeführt, was postinterventionell nicht zu Schmerzreduktion führte (Vi-act. 112). In der Folgekonsultation vom 2. Mai 2023 berichtete die Beschwerdeführerin, dass sie während 1 Woche nach Infiltration stärkste Schmerzen durchgemacht habe. Zudem habe sie ein Fremdkörpergefühl, Taubheitsgefühl in diesem Bereich wahrgenommen. Nach ca. 1 Woche hätten sich die Schmerzen sowie auch dieses Fremdkörpergefühl

wieder beruhigt. Nun seien die Schmerzen im Vergleich zu präinterventionell ca. um 40% gesunken. Sie sei weiterhin deutlich schmerzgeplagt. Die Beschwerdeführerin lehnte weitere manuelle Therapie ab, Dr.med. H._____ empfahl keine weitere Infiltration, sondern medikamentöse Therapie, versuchsweise mit Piroxicam (Vi-act. 111).

2.11 In der dritten Aktenbeurteilung vom 25. Juni 2023 wiederholte Dr.med. F._____ seine früheren Beurteilungen und ergänzte, unter den wortwörtlich gleichen Diagnosen würden weitere Folgekonsultationen bei unveränderter und nicht zufriedenstellender Schmerzsituation stattfinden; trotz negativen Resultaten seien weiterhin Steroidinfiltrationen empfohlen worden. Am 7. Dezember 2022 werde ein isoliertes Problem des Os coccygis als sehr wahrscheinlich dargestellt, obwohl hier zu keinem Zeitpunkt strukturelle Veränderungen nachgewiesen werden konnten. Die post-hoc-ergo-propter-hoc Argumentation von Dr.med. H._____ könne versicherungsmedizinisch nicht nachvollzogen werden. Nach Beurteilung aller schmerztherapeutischen Berichte stellte Dr.med. F._____ fest, diese würden keinerlei neue medizinische Befunde und Erkenntnisse dokumentieren, so dass von den bisherigen Beurteilungen abgewichen werden müsste. Auch weiterhin werde ausschliesslich die subjektive Beschwerdesymptomatik der Versicherten behandelt, mehrfach hätten bisher mit aufwändigen und wiederholten bildgebenden Untersuchungen traumatische und posttraumatische Veränderungen sicher ausgeschlossen werden können (Vi-act. 128).

Mit Verfügung vom 30. Juni 2023 gelangte die Vorinstanz zum Schluss, dass die Beschwerden ab dem 1. September 2022 nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 10. Mai 2022 stehen würden, weshalb ab diesem Datum keine Leistungen mehr erbracht werden könnten (Vi-act. 129).

2.12 Bei frustanem Verlauf wies Dr.med. H._____ die Beschwerdeführerin am 7. Juli 2023 an das Schmerzzentrum des Kantonsspital J._____ für eine Zweitmeinung zu (Vi-act. 132). Ein Bericht ist nicht aktenkundig, wird auch von der Beschwerdeführerin nicht eingereicht.

2.13 Wie bereits erwähnt, wurde der Unfall durch eine Dritt-Arbeitgeberin, über welche die Beschwerdeführerin bei der L._____ unfallversichert war, auch dieser gemeldet (L._____ -act. 1). Die L._____ anerkannte das Unfallereignis und erbrachte Leistungen (L._____ -act. 9). Nachdem die Schmerzen anhielten und die Behandlung andauerte, holte die L._____ medizinische Berichte ein und nahm eine neuerliche Leistungsprüfung vor. Mit Stellungnahme vom 25. No-

vember 2022 gelangte Dr.med. I. _____ (Facharzt Chirurgie, speziell Allgemein Chirurgie und Traumatologie) zum Schluss, es läge aufgrund der bildgebenden Befunde mit Degenerationen Becken (ISG rechts) und LWS ein Vorzustand vor. Der Unfall habe zu keinen unfallkausalen strukturellen Läsionen geführt. Der status quo sine vel ante sei 6 Wochen nach der Kontusion erreicht (L. _____ -act. 60). Mit Schreiben vom 30. November 2022 terminierte die L. _____ die Leistungen auf den 15. Dezember 2022; der Zustand, wie er sich auch ohne Unfall eingestellt hätte, sei gemäss medizinischer Beurteilung spätestens am 21. Juni 2022 erreicht worden (L. _____ -act. 67).

Mit Schreiben vom 7. Dezember 2022 opponierte Dr.med. H. _____ gegen die Beurteilung der L. _____ (L. _____ -act. 68; Vi-act. 117). Sie leide seit dem Unfall an einer prolongierten Schmerzproblematik; zuvor sei sie im Bereich des Os coccygis beschwerdefrei gewesen. Nach durchgeführter Diagnostik sei ein isoliertes Problem des Os coccygis sehr wahrscheinlich. Eine prolongierte Schmerzsymptomatik sei bei einer Coccygodynie leider nicht untypisch, weshalb die noch bestehenden Schmerzen weiterhin als Unfallfolgen gewertet würden. Bis anhin seien die Therapieversuche zur Linderung der Beschwerden und Schmerzen leider erfolglos geblieben. Dr.med. I. _____ hielt an seiner Beurteilung fest mit der Begründung, bildgebend seien keine unfallkausalen strukturellen Läsionen abgebildet, welche die Schmerzproblematik somatisch erklären würden (L. _____ -act. 69), worauf die L. _____ an der Leistungseinstellung mit dieser Begründung festhielt (L. _____ -act. 71).

Am 21. Dezember 2022 zeigte sich Dr.med. H. _____ erneut nicht einverstanden und erklärte (Vi-act. 115):

Ihre Rückmeldung verwundert mich medizinisch etwas, da es sich bei einer Coccygodynie, auch wenn diese posttraumatisch auftritt, was letztlich einer der Hauptgründe ist, nicht zwingend ossäre Veränderungen nachzuweisen sind, da es sich um eine Problematik einer kartilaginären (knorpeligen) Struktur handelt. Wären ossäre Strukturen betroffen, würde man von einer Fraktur sprechen.

In diesem Sinne ist Ihre Rückmeldung, was die Symptomatik und Erkrankung betrifft, zumindestens medizinisch inkorrekt. Bezüglich versicherungstechnischer Aspekte kann ich ihre Rückmeldung nicht beurteilen, da ich Kliniker bin. Eine vollumfängliche Beurteilung ihrerseits, nicht nur einer Bildgebung innerhalb kürzester Zeit, wäre wünschenswert.

Klinisch besteht klar eine Coccygodynie, welche mittels diagnostischer Blockade bestätigt werden konnte. Es liegt natürlich, wie oft bei einem solchen Verlauf, auch eine psychosoziale Komponente mit depressiver Verstimmung vor, wohl aber ist der Schmerz klar reproduzierbar und rein lokalisiert.

Weitere Abklärungen der L. _____ erfolgten nicht, da für das Unfallereignis die Vorinstanz zuständig ist.

2.14 Mit Einspracheentscheid vom 15. Februar 2024 wies die Vorinstanz die Einsprache ab unter Verweis auf die Beurteilung von Dr.med. F._____, welcher insbesondere die Ausführungen von Dr.med. H._____ zuhanden der L._____ vom 21. Dezember 2022 (vgl. oben E. 2.13) widerlegt habe (Vi-act. 159).

2.15 Vor Verwaltungsgericht legt die Beschwerdeführerin keine neuen medizinischen Berichte vor. Die Vorinstanz ihrerseits ersuchte Dr.med. K._____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie) um eine fachärztliche Aktenbeurteilung, welche dieser am 8. Mai 2024 vorgelegt hat und die dem Gericht mit der Vernehmlassung eingereicht wurde.

3. Die Beschwerdeführerin bestreitet die Schlüssigkeit der Beurteilungen von Dr.med. F._____. Dr.med. H._____ habe in den Berichten vom 7. und 21. Dezember 2022 ausführlich und klar dargelegt, weshalb eine unfallkausale Diagnose zu stellen sei, welche die nach wie vor bestehenden Beschwerden erkläre. Das Fehlen struktureller ossärer Veränderungen tue dem keinen Abbruch; sie seien für das Vorliegen einer Coccygodynie nicht erforderlich. Unter Verweis auf die Literatur hält die Beschwerdeführerin fest, eine Coccygodynie sei in den meisten Fällen unfallbedingt und CT sowie MRI seien diesbezüglich nicht schlüssig. Hingegen würden die von Dr.med. H._____ angewendeten Infiltrationen dem Nachweis dienen. Im Mindesten bestünden Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, weshalb eine externe Begutachtung angezeigt sei.

4.1 Entgegen den beschwerdeführerischen Ausführungen vermögen die Berichte von Dr.med. H._____ an den von der Vorinstanz eingeholten fachärztlichen Beurteilungen keine Zweifel zu erwecken. Dagegen spricht allein schon die Tatsache, dass sich einzig Dr.med. H._____ für eine durch das Unfallereignis vom 10. Mai 2022 verursachte Coccygodynie ausspricht, wogegen sich Dr.med. F._____, Dr.med. I._____ und Dr.med. K._____ unabhängig voneinander gegen unfallkausale Beschwerden aussprechen. Zudem setzen sich zumindest Dr.med. F._____ und Dr.med. K._____ auch explizit mit den Vorbringen von Dr.med. H._____ auseinander und begründen, weshalb dessen Beurteilung nicht gefolgt werden kann. Neue Arztberichte, etwa als Entgegnung auf die Beurteilung von Dr.med. K._____ legt die Beschwerdeführerin nicht vor; sie nimmt weder zur Vernehmlassung noch zur Beurteilung Stellung.

4.2 Im Schreiben vom 7. Dezember 2022 ersucht Dr.med. H._____ die L._____ nach deren Leistungseinstellung um neuerliche Prüfung des Falles (Vi-act. 117). Seines Erachtens ist die Coccygodynie posttraumatisch. Allerdings

legt er für diese Diagnose keine Begründung vor ausser derjenigen, dass vor dem Unfall keinerlei Beschwerden im Bereich des Os coccygis bestanden hätten. Zu Recht hielt Dr.med. F._____ dem entgegen, dass diese Begründung auf die unzulässige Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc" hinausläuft (BGE 142 V 325 E. 2.3.2.2) und nicht zu hören ist. Wenn Dr.med. H._____ weiter ausführt, bei einer Coccygodynie sei eine prolongierte Schmerzsymptomatik nicht untypisch, um dann anzufügen, deshalb werte er die Schmerzen weiterhin als Unfallfolgen, so vermag er damit keinesfalls den Nachweis zu erbringen, dass die Coccygodynie überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 10. Mai 2022 zurückzuführen ist. Weitere Kriterien oder Indizien, welche den Unfall als Ursache der Beschwerden begründen könnten, trägt Dr.med. H._____ im Schreiben vom 7. Dezember 2022 nicht vor.

4.3 Im Schreiben vom 21. Dezember 2022 antwortet Dr.med. H._____ auf die L._____ -Beurteilung, wonach bildgebend keine unfallkausalen strukturellen Läsionen abgebildet seien, welche die Schmerzproblematik somatisch erklären würden (vgl. L._____ -act. 71). So seien nach Dr.med. H._____ selbst bei einer posttraumatischen Coccygodynie ossäre Veränderungen nicht zwingend nachweisbar, da es sich um eine Problematik einer kartilaginären (knorpeligen) Struktur handle. Deshalb spreche man nicht von einer Fraktur. Mittels diagnostischer Blockaden habe eine Coccygodynie klinisch bestätigt werden können (Viact. 115). Dem hielt Dr.med. F._____ entgegen, dass auch Veränderungen am Knorpel nie nachgewiesen worden seien. Zudem ist nachvollziehbar, wenn Dr.med. F._____ die Aussage, es liege sehr wahrscheinlich ein isoliertes Problem des Os coccygis vor, als nicht haltbar beurteilt, nachdem zusätzlich zu fehlenden bildgebenden Befunden sämtliche Infiltrationen negativ waren.

4.4 Für Dr.med. K._____ ist nicht anzuzweifeln, dass die akut aufgetretenen Schmerzen im Bereich des Os coccygis die wahrscheinlichste Folge des Treppensturzes sein können. Er betont indes, eine pathognomische Schmerzursache vom Steissbein ausgehend könne nicht hinreichend belegt werden und erscheine kaum überwiegend wahrscheinlich. Dies begründet er schlüssig und nachvollziehbar. Das CT vom 11. Mai 2022 zeige lediglich ein diskretes subkutanes Hämatom paravertebral links auf Höhe L5/S1, was auf eine ebendortige Kontusion am Vortag bedeutet werden könne und eine tiefer gelegen, objektivierbare somatisch relevante Verletzungsfolge mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesse. Das MRI vom 1. Juli 2022 habe keine auf den Sturz zurückzuführende und überwiegend wahrscheinliche Signalstörung aufgezeigt. Das diskrete Knochenmarködem sakralseitig inferior, angrenzend an das ISG rechts, werde vom Radiologen als am

ehesten degenerativ beurteilt. Hierzu ergänzt Dr.med. K. _____, wenn die Coccygodynie gemäss Dr.med. H. _____ eine Problematik einer knorpeligen Struktur sei, so werde im MRI auch der Knorpel und alle umgebenden Weichteile abgebildet und eine chronische/akute Veränderung/Verletzung könnte ausreichend beurteilt werden. Dies war indes nicht der Fall (vgl. oben E. 2.5). Zudem besitze der Knorpel weder Nerven noch Schmerzfasern, weshalb hieraus keine Schmerzen entstehen könnten.

Für Dr.med. K. _____ ist es notorisch, dass bei einer direkten oder indirekten Kontusion Mikroverletzungen, die weder klinisch noch bildgebend nachweisbar seien, in schmerzinnervierten Weichteilen entstehen könnten. Diese würden indes keine objektivierbaren Funktionsausfälle bewirken, könnten aber zu einer kurzzeitigen Arbeitsunfähigkeit führen. Die persistierenden Beschwerden der Beschwerdeführerin seien indes orthopädisch-traumatologisch nicht hinreichend erklärbar. Wenn im CT paravertebral links auf Höhe L5/S1 nur ein diskretes subkutanes Hämatom erkannt werde und im Bereich LWS/Gesäss weder eine Prellmarke noch Schürfung/Rötung gesehen werde, dann sei erwiesen, dass die ebenda einwirkende Intensität des inkriminierten lokalen Aufpralls vernachlässigbar klein, sicher kleiner als am Ellenbogen bzw. Unterschenkel mit entsprechenden Anzeichen gewesen sei. Eine relevante/signifikante Verletzungsfolge in der Tiefe an ossären Strukturen des Beckens/Sacrums sei daher unwahrscheinlich. Es sei mit medizinisch-somatischen Werten nicht erklärbar, weshalb die erkennbaren Verletzungsfolgen (Ellenbogen/Unterschenkel) ausheilen und gleichzeitig die vermutete aber nicht dokumentierbare Verletzung (i.S. der Mikroverletzungen) nicht heilen sollten. Bei den hier überwiegend wahrscheinlich zugrunde liegenden und versicherungstechnisch zu akzeptierenden, allerdings nur vorübergehend schmerzverursachenden Mikroverletzungen im Sakrumbereich trete immer die folgenlose Heilung („Restitutio ad integrum“) ein, insbesondere dann, wenn wie in casu, die Heilung nicht durch generalisierte und/oder lokale somatische Komplikationen gestört werde.

Weiter weist Dr.med. K. _____ darauf hin, dass die von der Beschwerdeführerin abgelehnte Anpassung der Schmerztherapie auf eine klare Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen (NRS 8-10/10) und den effektiven hindeute. Ob und wie oft Schmerzmedikamente überhaupt eingenommen worden seien, sei nicht dokumentiert. Der körperliche Leidensdruck könne kaum relevant gewesen sein, wenn ärztliche Vorschläge und verordnete Therapien abgelehnt oder verschoben worden seien und trotz massiven Schmerzen bis NRS 10/10 beim Sitzen eine Reise nach M. _____ unternommen werde, um dort eine Therapie mit heilendem Quellwasser zu machen.

4.5 Damit aber liegen drei fachärztliche Beurteilungen vor, welche übereinstimmend zum Schluss gelangen, die von der Beschwerdeführerin geklagten persistierenden Beschwerden seien nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 10. Mai 2022 zurückzuführen. Soweit einzig Dr.med. H._____ eine hiervon abweichende Meinung vertritt, so setzen sich die Versicherungen bzw. deren Ärzte mit dessen Berichten ausdrücklich auseinander und legen nachvollziehbar dar, dass die von ihm gestellte Diagnose einer posttraumatischen (im Sinne von unfallkausalen) Coccygodynie nicht nachvollziehbar ist. Entgegen der beschwerdeführerischen Darstellung vermögen die Berichte von Dr.med. H._____ an den Beurteilungen der Versicherungsärzte daher keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken.

4.6.1 Kommt hinzu, dass auch Dr.med. H._____ nicht geltend macht, es lägen organische objektiv ausgewiesene Unfallfolgen vor. Diesbezüglich bestehen keine Widersprüche (vgl. betreffend organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen Urteil BGer 8C_391/2022 vom 10.1.2023 E. 3.2.2). Wenn aber solche fehlen, bedarf es für die Bejahung einer Leistungspflicht des Unfallversicherers einer besonderen Adäquanzbeurteilung (BGE 138 V 248 E. 4; Urteil BGer 8C_801/2017 vom 24.4.2018 E. 4.2.2). Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 2.1). Da vorliegend unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin keine die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigenden Verletzungen erlitt, sind die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden, anzuwenden (BGE 115 V 133 E. 6c/aa; sog. Psycho-Praxis). Wenn ein allfälliger Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, kann die Frage, ob die geklagten, medizinisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden natürlich kausal durch ein Unfallereignis verursacht worden sind, offen gelassen werden (BGE 135 V 465 E. 5.1 mit Hinweisen).

4.6.2 Den Ausgangspunkt der Adäquanzbeurteilung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis. Im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise ist zu untersuchen, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Die Unfallschwere ist aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen. Irrelevant sind die Unfallfolgen oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können; solchen Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen (BGE 140 V 356 E. 5.1; Urteile BGer 8C_592/2023 vom 30.1.2024 E. 7.2.1; 8C_176/2018 vom

27.9.2018 E. 10.1; 8C_596/2022 vom 11.1.2023 E. 4.4.1). Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 115 V 133 E. 6; SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7, 8C_398/2012 E. 5).

Das Unfallereignis vom 10. Mai 2022 ist wenig dokumentiert. Andererseits wird nicht bestritten, dass die Beschwerdeführerin auf der Treppe ausgerutscht ist und auf dem Po/Rücken mehrere Stufen runterstürzte (vgl. oben E. 2.1). Ohne besondere Vorkommnisse sind Treppenstürze i.d.R. den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen zuzuordnen (vgl. Urteile BGer 8C_620/2021 vom 14.1.2022, 8C_899/2013 vom 15.5.2014 E. 5.1.2; 8C_39/2008 vom 20.11.2008 E. 5.1, je mit weiteren Hinweisen), wenn gleich leichte Stürze / Stolpern auf der Treppe auch als leichte Unfälle qualifiziert werden können (vgl. etwa Urteile BGer 8C_187/2017 vom 11.8.2017; 8C_68/2009 vom 7.5.2009). Das vorliegende Ereignis stellt sicherlich einen Grenzfall dar, wobei die Qualifikation letztlich offenbleiben kann, da die Adäquanz selbst dann zu verneinen ist, wenn zu Gunsten der Beschwerdeführerin von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten angenommen wird.

Bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen kann die Unfalladäquanz der gesundheitlichen Beschwerden nur bejaht werden, wenn mindestens vier der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt gegeben ist (Urteil BGer 8C_394/2022 vom 8.11.2022 E. 5.2.2).

4.6.3 Die Unfalladäquanz ist anhand folgender Kriterien zu prüfen (vgl. zum Ganzen: BGE 115 V 140 E. 6c/aa; Urteil BGer 8C_123/2018 vom 18.9.2018 E. 5):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls (Urteil BGer 8C_53/2019 vom 9.5.2019 E. 5.3);
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen (Urteil BGer 8C_528/2021 vom 3.5.2022 E. 7.3.1);
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung (Urteil BGer 8C_394/2022 vom 8.11.2022 E. 9.1);
- körperliche Dauerschmerzen (Urteil BGer 8C_528/2021 vom 3.5.2022 E. 7.3.2);
- ärztliche Fehlbehandlung, die die Unfallfolgen erheblich verschlimmert (Urteil BGer U 479/05 vom 6.2.2007 E. 8.5)
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen (Urteil BGer 8C_131/2021 vom 2.8.2021 E. 6.4.3);
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (Urteil BGer 8C_488/2017 vom 27.11.2017 E. 6.9).

Es liegen keinerlei Hinweise für besonders dramatische Begleitumstände vor und es werden von der Beschwerdeführerin auch keine geltend gemacht. Gemäss Diagnose der erstbehandelnden Ärzte im Spital E. _____ erlitt die Beschwerdeführerin eine Kontusion LWS, Os sacrum, Ellenbogen links und Unterschenkel links (Vi-act. 10). Die Kontusion als Diagnose wiederholte auch die Hausärztin, als sie die Beschwerdeführerin wegen anhaltender Beschwerden am 3. Juni 2022 wieder ans Spital zwies (L. _____-act. 34). Dabei handelt es sich nicht um Verletzungen, die geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Das Kriterium der langen ärztlichen Behandlung setzt eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer voraus (SVR 2019 UV Nr. 41), welche vorliegend nicht gegeben ist. Wohl suchte die Beschwerdeführerin über längere Zeit die Schmerztherapie auf. Eine eigentliche Therapie zur Verbesserung des Gesundheitszustandes wurde indes nie begonnen und konnte nie etabliert werden. Hinweise für eine ärztliche Fehlbehandlung, die die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätten, bestehen ebenso wenig wie solche für einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen. Damit aber können nicht mindestens vier Kriterien erfüllt sein, selbst wenn Dauerschmerzen oder Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit anerkannt würden. Da die Adäquanzkriterien rechtsprechungsgemäss nur mit grosser Zurückhaltung als ausgeprägt erfüllt anerkannt werden (Urteil BGer 8C_131/2021 vom 2.8.2021 E. 6.4.1), ist vorliegend auch diese Voraussetzung bei keinem Kriterium erfüllt. Dr.med. H. _____ dokumentierte Schmerzen nur bei sitzender Position bei direktem Kontakt mit dem Os coccygis, eine analgetische Dauermedikation empfahl er mangels kontinuierlicher Schmerzen nicht (Vi-act. 61). Schon dies spricht gegen eine besondere Ausprägung. Soweit die Beschwerdeführerin über Schmerzen im Sitzen von NRS 10/10 klagt, so gilt es mit Dr.med. K. _____ darauf hinzuweisen, dass offenkundig eine Reise nach M. _____ (welche mit Sicherheit ein längeres Sitzen erforderlich machte) möglich war, die effektive Schmerzmitteleinnahme unbekannt ist, verschiedene Therapievorschlüsse von der Beschwerdeführerin abgelehnt wurden, so dass ein hoher Leidensdruck nicht angenommen werden kann. Zusammenfassend ist damit auch die Adäquanz der geklagten Beschwerden zu verneinen.

5. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Die Beurteilung der Vorinstanz, wonach die geklagten Beschwerden ab dem 1. September 2022 nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 10. Mai 2022 stehen, ist nicht zu beanstanden. Die Leistungen wurden zu Recht ab diesem Datum eingestellt.

6. Es werden keine Kosten erhoben (Art 61 lit. ^{fbis} ATSG).

7. Die Beschwerdeführerin beantragt unentgeltliche Rechtsverteidigung, was das kumulative Vorliegen von drei Voraussetzungen, nämlich der finanziellen Bedürftigkeit des Rechtsuchenden, der Nichtaussichtslosigkeit seines Parteistandes und der sachlichen Notwendigkeit der Verteidigung verlangt (vgl. BGE 128 I 225 E. 2.5; VGE I 2020 85 vom 11.12.2020 E. 5.1).

Die Beschwerdeführerin weist ein Nettoeinkommen der Eheleute von rund Fr. 70'000/Jahr aus (ca. Fr. 5'835/Mt). Dem stehen ein Grundbeitrag von Fr. 3'600/Mt und eine belegte Wohnungsmiete von Fr. 2'280/Mt gegenüber, so dass auch ohne Auflistung der weiteren Ausgaben Bedürftigkeit ausgewiesen ist. Dass die Beschwerdeführerin, welche die deutsche Sprache nur mässig spricht (Vi-act. 42) und juristisch nicht bewandert ist, einen Rechtsvertreter beizog, ist nicht zu beanstanden.

Was das dritte Kriterium anbelangt, so sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Begehren als aussichtslos anzusehen, bei denen die Gewinnaussichten beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und die deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die nötigen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zu einem Prozess entschliessen würde. Eine Partei soll einen Prozess, den sie auf eigene Rechnung und Gefahr nicht führen würde, nicht deshalb anstrengen können, weil er sie - zumindest vorläufig - nichts kostet. Ob im Einzelfall genügende Erfolgsaussichten bestehen, beurteilt sich aufgrund einer vorläufigen und summarischen Prüfung der Prozessaussichten, wobei die Verhältnisse im Zeitpunkt der Einreichung des Gesuchs massgebend sind (BGE 142 III 138 E. 5.1). Vorliegend muss sicherlich von einem Grenzfall gesprochen werden. Die Beschwerdeführerin beruft sich einzig auf die Berichte von Dr.med. H. _____, der aber die Unfallkausalität der Beschwerden nicht wirklich begründet. Zudem haben sowohl die Vorinstanz als auch die L. _____ je unabhängig voneinander den status quo sine vel ante nach 12 resp. nach 6 Wochen als eingetreten beurteilt, weshalb die Erfolgsaussicht als gering eingestuft werden musste. Andererseits sah sich offenbar auch die Vorinstanz veranlasst, im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eine weitere fachärztliche Beurteilung einzuholen, was gegen Aussichtslosigkeit spricht.

Der Beschwerdeführerin ist damit die unentgeltliche Rechtsverteidigung zu gewähren und RA lic.iur. B. _____ als Rechtsbeistand zu bestellen. Er hat am 3. Juni 2024 eine Honorarnote über Fr. 2'378.20 eingereicht und darin erbrachte

Leistungen mit einem Zeitaufwand von 8.08 Std. sowie Spesen (Kopien, Telefonate, Porti, E-Mail etc.) von Fr. 180 ausgewiesen. Soweit er dabei einen Stundenansatz von Fr. 250/h anwendet, ist dies rechtsprechungsgemäss auf Fr. 220/h inkl. MwSt zu korrigieren (VGE III 2015 176 vom 22.12.2015 E. 4). Das Honorar ist in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens pauschal auf insgesamt Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen. Dieses Honorar unterliegt der Rückerstattungspflicht gemäss § 75 Abs. 3 VRP.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Der Beschwerdeführerin wird die unentgeltliche Rechtsverteidigung gewährt und Rechtsanwalt lic.iur B. _____ wird als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Ihm ist zu Lasten des Verwaltungsgerichts ein Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) von Fr. 1'900.-- zu entrichten.
4. Die Beschwerdeführerin hat die Kosten der unentgeltlichen Rechtsverteidigung von Fr. 1'900.-- dem Gericht zurückzuerstatten, wenn sie dazu innert 10 Jahren nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheides in der Lage ist (§ 75 Abs. 3 VRP).
5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
6. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 22. August 2024

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 11. September 2024