



**Fall-Nr.:** UV 2011/43  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 13.09.2012  
**Entscheiddatum:** 13.09.2012

### **Entscheid Versicherungsgericht, 13.09.2012**

**UVG Art. 6: Natürlicher Kausalzusammenhang zwischen einem Sturz aufs Gesäss und einer Aufrichtungsspondylodese Th11 bis L5 bei vorbestehender Lumbalskoliose und vermuteten Impressionsfrakturen Th12 und L1 nicht überwiegend wahrscheinlich. Leistungspflicht der Unfallversicherung (rückwirkend) zu Recht verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. September 2012, UV 2011/43).**

**Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_882/2012**

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Vera Holenstein Werz

### **Entscheid vom 13. September 2012**

in Sachen

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. oec. Hubert Bühlmann, Museumstrasse 35,

9000 St. Gallen,

gegen

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



## St.Galler Gerichte

### Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Fürsprecherin Dr. iur. Marianne Sonder, Rossimattstrasse 17,

3074 Muri b. Bern,

betreffend

### Versicherungsleistungen

#### Sachverhalt:

##### A.

**A.a** A.\_\_\_\_, Jahrgang 1952, war seit Januar 1989 als Chauffeuse bei der B.\_\_\_\_ angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen Unfälle versichert (UV-act. I/1). Aufgrund eines Autounfalls 1992, bei dem sie sich eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) zugezogen hatte, war der Versicherten eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 7,5% sowie ab 1. April 1995 eine Rente der Suva bei einem Invaliditätsgrad von 30% zugesprochen worden (UV-act. III/92). Ab 1. März 2004 war der Invaliditätsgrad der Versicherten auf 15% reduziert worden (UV-act. III/118). - Eine Schulterverletzung, die sie bei einem Sturz am 15. Dezember 2003 erlitten hatte, war folgenlos abgeheilt (vgl. UV-act. II/25, II/27). Krankheitsbedingt war der Versicherten 2004 an der linken Hüfte eine Totalprothese eingesetzt worden.

**A.b** Am 13. Mai 2008 rückte die Versicherte einen Anhänger zurecht und stürzte dabei aufs Gesäss (UV-act. I/1). Sie suchte noch am gleichen Tag ihren Hausarzt, Dr. med. C.\_\_\_\_, auf, der sie 50% arbeitsunfähig schrieb (UV-act. I/2 ff.). Da die lumbalen Schmerzen der Versicherten trotz Schonung und analgetischer Therapie eher zunahmen und aufgrund der Röntgenbilder vom 27. Mai 2008 eine Fraktur nicht sicher ausgeschlossen werden konnte, wurde am 16. Juni 2008 ein Magnetresonanztomogramm (MRT oder MRI) mit der Frage nach einer Knochenverletzung im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) durchgeführt (UV-act. I/124). Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie und Nuklearmedizin, berichtete über eine



frischere Impressionsfraktur des 12. Brustwirbelkörpers (BWK) mit Bildung eines ventralen Keilwirbels, eine frische umschriebene Deckenplattenimpression im dorsalen Bereich des 1. Lendenwirbelkörpers (LWK) und diverse degenerative Veränderungen an der lumbalen Wirbelsäule (UV-act. I/124). Gestützt auf diese Tomogramme und auf die Röntgenbilder, die am 1. Juli 2008 am Kantonsspital St. Gallen angefertigt worden waren (vgl. UV-act. I/122), wurde mit der Versicherten in der Wirbelsäulen-Sprechstunde der dortigen Klinik für Orthopädische Chirurgie das operative Vorgehen besprochen. Sie entschied sich gegen die Stabilisierung der zwei gebrochenen Wirbel mittels Vertebroplastie und für die dorsale Aufrichtungsspondylodese Th11 bis L5 mit transforaminaler lumbaler interkorporeller Fusion L3 bis L5 (TLIF, vgl. UV-act. I/6). Diese Operation wurde am 2. Oktober 2008 durchgeführt und die Versicherte bis 15. Oktober 2008 hospitalisiert (UV-act. I/10; TLIF L2 bis L5). Die Suva kam für die Heilbehandlung auf (mit Operation, stationärem Rehabilitationsaufenthalt, Physiotherapie usw.; vgl. UV-act. I/8, I/14, I/16 f) und richtete aufgrund der Arbeitsunfähigkeit Taggelder aus (UV-act. I/4 f., I/7, I/25, I/27, I/30, I/33, I/59).

**A.c** Anlässlich eines neurologischen Konsiliums vom 27. Juli 2009 am Kantonsspital St. Gallen wurden eine posttraumatische Radikulopathie L5/S1 links und das bereits anlässlich des Rehabilitationsaufenthalts in der Klinik Valens diagnostizierte Karpaltunnelsyndrom links festgehalten (UV-act. I/23, I/47). Auf Nachfrage berichtete die Versicherte über eine Stressinkontinenz und morgendliche Blasenentleerungsstörungen. Die weiteren Abklärungen an der Klinik für Urologie am Kantonsspital St. Gallen führten zur Diagnose einer Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie (UV-act. I/83). Zur Klärung des Umfangs ihrer Leistungspflicht legte die Suva die Unterlagen der Abteilung Versicherungsmedizin in Luzern vor. Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie, ging in ihrem Bericht vom 23. August 2010 von einem überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen der Operation vom 2. Oktober 2008, die dem Sturz vom 13. Mai 2008 gefolgt war, und der diagnostizierten Blasenentleerungsstörung aus (UV-act. I/108). Am 8. Februar 2011 nahm Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, Luzern, zu den medizinischen Unterlagen, insbesondere zur Bildgebung Stellung (UV-act. I/128 bzw. I/143). Er kam zum Schluss, dass aufgrund des MRI vom 16. Juni 2008 eine Fraktur von Th12 und L1 nur möglich sei. Vielmehr sei von Knochenkontusionen bzw. Bone bruises auszugehen. Die Lumbalskoliose sei sicher vorbestehend und durch den Unfall vom 13. Mai 2008



## St.Galler Gerichte

nicht verschlimmert worden. Die Wirbelsäulenoperation sei nachträglich nicht durch den Unfall indiziert gewesen und die Unfallversicherung habe für die damit zusammenhängenden Parästhesien nicht aufzukommen. Gestützt auf diese ärztlichen Beurteilungen beschloss die Suva, ihre Leistungen zu terminieren. Die Terminierung wurde der Versicherten am 28. Februar 2011 im Gespräch und am 16. März 2011 in einer formellen Verfügung eröffnet (vgl. UV-act. I/131, I/133). Es wurde festgehalten, dass die Operation vom 2. Oktober 2008 nicht mit der geforderten Wahrscheinlichkeit durch das Unfallereignis vom 13. Mai 2008 notwendig geworden sei und daher ab dem Operationszeitpunkt keine Leistungspflicht der Unfallversicherung mehr bestehe. Entgegenkommenderweise würden die Leistungen per 31. März 2011 eingestellt und auf die Rückforderung der zu viel ausgerichteten ca. Fr. 70'000.-- verzichtet.

### **B.**

Gegen die Verfügung vom 16. März 2011 liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. oec. Hubert Bühlmann, St. Gallen, Einsprache erheben (UV-act. I/145). Mit Entscheid vom 4. Mai 2011 wies die Suva die Einsprache ab.

### **C.**

**C.a** Dagegen richtet sich die Beschwerde vom 6. Juni 2011 mit den Anträgen, der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 4. Mai 2011 sei aufzuheben, der Beschwerdeführerin seien über den 31. März 2011 hinaus die Kosten der notwendigen Heilbehandlung sowie die Taggelder im bisherigen Umfang auszurichten; eventualiter sei die Streitsache zur erneuten medizinischen Begutachtung und Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zur Begründung wird angeführt, die Beschwerdegegnerin habe den Anspruch der Beschwerdeführerin auf das rechtliche Gehör verletzt, indem sie in der Begründung des Einspracheentscheids mit keinem Wort auf ihre Vorbringen eingegangen sei. Die ärztlichen Diagnosen seien immer von frischen Impressionsfrakturen am BWK12 und LWK1 ausgegangen und die Suva habe gestützt darauf während fast drei Jahren Versicherungsleistungen erbracht. Dr. F.\_\_\_\_ setze den bisher übereinstimmenden Diagnosen lediglich eine medizinische Hypothese gegenüber und stütze sich allein auf die bildgebenden Unterlagen. Insgesamt ergebe sich der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 13. Mai



## St.Galler Gerichte

2008 und ihren Beschwerden sowie der daraus resultierenden Notwendigkeit der Operation vom 2. Oktober 2008 und der anschliessenden weiteren Heilbehandlung. Der Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2011 könne diesen Zusammenhang nicht schlüssig widerlegen.

**C.b** Die Suva beauftragte Rechtsanwältin Dr. iur. Marianne Sonder, Muri bei Bern, mit ihrer Vertretung. Mit Beschwerdeantwort vom 8. September 2011 liess sie die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde vom 6. Juni 2011 beantragen. Zur Begründung verneinte sie eine Verletzung des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf rechtliches Gehör. Unbestritten sei, dass mit der Lumbalskoliose ein massiver degenerativer Vorzustand bestanden habe. Durch den Unfall habe keine Verschlimmerung des Vorzustands stattgefunden. Sowohl Dr. E.\_\_\_\_ als auch Dr. F.\_\_\_\_ hätten die Diagnose einer Deckenplattenfraktur Th12 und L1 in Zweifel gezogen und würden darin mit der Beurteilung des Kantonsspitals St. Gallen vom 23. Dezember 2009 (UV-act. I/86) übereinstimmen. Auf jeden Fall sei die Indikation für die Aufrichtungsoperation der lumbalen Skoliose nicht unfallbedingt. Die Ärzte am Kantonsspital St. Gallen hätten der Beschwerdeführerin primär die Stabilisierung der beiden Wirbel Th12 und L1 mittels Vertebroplastie empfohlen, was mit einem minimalen chirurgischen Eingriff und einem kurzen stationären Aufenthalt verbunden gewesen wäre (UV-act. I/6). Für die Behandlung der krankheitsbedingten Skoliose und der Folgen dieser Operation (Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie und Radikulopathie L5/S1) treffe die Beschwerdegegnerin jedenfalls keine Leistungspflicht.

**C.c** Mit Replik vom 28. Oktober 2011 liess die Beschwerdeführerin an ihren Argumenten festhalten. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik.

**C.d** Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit für den Entscheid erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

### Erwägungen:

1.



**1.1** Soweit die Beschwerdeführerin zum angefochtenen Einspracheentscheid vom 4. Mai 2011 geltend machen lässt, ihr Anspruch auf das rechtliche Gehör sei verletzt worden, indem die Beschwerdegegnerin darin mit keinem Wort auf ihre Vorbringen eingegangen sei, ist dazu vorab Stellung zu nehmen.

**1.2** Die Beschwerdegegnerin hat die Begründung des Einspracheentscheids auf die medizinischen Unterlagen gestützt und die Schlüssigkeit der Beurteilungen von Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ unterstrichen. Auf die gegnerische Argumentation ist sie vor allem bezüglich zeitlichem Element eingegangen. Sie stellte dar, ihre Leistungspflicht könne nicht deshalb gegeben sein, weil die vorbestehende Skoliose trotz körperlich strenger beruflicher Tätigkeit als Chauffeuse vor dem Unfall keine Beschwerden und keine Arbeitsunfähigkeit verursacht habe, was danach in starker Ausprägung der Fall gewesen sei. Damit hat sie den Einspracheentscheid einlässlich und nachvollziehbar begründet und so abgefasst, dass die Beschwerdeführerin diesen sachgerecht anfechten konnte (vgl. BGE 134 I 88 E. 4.1 mit Hinweisen).

**1.3** Selbst wenn von einer Verletzung der Begründungspflicht und damit des rechtlichen Gehörs ausgegangen würde, würde es sich um eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung handeln, die geheilt werden könnte, da das Gericht im vorliegenden Verfahren Sachverhalt und Rechtslage frei überprüft (vgl. BGE 132 V 390 E. 5.1 und BGE 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen, sowie René Wiederkehr, Die Begründungspflicht nach Art. 29 Abs. 2 der Schweizerischen Bundesverfassung [BV; SR 101] und die Heilung bei Verletzung, in: ZBI 2010 S. 481 ff., besonders S. 499 ff.).

## 2.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen ist, dass die Rückenoperation vom 2. Oktober 2008 (dorsale Aufrichtungsspondylodese Th11 bis L5 und transforaminale lumbale interkorporelle Fusion L2 bis L5) weder sicher noch wahrscheinlich aufgrund des Unfalls vom 13. Mai 2008 notwendig war und sie daher ab dem 2. Oktober 2008 keine Leistungspflicht mehr treffe.

## 3.



**3.1** Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid (E. 1) die Voraussetzungen der Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) sowie das Erfordernis eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden zutreffend dargestellt. Darauf kann verwiesen werden. Dasselbe gilt für die Ausführungen zur Formel "post hoc ergo propter hoc" und ihrer beweisrechtlichen Untauglichkeit (vgl. E. 1b 2. Absatz des angefochtenen Einspracheentscheids sowie SVR 2009 UV Nr. 13 [8C\_590/2007] S. 52 E. 7.2.4 sowie Urteil des Bundesgerichts vom 9. Mai 2011, 8C\_979/2010, E. 6.2 mit Hinweisen). Hinzuweisen ist zusätzlich auf Art. 6 Abs. 3 UVG, wonach der Unfallversicherer für unerwünschte Folgen der von ihm übernommenen Eingriffe einzustehen hat, ohne dass die behandlungsbedingte Schadenverursachung den Unfallbegriff, den Tatbestand des haftpflichtrechtlichen Kunstfehlers oder der strafrechtlich relevanten Körperschädigung erfüllen muss (BGE 118 V 292 f. E. 3b).

**3.2** Zum Beweiswert eines Arztberichts ist zu ergänzen, dass nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung entscheidend ist, 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 medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 232 E. 5.1 und BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kann rechtsprechungs-gemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). Art. 8 BV und Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK; SR 0.101) geben keinen formellen Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen



bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen (vgl. BGE 135 V 469 E. 4.3.2 mit Hinweisen). An die Beweiswürdigung von Stellungnahmen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte sind jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 472 E. 4.7).

**3.3** Weiter schliesst der Untersuchungsgrundsatz, der im Sozialversicherungsverfahren gilt, die Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen eine objektive Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (vgl. BGE 121 V 208 E. 6a, Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Zürich 2009, N 39 zu Art. 43, sowie Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451, je mit weiteren Hinweisen). Bei einer in Aussicht genommenen Einstellung einer bisher ausgerichteten Leistung trägt entsprechend diejenige Partei die Beweislast, die daraus Rechte ableiten will (vgl. Kieser, a.a.O., N 40 zu Art. 43).

## 4.

**4.1** Die Beschwerdegegnerin hatte die Versicherungsleistungen (Heilungskosten und Taggelder) nach dem Unfall vom 13. Mai 2008 ohne jeglichen Vorbehalt erbracht. Mit Verfügung vom 16. März 2011 hielt sie fest, bereits ab Datum der Rückenoperation (2. Oktober 2008) habe keine Leistungspflicht mehr bestanden. Entgegenkommenderweise würden die Leistungen erst per 31. März 2011 eingestellt und auf die Rückforderung der zu viel ausgerichteten ca. Fr. 70'000.-- werde verzichtet. Bei dieser Sachlage steht im vorliegenden Fall eine anspruchsaufhebende Tatfrage zur Diskussion, für welche die Beweislast bei der Beschwerdegegnerin liegt (vgl. vorstehende E. 3.3).

## 4.2



**4.2.1** Die Beschwerdeführerin stürzte am 13. Mai 2008 aufs Gesäss und klagte über tief lumbale Rückenschmerzen (vgl. UV-act. I/3). Dr. C.\_\_\_\_ erhob als Befund diffuse Palpationsschmerzen thorakolumbal und lumbal sowie eine eingeschränkte Beweglichkeit von Brust- und Lendenwirbelsäule. Einen Achsenstoss-Schmerz sowie neurologische Ausfälle verneinte der Hausarzt (UV-act. I/3).

**4.2.2** Dr. D.\_\_\_\_ nannte als Motiv für das MRI vom 16. Juni 2008, die lumbalen Schmerzen hätten trotz Schonung und analgetischer Therapie eher zugenommen. Neu sei auch ein Kribbelgefühl im linken lateralen Oberschenkel und im linken Fuss hinzugekommen. Die Fragestellung laute auf eine ossäre Läsion im LWS-Bereich. Im Bericht vom 16. Juni 2008 führte der Radiologe aus: "Frischere Impressionsfraktur des 12. BWK mit Bildung eines ventralen Keilwirbels. Die Impression der Deckplatte dieses Wirbelkörpers ist möglicherweise schon z.T. älter als das Traumadatum. Das diffuse Knochenmarködem spricht für eine frische Komponente. Die Hinterkante wird von dem Knochenmarködem erreicht, keine Konturunterbrechung, keine Höhenminderung. Frische umschriebene Deckenplattenimpression im dorsalen Bereich des 1. LWK mit Einbeziehung der nicht relevant höhengeminderten bzw. deformierten Hinterkante. (...)" Weiter beschrieb er eine linkskonvexe Skoliose bei links lateraler Subluxation des 3. LWK, Osteochondrosen und Protrusionen L2 bis L5 und eine Pseudospondylolisthesis L4/5, stellte eine deutliche lumbale Spondylarthrose fest und verneinte Zeichen einer frischen Fraktur im Kreuz- und Steissbeinbereich (UV-act. I/124). Diese Aussagen von Dr. D.\_\_\_\_ lassen auf eine Unfallkausalität als Möglichkeit schliessen; letztlich liess er diese Frage aber offen.

**4.2.3** Dr. F.\_\_\_\_ zog aufgrund eines Vergleichs der verschiedenen Bildgebungen die Diagnose der Impressionsfrakturen Th12 und L1 in Zweifel, legte im Bericht vom 8. Februar 2011 dar, dass diese Befunde lediglich möglich seien und führte die Signalanomalien auf Knochenkontusionen (Bone bruises) zurück (UV-act. I/128 bzw. I/143). Den erkennbaren Defekt im Bereich der Bodenplatte von Th12 interpretierte er als grossen Schmorl'schen Knoten. Weiter begründete er seine Stellungnahme, Wirbelfrakturen Th12 und L1 seien lediglich möglich, mit der Tatsache, dass auf dem MRI vom 23. Dezember 2009, mithin fast 15 Monate nach der Operation (und mehr als 19 Monate nach dem Sturz vom 13. Mai 2008), die Bodenplatte von Th12 zwar weiterhin einen grossen Defekt zeige, aber weder bei Th12 noch bei L1 eine



signifikante Höhenverminderung des Wirbelkörpers noch reparative Vorgänge festzustellen seien, wie sie als Folge einer Impressionsfraktur zu erwarten wären. Weiter führte Dr. F. \_\_\_ aus, der Entscheid, die Skoliose aufzurichten, sei im Zusammenhang mit der vermuteten Fraktur im thorakolumbalen Übergang getroffen worden. Die Operation, deren Ergebnis radiologisch ausgezeichnet gewesen sei, lasse sich nachträglich nicht durch den Unfall vom 13. Mai 2008 begründen, denn auch wenn eine Wirbelimpressionsfraktur auf Höhe Th12 und L1 sicher dokumentiert worden wäre, wäre ihre therapeutische Sanktion sicher keine Spondylodese von Th11 bis L5 gewesen. Dieser Eingriff habe der Aufrichtung der lange vorbestehenden lumbalen Skoliose gegolten. - Diese Beurteilung von Dr. F. \_\_\_ ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allen bildgebenden Untersuchungen der Beschwerdeführerin, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden, leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen sind begründet und nachvollziehbar. Damit erfüllt sie die Voraussetzungen an einen beweiskräftigen Arztbericht gemäss vorstehender Erwägung 3.2 und es kann darauf abgestellt werden.

**4.2.4** Soweit die Beschwerdeführerin die Ausführungen von Dr. F. \_\_\_ als widersprüchlich gegenüber der Beurteilung durch die behandelnden Ärzte kritisieren lässt, ist ihr entgegenzuhalten, dass letztere die Interpretation der Magnetresonanztomogramme vom 16. Juni 2008 durch Dr. D. \_\_\_ (UV-act. I/124) übernahmen. Wie ausgeführt (vgl. vorstehende E. 4.2.2), liess der Radiologe darin offen, ob die als Impressionsfrakturen interpretierten Signalanomalien Th12 und L1 möglicherweise durch den Sturz der Beschwerdeführerin vom 13. Mai 2008 verursacht worden seien. Lediglich Dr. C. \_\_\_ wurde mit dem Formular Arztzeugnis UVG zur Kausalität befragt, die er am 27. Juni 2008 für die damals aktuelle Behandlung in den ersten sechs Wochen nach dem Unfall zutreffenderweise bejahte (UV-act. I/3). Den andern behandelnden Ärzten, insbesondere den Operateuren an der Klinik für orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen, wurden keine ausdrücklichen Fragen nach dem natürlichen Kausalzusammenhang gestellt. Nachdem die Suva am 26. September 2008 für die Behandlung aufgrund der diagnostizierten Impressionsfraktur Kostengutsprache erteilt hatte (vgl. UV-act. I/8) und während der gesamten Behandlung bis zu deren Abschluss am 15. April 2010 (vgl. UV-act. I/99) nicht auf ihre Leistungspflicht zurückkam, hatten jedoch weder diese Ärzte noch das



Kantonsspital St. Gallen Anlass, sich zu einschlägigen Themen zu äussern. - Es trifft auch nicht zu, dass sich Dr. F.\_\_\_\_ allein auf die bildgebenden Unterlagen stützte. Vielmehr lagen ihm sämtliche Unterlagen vor, auch diejenigen über die Unfälle von 1992 mit anhaltenden Folgen an der Halswirbelsäule sowie von 2004 betreffend die rechte Schulter. Er bezog diese auch in seine Beurteilung vom 8. Februar 2011 mit ein (vgl. UV-act. I/128 bzw. I/143, v.a. S. 9).

**4.2.5** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Sturz aufs Gesäss vom 13. Mai 2008 bei der Beschwerdeführerin zwar einen Schmerzschub ausgelöst hat. Das Unfallereignis hatte jedoch nur möglicherweise Impressionsfrakturen der Wirbelkörper Th12 und L1 verursacht; es fehlt an der geforderten überwiegend wahrscheinlichen Verursachung.

**4.3** Anlässlich des Untersuchs vom 1. Juli 2008 am Kantonsspital St. Gallen wurden der Beschwerdeführerin zwei mögliche operative Vorgehensweisen skizziert (UV-act. I/6). Primär wurde "aufgrund der mässigen Klinik" eine Vertebroplastie zur Stabilisierung der als gebrochen vermuteten Wirbel Th12 und L1 vorgeschlagen, die minimalinvasiv vorgenommen worden wäre. Wegen der massiven Degeneration der LWS schlugen die Ärzte der Klinik für orthopädische Chirurgie aufgrund der Röntgenbilder die dorsale Spondylodese Th11 bis L5 mit TLIF L2 bis L5 vor. Für diese Variante hatte sich die Beschwerdeführerin gemäss Nachtrag im Bericht noch gleichentags entschieden (UV-act. I/6). Diese Behandlung betraf die Skoliose, wie bereits aus der Darstellung des Prozederes im Bericht vom 2. Juli 2008 hervor ging. Diese Tatsache leiteten auch Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ in ihren Beurteilungen vom 23. August 2010 bzw. 8. Februar 2011 begründet her (vgl. UV-act. I/108 bzw. I/142, I/128 bzw. I/143) und führte Kreisarzt Dr. med. G. Del Monte, Facharzt FMH für Chirurgie, speziell Allgemein- und Unfallchirurgie, St. Gallen, in seiner medizinischen Stellungnahme vom 28. Oktober 2010 an (UV-act. I/115). Gleiches zeigten die Diagnose Lumbalskoliose und der Ablaufbeschrieb im Operationsbericht vom 2. Oktober 2008 (UV-act. I/10) sowie die Tatsache, dass die vermuteten Frakturen der Wirbelkörper Th12 und L1 mit keinem Wort erwähnt, noch an diesen Wirbelkörpern spezielle Massnahmen getroffen wurden. Ein Kausalzusammenhang hätte damit höchstens für die Vertebroplastie bestanden, für die Spondylodese konnte er nie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejaht werden.



**4.4** Aus dem zeitlichen Ablauf, besonders aus der entsprechenden Auskunft der Beschwerdeführerin am 20. April 2010 (UV-act. I/141), ergibt sich, dass ihre Blasenstörung nach der Operation vom 2. Oktober 2008 auftrat. Dr. E.\_\_\_\_ fasste in ihrer Aktenbeurteilung vom 23. August 2010 die einschlägigen Aktenstücke zusammen und stellte überzeugend begründet dar, dass die Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie, die mit erheblicher Verzögerung zur Operation vom 2. Oktober 2008 diagnostiziert worden sei, überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dieser stehe (UV-act. I/108 bzw. I/142). - Demgegenüber legten Dr. med. G.\_\_\_\_, Assistenzärztin, und Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Urologie, im Schreiben vom 3. Mai 2010 dar, sie sähen die Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie als Folge des Sturzereignisses der Beschwerdeführerin an, da die Blasenentleerungsstörungen vor dem Sturz bei der Patientin nicht bekannt gewesen seien und es durch ein Trauma des Rückenmarks im thorakalen Bereich zu einer Verletzung des oberen Motoneuroms kommen könne. Beim Sturz der Beschwerdeführerin, der laut unfallnahen Angaben (UV-act. I/1, I/3) auf das Gesäss erfolgte, wurde das Rückenmark höchstens indirekt traumatisiert. Dabei kann kaum eine strukturelle Rückenmarksverletzung entstehen. Eine solche ist im Übrigen (radiologisch) auch nicht nachgewiesen (vgl. auch Beurteilung Dr. E.\_\_\_\_ [UV-act. I/108], S. 6). Die Argumentation, die Blasenentleerungsstörungen seien auf den Sturz zurückzuführen, weil bei der Beschwerdeführerin vorher keine solchen Beschwerden bekannt gewesen seien, und damit nach der Formel "post hoc ergo propter hoc", ist nach der Rechtsprechung beweisrechtlich untauglich (vgl. vorstehende E. 3.1 und E. 1b 2. Absatz des angefochtenen Einspracheentscheids). Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Blasenschwäche überwiegend wahrscheinlich auf die Rückenoperation vom 2. Oktober 2008 zurückzuführen ist. Da für diese der Kausalzusammenhang zum Unfall vom 13. Mai 2008 zu verneinen ist (vgl. vorstehende E. 4.2), ist der Tatbestand von Art. 6 Abs. 3 UVG nicht erfüllt und besteht für die Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin.

**4.5** Auch die posttraumatische Radikulopathie L5/S1 trat als Folge der Rückenoperation vom 2. Oktober 2008 auf und steht damit nicht im direkten Zusammenhang mit dem Sturz vom 13. Mai 2008. Im Bericht der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen vom 14. August 2009 wurde festgehalten, dass die Patientin seit der Operation anhaltende Sensibilitätsstörungen des linken Fusses sowie begleitende Schwäche und Koordinationsstörungen des linken Beins schildere



## St.Galler Gerichte

(Untersuch vom 27. Juli 2009; UV-act. I/47). Auch für die Behandlung der posttraumatischen Radikulopathie L5/S1 fehlt es somit an den Voraussetzungen einer Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin.

**4.6** Soweit auf der Höhe L4/L5 eine Diskushernie festgestellt wurde, ist festzuhalten, dass diese bereits im MRI vom 16. Juni 2008 (UV-act. I/124) dokumentiert ist und weiterhin im MRI vom 23. Dezember 2009 (UV-act. I/122; vgl. auch Ausführungen von Dr. F.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 8. Februar 2011, UV-act. I/128 bzw. I/143). Sie wurde nicht unmittelbar nach dem Sturz vom 13. Mai 2008 symptomatisch; weder Dr. C.\_\_\_\_ am 27. Juni 2008 (UV-act. I/3) noch die Ärzte an der Klinik für orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen am 2. Juli 2008 (UV-act. I/6) berichteten über entsprechende Symptome. Fehlt es aber an einem Symptomatisch-Werden durch den Unfall, kann erst recht nicht von einer Verursachung durch den Sturz am 13. Mai 2008 gesprochen werden, zumal es im Bereich des Unfallversicherungsrechts einer medizinischen Erfahrungstatsache entspricht, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt (vgl. RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192 und Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2012, 8C\_681/2011, E. 3.2, je mit Hinweisen).

**4.7** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Sturz der Beschwerdeführerin aufs Gesäss am 13. Mai 2008 und der Aufrichtungsspondylodese Th11 bis L5 mit TLIF L2 bis L5 am 2. Oktober 2008 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben ist. Die Beschwerdegegnerin hat daher ihre Leistungspflicht für die Rückenoperation sowie die darauf zurückzuführenden Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie und Radikulopathie L5/S1 sowie das Syptomatisch-Werden der Diskushernie L4/L5 zu Recht verneint. Da sie ihre Leistungspflicht am 16. März 2011 per 31. März 2011 und damit nur für die Zukunft verneint und auf die Rückforderung der zu viel erbrachten ca. Fr. 70'000.-- verzichtet hat, erübrigen sich Ausführungen, für welche Leistungen der natürliche Kausalzusammenhang zu bejahen gewesen wäre und welche daher zu Recht erbracht worden waren.

## 5.



Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.