

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/100 vom 12. März 2013

Sg Versicherungsgericht, 2013-03-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publikationen_UV_2011_100

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/100 du 12 mars 2013

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/100 del 12 marzo 2013

Regeste

Art. 6 UVG: Vom Bundesgericht mit Urteil vom 5. Dezember 2011 (Proz. 8C_476/2011) angeordnetes polydisziplinäres Gerichtsgutachten ist beweiskräftig und legt dar, dass der Treppensturz keine richtunggebende Verschlimmerung eines massiven Vorzustands verursacht hat. Der natürliche Kausalzusammenhang für die anhaltenden Rückenschmerzen ist rund ein Jahr nach dem Unfall nicht mehr gegeben; die anhaltenden Beschwerden sind mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur noch auf den Vorzustand zurückzuführen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St.Gallen vom 12. März 2013, UV 2011/100). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_320/2013.

Erwägungen

E. 1

1.1 Zu beurteilen bleibt die Unfallkausalität der über November 2008 hinaus anhaltend geklagten Gesundheitsbeeinträchtigungen der Beschwerdeführerin und gestützt darauf das allfällige Andauern der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. 1.2 Bevor diese Fragen beurteilt werden können, sind das asim-Gutachten vom 3. Dezember 2012 und die entsprechenden Teilgutachten und dadurch im Ergebnis die gesamte medizinische Aktenlage zu würdigen. Wie teilweise bereits im ersten Entscheid des Versicherungsgerichts zur Sache (vom 9. Mai 2011, Proz. UV 2010/71, E. 1.3) ausgeführt, ist für den Beweiswert eines ärztlichen Berichts entscheidend, ob dieser 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). Grundsätzlich sind im Sozialversicherungsrecht die Beweise frei zu würdigen (vgl. Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 450 f. Rz 37 ff.; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar [Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; {ATSG; SR 830.1}], 2. Aufl. Zürich 2009, N 33 zu Art. 43). Für Gerichtsgutachten gilt jedoch, dass von der Einschätzung des medizinischen Experten nur abgewichen werden kann, wenn dafür zwingende Gründe vorliegen (vgl. BGE 125 V 352 f. E. 3b/aa; Kieser, a.a.O., N 35 zu Art. 43; Jean-Maurice Frésard / Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, S. 1026 Rz 689, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, Hrsg. Ulrich Meyer, 2. Aufl. Basel

2007). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten den Richtenden als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass sie die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt halten, sei es, dass sie ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen ziehen (BGE 125 V 353 E. 3b/aa).

E. 2

Gewürdigt werden zunächst die drei Teilgutachten - das orthopädische von Prof. E.____, das neurologische von Dr. G.____ sowie das psychiatrische von Dr. F.____ - anschliessend die internistischen Erhebungen von Dr. D.____, die Zusammenführung der verschiedenen Erkenntnisse durch den fallführenden Arzt und abschliessend die Gesamtbeurteilung aufgrund des asim-Gutachtens.

E. 2.1.1

Prof. E.____ diagnostizierte im orthopädischen Fachgutachten vom 10. August 2012, gestützt auf die Untersuchung vom 4. Juli 2012 (Beilage 4 zum Hauptgutachten vom 3. Dezember 2012; Kernaussagen auf dessen S. 9 ff. wiedergegeben) ein chronisches lumbovertebrales linksbetontes Schmerzsyndrom bei schwerer erosiver Osteochondrose L3/4 mit Spondylose, Spondylarthrose, Retrolisthesis, segmentaler translatorischer Instabilität und beginnendem Drehgleiten; bei fortgeschrittener Osteochondrose und Spondylarthrose L4/5 mit fixer Retrolisthesis; bei mässiger Osteochondrose und Spondylose L1/2 und Th12/L1; bei Lordoseverlust der Lendenwirbelsäule (LWS) und bei struktureller linkskonvexer Lumbalskoliose sowie Diskusprotrusionen L3/4 und L4/5 mit diskreter neurologischer Symptomatik gemäss neurologischem Fachgutachten; beide Hauptdiagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als orthopädische Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erhob er eine anlagebedingte Dysplasie des LWK5 mit Verkürzung des ap-Durchmessers, umgekehrter Keilform und asymmetrischer Orientierung der Facettengelenke L4/5 (facet tropism) sowie eine beidseitige Spondylolyse L5 und Spondylolisthesis L5/S1 Grad I. Der Orthopäde klärte in der Folge verschiedene Begriffe und stützte sich dabei auf einschlägige medizinische Fachliteratur (Ziff. 4.1 S. 8 ff. sowie Ziff. 5 S. 19 f. des orthopädischen Teilgutachtens). In der Fallanalyse (Ziff. 4.2 S. 12 f. des orthopädischen Teilgutachtens) stellte Prof. E.____ ausführlich den Vorzustand der Explorandin mit der angeborenen Dysplasie des 5. Lendenwirbels einerseits und der schweren Degeneration der Segmente L4/5 und L3/4 sowie der geringeren Degeneration der Segmente L1/2 und Th12/L1 dar, bezeichnete die Ileosakralgelenke (ISG) als unauffällig und beschrieb die beiden kurzen Schmerzepisoden vom 1. April 2003 und vom 23. März 2004 (vgl. UV-act. zM33). Er führte das Sturzereignis vom 8. November 2007 als axialen Sturz aufs Gesäss an und wies auf die Tatsache hin, dass in der Folge laut den Berichten verschiedener Ärzte lokalisatorisch wechselnde Beschwerden im Gesäss, über dem ISG, im Kreuz, über dem Sakrum und auf der Rückseite der Oberschenkel berichtet worden seien. Sensibilitätsstörungen und Schwäche seien am 30. November 2007 vom Hausarzt, Dr. med. G.____, Allgemeinmedizin FMH, im rechten Bein dokumentiert worden (vgl. UV-act. M4). Am 19. März 2008 habe Dr. med. H.____, Wirbelsäulenchirurgie FMH, festgehalten (vgl. UV-act. M10): "Die Patientin leidet an einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom mit möglicher intermittierender Radikulopathie L5,

evtl. auch L4 rechts ..." Die Schmerzklagen während des Rehabilitationsaufenthalts in der Klinik Valens vom 30. September 2008 bis 23. Oktober 2008 hätten sich auf die Stelle über dem Sakrum beschränkt. Der vorzeitige Austritt wegen Schmerzen unter der Physiotherapie sei im Bericht der Klinik Valens (vgl. UV-act. M22) nicht erwähnt worden. Auf der Notfallstation des Kantonsspitals St. Gallen, welche die Explorandin am 25. Oktober 2008 aufgesucht habe, seien eine akute Exazerbation einer Lumboischialgie links mit neuem sensomotorischem Ausfallsyndrom S1 links, eine Kokzygodynie und ein ISG-Schmerzsyndrom links diagnostiziert worden (vgl. UV-act. M24). Weiter verwies Prof. E. ___ auf die unterschiedlichen Schilderungen des Verlaufs der Gesundheitsbeeinträchtigungen durch die Explorandin den verschiedenen Begutachtenden gegenüber (unterschiedliche Gewichtung der Auswirkungen des Rehabilitationsaufenthalts in der Klinik Valens und damit zusammenhängend unterschiedlicher Verlauf der Schmerzentwicklung; Beschwerden und vor allem Ausfallerscheinungen seit dem Unfall ausschliesslich am linken, nie am rechten Bein).

E. 2.1.2

In seiner eigenen Beurteilung (Ziff. 4.3 S. 13 ff. des orthopädischen Teilgutachtens) hielt Prof. E. ___ zunächst Diagnosen fest, die aus den weiteren Betrachtungen herausgenommen werden könnten (lit. A und B von Ziff. 4.3). Er führte aus, die schwere Degeneration der Lendenwirbelsegmente L4/5 und L3/4 hätte mit Sicherheit viele Jahre vorbestanden. Auch die mässige Osteochondrose L1/2 und Th12/L1 sei schon alt (lit. C von Ziff. 4.3). In den bildgebenden Untersuchungen vom November 2007 könne eine strukturelle Verletzung der LWS und der ISG durch das Sturzereignis vom 8. November 2007 ausgeschlossen werden. Auch habe sich im seitherigen Verlauf bis zu den letzten Aufnahmen im Januar 2012 im relevanten Abschnitt L3-L5 keine objektivierbare anatomische Verschlechterung gezeigt. Die geringe radiologische Progredienz der Degeneration im Segment L1/2 und Th12/L1 sei in Ausmass und Geschwindigkeit auf das normale inhärente Fortschreiten einer Bandscheibendegeneration beschränkt, ohne erkennbare Beschleunigung durch das Ereignis vom 8. November 2007. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei also durch dieses Ereignis keine richtunggebende organische Verschlechterung des Vorzustands eingetreten. Die Translationsverschieblichkeit im Segment L3/4 sei auf den Funktionsaufnahmen vom 10. April 2008, also fünf Monate nach dem Sturzereignis, noch nicht erkennbar. Sie habe sich erst auf den Aufnahmen vom 27. Februar 2009 als beginnende leichte Translationsverschieblichkeit gezeigt, die sich bis zu den Aufnahmen vom 8. März 2012 noch verdeutlicht habe. Auch hier liege die inhärente langsame Progression der Bandscheibendegeneration vor und es bestehe kein Zusammenhang mit dem Ereignis vom 8. November 2007 (lit. D von Ziff. 4.3). In lit. E (von Ziff. 4.3) führte Prof. E. ___ ausführlich aus, die vorgebrachten Beschwerden könnten aus orthopädischer Sicht in Art und Lokalisation und ihrem wechselhaften Charakter auf die objektivierten anatomischen degenerativen Veränderungen an der LWS zurückgeführt werden. Weiter erklärte der Orthopäde, die beiden Kreuzschmerzepisoden von 2003 (mit rechtsseitigen Kreuzschmerzen) und von 2004 (mit einer Beinausstrahlung auf der linken Seite), die beide ohne erinnerliches Trauma oder besonderes Vorkommnis spontan oder bei alltäglichen Verrichtungen aufgetreten seien, seien typisch in der Entwicklungsgeschichte der lumbalen Wirbelsäulendegeneration (lit. F von Ziff. 4.3). Typisch bei der Vielzahl der in casu degenerierenden anatomischen Strukturen sei auch die unterschiedliche Symptomatik und Seitenbetroffenheit und dass die beiden Kreuzschmerzepisoden von beschwerdefreien Intervallen gefolgt gewesen seien. Der Treppensturz aufs Gesäss stelle eine axiale

Stauchung dar und sei biomechanisch nicht geeignet, eine strukturelle Gewebeläsion (mit Ausnahme einer in casu ausgeschlossenen Impressionsfraktur bei einer Osteoporose) auszulösen: Bandscheibengewebe sei viel höher druckresistent und eine Band- oder Kapselverletzung sei bei diesem Mechanismus, der ohne Dehnungskomponente einhergehe, nicht möglich. Es bleibe also die blosser Prellung von Facettengelenken, ISG, allenfalls auch von Spondylophyten. In einer degenerierten Wirbelsäule, in der schon ohne äussere Einwirkung spontan Schmerzschübe aufgetreten seien, könne auch ein solcher Mechanismus einen früher aktiven, zuletzt stummen Vorzustand (re)aktivieren, ohne ihn zu verursachen und ohne eine richtunggebende Verschlimmerung auszulösen. Laut lit. G von Ziff. 4.3 habe sich bei der notfallmässigen Untersuchung am 25. Oktober 2008 ein neues sensomotorisches Ausfallsyndrom links bei exazerbierter Lumboischialgie gezeigt, das die Patientin den neurochirurgischen Ärzten des Kantonsspitals St. Gallen gegenüber auf eine intensive Übung am Fitnessgerät zurückgeführt habe. Nach dem Treppensturz 2007 hingegen hätte gemäss Dr. G.____ und Dr. H.____ eine Radikulopathie rechts vorgelegen. Dass eine kollektive Seitenverwechslung unwahrscheinlich sei, gehe daraus hervor, dass Prof. Dr. med. I.____, die Explorandin persönlich zweimal vor dem Aufenthalt in Valens untersucht hätte und für ihn das Ausfallsyndrom links ausdrücklich neu gewesen sei. Auf der rechten Seite habe hingegen am 25. Oktober 2008 keine Radikulopathie mehr bestanden und sei auch heute nicht mehr vorhanden. Prof. E.____ zog daraus das Fazit, im Oktober 2008 sei es im Gefolge einer physiotherapeutischen Übung ohne Unfallereignis neu zur Reaktivierung eines schon 2004 einmal dokumentierten Beschwerdebildes eines degenerativen Lendenwirbelleidens gekommen, das nun ohne weiteres Intervall angehalten habe. Aus der Zusammenschau der vorstehenden Punkte kam der Gutachter in lit. H (von Ziff. 4.3) zum Schluss, dass das Unfallereignis vom 8. November 2007 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit lediglich einen Vorzustand aktiviert habe, keine strukturelle objektivierbare Verletzung hervorgerufen und zu keiner richtunggebenden Verschlimmerung des degenerativen, wesensmässig prinzipiell progredienten degenerativen Wirbelsäulenleidens geführt habe. Spätestens im Oktober 2008 sei der Zustand quo sine erreicht gewesen. Diese Einschätzung führte er nicht auf die rechtsübliche Annahme zurück, dass die Folgen einer nicht strukturellen Wirbelkontusion nach längstens 12 Monaten abgeklungen seien, sondern auf die Tatsache, dass damals die physiotherapeutische Übung ein (alt-) neues Beschwerdebild hervorzurufen vermocht habe, das ausschliesslich auf das degenerative Grundleiden zurückzuführen gewesen sei. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und weitere Behandlungsmassnahmen seien nach Oktober 2008 unfallfremd und deshalb nicht durch das asym-Gutachten zu beurteilen (lit. I f. von Ziff. 4.3).

E. 2.1.3

In Ziff. 4.4 S. 16 ff. des orthopädischen Fachgutachtens diskutierte Prof. E.____ frühere Beurteilungen. Das Gutachten von Dr. C.____ vom 1. Oktober 2009 (UV-act. zM34) übersehe die Tatsache, dass sich ab Ende Oktober 2008 andere, seit dem Unfall nicht manifestierte Beschwerden bemerkbar gemacht hätten (beschrieben in lit. G von Ziff. 4.3). Auch die beschwerdeträchtige Translationsverschieblichkeit im Segment L3/4, die sich erst auf den Funktionsaufnahmen vom 27. Februar 2009 erstmals (als leicht) gezeigt habe (lit. D von Ziff. 4.3), werde von Dr. C.____ nicht als Spontanverlauf des Grundleidens dargestellt, sondern ohne weitere Begründung als Folge des Unfalls gesehen. Vorliegend habe auch die fixierte Kyphosefehlstellung der LWS (Lordoseverlust bzw. vollständige Entlordosierung oberhalb L5) das Risiko erhöht, unfallunabhängig Beschwerden zu verursachen, was von

Dr. C.____ ebenfalls nicht thematisiert worden sei. Dr. C.____ habe die eher unwahrscheinliche Beschwerdefreiheit der Explorandin bis ins hohe Alter ohne Begründung als überwiegend wahrscheinlich dargestellt und ebenso die anderen Beeinträchtigungen auf den Unfall zurückgeführt, was seiner Meinung nach nicht zutreffe. - Dr. J.____ habe im Aktengutachten vom 6. April 2010 (UV-act. zM36) zu Recht festgestellt, dass es sich bei der akuten Lumbo-Ischialgie links am Ende des Aufenthalts in Valens 2008 um ein neues Geschehen gehandelt habe. Das präsentierte Beschwerdebild habe der Neurochirurg als rein psychogen interpretiert, wozu ihm als fachfremd eine Bewertung der Stichhaltigkeit der Argumentation nicht zustehe. Abweichend von der Interpretation durch Dr. J.____ beurteile er fachbezogen aus orthopädisch-wirbelchirurgischer Sicht das neue Beschwerdebild als organisch grundsätzlich mit dem somatischen Degenerationsprozess ohne Mitwirkung des Treppensturzes vom Jahr zuvor erklärt. Er komme damit zur Bewertung, dass spätestens zu diesem Zeitpunkt der Zustand quo sine erreicht gewesen sei. Hierfür sei es unbeachtlich, ob an der Schwere der damals und heute präsentierten Beeinträchtigung eine Aggravation mitbeteiligt gewesen sei. - Die Aussagen zur Kausalitätsfrage von Dr. med. K.____, FMH Allgemeinmedizin, vom 17. April 2009 (UV-act. M30) seien genau gleich wie diejenigen im Gutachten von Dr. C.____, weshalb darauf verwiesen werden könne. Zum Bericht von Dr. K.____ vom 11. Mai 2009 (UV-act. zM32) stimmt Prof. E.____ mit der Einschätzung überein, dass der Unfall für die Auslösung der Beschwerden verantwortlich gewesen sei. Hingegen könne ihre Persistenz bis 2009 nicht mit "post hoc ergo propter hoc" begründet werden. Die Ausführungen des Allgemeinpraktikers zu einer allfälligen somatoformen Störung kommentiere er als fachfremd nicht. - Dr. med. L.____, FMH orthopädische Chirurgie, habe die Explorandin in erster Linie zur Diagnosesicherung und zur Darstellung der Therapiemöglichkeiten untersucht (Konsiliarbericht vom 10. Juli 2008; UV-act. M18). Er habe die Beschwerden auf die degenerativen Veränderungen zurückgeführt und angenommen, dass diese durch das Sturzereignis traumatisiert worden seien, welches damit Ursache der aktuellen Beschwerden sei. Zu jenem Zeitpunkt sei die Frage nach einem Zustand quo sine noch gar nicht gestellt und von Dr. L.____ damit auch nicht beantwortet worden.

E. 2.1.4

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hält in seiner Stellungnahme vom 28. Dezember 2012 zum orthopädischen Fachgutachten fest, der behandelnde Arzt habe am 30. November 2007 (UV-act. M4) fälschlicherweise Sensibilitätsstörungen und eine Schwäche im rechten Bein beschrieben, ein entsprechendes Korrekturschreiben finde sich auch in den Akten. Ein solches Korrekturschreiben ist jedoch in den Akten, die dem Gericht zur Verfügung stehen, nicht zu finden. Vielmehr lässt die Beschwerdeführerin selbst in der Beschwerde ans Bundesgericht vom 14. Juni 2011 geltend machen, Ende November 2007 seien zudem noch Sensibilitätsstörungen im rechten Bein aufgetreten (Sachverhalt Ziff. 2, S. 5). Die unfallnahen Akten wiesen radiologisch unter anderem eine "hochgradige ossäre Einengung des Neuroforamens LWK 4/5 mit Verdacht auf Nervenwurzelreizung L4 rechts" aus (UV-act. M1 f.). Im Bericht vom 14. Februar 2008 hielten die Neurochirurgen des Kantonsspitals St. Gallen unter systembezogener Befund fest: "(...) Es besteht ein ausgeprägter Druckschmerz in Projektion auf beide ISG rechts mehr als links. Im rechten oberen Bereich des ISG hat die Patientin zusätzlich einen muskulären Schmerztriggerpunkt." (UV-act. M7). Aufgrund dieser Beschreibungen durch verschiedene Ärzte, ist es unwahrscheinlich, dass Dr. G.____ im Überweisungsschreiben vom 30. November 2007 eine Seitenverwechslung unterlief. Prof. E.____ setzte sich ebenfalls

ausdrücklich mit der Frage auseinander (Ziff. 4.3 lit. G des orthopädischen Fachgutachtens), ob es zur "kollektiven Seitenverwechslung" gekommen sei, verneinte diese aber als unwahrscheinlich. - Bezüglich Ziff. 4.3 lit. G des orthopädischen Fachgutachtens weist der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin darauf hin, nicht Prof. I.____ habe die Beschwerdeführerin vor dem Aufenthalt in der Klinik Valens persönlich untersucht, sondern Dr. M.____. Die entsprechenden Berichte vom 7. Dezember 2007 und 14. Februar 2008 (UV-act. M6 f.) waren offenbar von Dr. med. N.____ geschrieben bzw. diktiert (Kürzel X.____ bzw. Y.____ neben dem jeweiligen Datum), jedoch beide von Prof. I.____ und Dr. N.____ unterzeichnet worden. Dr. med. M.____, Assistenzarzt, zeichnete erst für die Berichte der Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen ab 10. November 2008 verantwortlich oder mitverantwortlich (UV-act. M23 ff., M29). Es mag zutreffen, dass Prof. I.____ die Beschwerdeführerin nie persönlich untersucht hatte. Als Leiter der Neurochirurgie hat er jedoch die Berichte von Dr. N.____ und fast alle von Dr. M.____ mitunterzeichnet und diejenigen von Assistenzarzt Dr. med. O.____ vom 19. März 2009 (ohne eigene Aktennummer, zwischen UV-act. M29 und M30 eingeordnet) visiert. Für die Argumentation von Prof. E.____ ist wesentlich, dass an der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen vor und nach dem Aufenthalt in der Klinik Valens Untersuchungen der Beschwerdeführerin durch die Neurochirurgen vorgenommen worden waren und dass diese Ärzte ab dem 25. Oktober 2008 neue Befunde erhoben und neben der vorbekannten Kokzygodynie und einem ausgeprägten ISG-Schmerzsyndrom links eine akute Exazerbation einer Lumboischialgie links mit neuem sensomotorischem Ausfallsyndrom S1 links beschrieben.

E. 2.1.5

In der Stellungnahme vom 28. Dezember 2012 zum orthopädischen Fachgutachten führt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin insbesondere aus, zwischen dem Gutachten von Dr. C.____ (vom 1. Oktober 2009; UV-act. zM34) und dem orthopädischen Fachgutachten von Prof. E.____ (S. 17 Mitte) bestehe eine Diskrepanz. Diese sei möglicherweise durch eine Zusatzabklärung bzw. Ergänzungsfrage an Prof. E.____ aufzulösen. Wie bereits in vorstehender E. 2.1.3 ausgeführt, führte der Gerichtsgutachter nicht nur an, Dr. C.____ schliesse zu Unrecht von einer allgemeinen Möglichkeit ("kann") auf die überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität. Vielmehr zählte Prof. E.____ zunächst auf, was Dr. C.____ bei seiner Beurteilung alles übersehen habe und begründete in mehreren Punkten, weshalb die Unfallkausalität der über Ende Oktober 2008 anhaltenden Beschwerden nicht als überwiegend wahrscheinlich eingestuft werden könne. Seine Beurteilung ist für diesen streitigen Belang umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Sie ist in Kenntnis der Vorakten und der anderen Teilgutachten sowie der Anamnese abgegeben worden. Die orthopädisch-wirbelchirurgischen Zusammenhänge werden einleuchtend dargelegt und die medizinische Situation ebenso beurteilt. Die Schlussfolgerungen von Prof. E.____ bezüglich abweichender Beurteilung durch Dr. C.____ sind begründet und nachvollziehbar. Das Gericht erkennt in den Ausführungen von Prof. E.____ keine offenen Fragen, Lücken oder Ungereimtheiten, die durch Nachfrage beim Gerichtsgutachter oder in anderer Weise zu klären wären. Das Gerichtsgutachten war laut ausdrücklichem Auftrag des Bundesgerichts (in E. 7.4 des Urteils vom 5. Dezember 2011 [Proz. 8C_476/2011]) in Auftrag gegeben worden, um als Obergutachten die bestehenden Diskrepanzen zwischen den zuvor erstellten Gutachten, besonders denjenigen von Dr. C.____ und Dr. J.____, aufzulösen. Wie noch im Detail darzulegen sein wird erfüllt das asim-Gutachten diesen Zweck und es bleibt insbesondere

keine Diskrepanz aufgrund der Stellungnahme von Prof. E.____ zum Gutachten von Dr. C.____. Der entsprechende Antrag der Beschwerdeführerin auf Präzisierung der Ausführungen von Prof. E.____ und Stellungnahme zum Gutachten von Dr. C.____ wird daher abgewiesen.

E. 2.1.6

Wie die vorstehend (E. 2.1.5) gewürdigte Diskussion des Gutachtens von Dr. C.____ erfüllt das orthopädische Fachgutachten insgesamt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an den Beweiswert medizinischer Beurteilungen. Prof. E.____ hält sich bei seiner Beurteilung an die ausgewiesenen und dokumentierten Fakten, begründet seinen Standpunkt einlässlich und nimmt strikt nur zu orthopädisch-wirbelchirurgischen Gegebenheiten und Beurteilungen Stellung. Auf das im Auftrag des Gerichts erstellte orthopädische Fachgutachten kann vollumfänglich abgestellt werden.

E. 2.2.1

Das neurologische Fachgutachten von Dr. G.____ vom 26. Juni 2012 (Untersuchung und Gutachten; Beilage 3 zum Hauptgutachten vom 3. Dezember 2012; Kernaussagen auf dessen S. 20 ff. wiedergegeben) erhob als neurologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische Schmerzen im Sakral- und Sakrokokzygealbereich, prädominant linksseitig, unklarer Ätiologie (ICD-10 M54.88); ein Reizsyndrom und sensibel defizitäres Ausfallsyndrom L5 links (ICD-10 M54.16); ein intermittierend schmerzhaftes, partielles S1-Syndrom links (ICD-10 M54.17); eine Spondylarthrose und Spondylose L3 bis L5, mit rezessaler Einengung der Radix L5 beidseits (ICD-10 M47.9) sowie eine Osteochondrose LWK3 bis LWK5 (ICD-10 M42.96). Als übrige Diagnosen listet der Neurologe eine Anterolisthesis L5/S1, Grad I (ICD-10 M43.17), eine arterielle Hypertonie sowie ein episodisches allergisches Asthma bronchiale auf Tierhaare und Pollenstaub auf.

E. 2.2.2

In seiner Beurteilung hielt der Neurologe fest, Dr. G.____ habe anlässlich der Erstkonsultation nach dem Treppensturz eine starke Dolenz der unteren LWS und des Kokzygealbereichs, eine deutlich eingeschränkte LWS-Flexion, jedoch normale sensomotorische Funktionen der Beine gefunden (vgl. UV-act. M1). An der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen hätten Dr. N.____ und Prof. I.____ etwa einen Monat nach dem Unfall "ausgeprägte Schmerzen in Projektion auf das ISG beidseits" jedoch keine objektiven sensomotorischen Defizite sowie seitengleiche Reflexe der unteren Extremitäten konstatiert (vgl. UV-act. M6). Auch anlässlich der konsiliarischen Untersuchung habe Dr. H.____ neben den Schmerzen keine neurologischen Defizite festgestellt (vgl. UV-act. M9 ff.). Im Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik Valens sei ein Punkt über dem Sakrum erwähnt, von welchem die Schmerzen hätten reproduziert werden können. Daneben hätten auch Schmerzen im thorakolumbalen Übergang mit Ausstrahlung in die ISG-Region beidseits provoziert werden können. Die Sensibilität in beiden Beinen sei als insgesamt vermindert angegeben worden, rechts schlechter als links, keinem Dermatome zuordenbar, wobei die Reflexe der Beine "seitengleich abgeschwächt auslösbar" gewesen und "sämtliche Krafttests der unteren Extremitäten schmerzbedingt M3-M4" beurteilt worden seien (vgl. UV-act. M22). Nachdem es während einer intensiven Übung an einem Fitnessgerät in Valens zu "plötzlich einschliessenden Schmerzen im lumbosakralen Übergangsbereich gekommen" sei, habe die Explorandin notfallmässig die Neurochirurgie

am Kantonsspital St. Gallen aufgesucht. Dem Arztbericht von Dr. M.____ und Prof. I.____ sei zu entnehmen, dass die Explorandin bei Belastung ein vermindertes Gefühl im linken Bein verspürt habe sowie persistierende Schmerzen gluteal beidseitig mit Ausstrahlung in den linken Fuss, "vor allem dem Dermatome S1 folgend". Es habe sich ein massiv druckdolentes ISG links gefunden sowie ein reduzierter Zehenspitzenstand links, eine Grosszehen-Heberparese links (M4-), Fussheberparese links (M4), Fusssenkerparese links (M4) sowie eine Parese des M. biceps femoris links (M4), des Quadrizeps links (M3-4) und eine linksseitige Psoasparese (M4), bei jedoch seitengleichen Reflexen der unteren Extremität. Die Sensibilitätsstörung sei abgesehen von einer perianalen Sensibilitätsreduzierung (S1 bis S4 links) bei normalem Sphinktertonus unauffällig gewesen. Die Diagnose einer akuten Exazerbation einer Lumboischialgie links mit neuem sensomotorischem Ausfallsyndrom S1 links sowie einer Kokzygodynie und einem linksseitigen ISG-Schmerzsyndrom sei gestellt worden (vgl. UV-act. M24). Dazu fügte der neurologische Gutachter an, dass dieser neurologische Befund über ein sensomotorisches Ausfallsyndrom S1 hinausgehe, würden doch Muskeln der Myotome L2 bis S2 als paretisch angegeben, was wiederum bei seitengleichen Reflexen und weitgehend normaler Sensibilitätsprüfung (abgesehen von einer linksseitig angegebenen Hypästhesie perianal) schwer nachvollziehbar sei und, in Anbetracht des normalen Reflexbildes, schlecht mit einer simultanen Läsion multipler Nervenwurzeln zu vereinbaren wäre. Retrospektiv mache es eher den Anschein, dass es sich bei der dokumentierten Beinschwäche um eine schmerzbedingte verminderte Kraftentwicklung im linken Bein gehandelt hätte, als um eine läsionsbedingte neurogene Parese. - Dr. G.____ hielt fest, dass die Explorandin aktuell über andere Beschwerden berichte, als in den früheren Berichten bis zum Austritt aus der Klinik Valens (vgl. UV-act. M1 ff.). Lumbale Rückenschmerzen und Sensibilitätsstörungen am rechten Bein, wo sich auch keine sensomotorischen Defizite gefunden hätten, würden nicht mehr berichtet. Aktuell finde man ein sensibles Reiz- und Ausfallsyndrom im Bereich L5 links, jedoch ohne Reflexverlust und ohne begleitendes motorisches Defizit. Sensibilitätsstörungen im linken Bein seien auch von Dr. M.____ und von Dr. K.____ berichtet worden (vgl. UV-act. M24 ff.), wobei es sich in beiden Fällen um ein Schmerz- und sensibles Ausfallsyndrom im S1-Dermatom gehandelt habe. Die von der Explorandin aktuell geschilderten intermittierenden Schmerzen in der linken Wade könnten allenfalls als Reizung der Wurzeln S1 und eventuell S2 links interpretiert werden.

E. 2.2.3

Zu den Kausalitätsfragen führte Dr. G.____ unter anderem aus, die Frage nach dem schicksalhaften Verlauf des degenerativen Wirbelsäulenleidens und nach allfällig richtunggebender Verschlechterung betreffe in erster Linie das orthopädische Fach und werde dort abgehandelt. Aus neurologischer Sicht sei nicht zu entscheiden, ob der Status quo sine erreicht sei. Der Status quo ante sei jedenfalls auch zum jetzigen Zeitpunkt nicht erreicht und werde im Rahmen der degenerativen Veränderungen auch kaum wieder erreicht werden. Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit führte er weiter aus, die medizinische Ausgangslage erlaube aus neurologischer Sicht keine Schlussfolgerungen darüber, ob die Wahrscheinlichkeit, dass das Unfallereignis als teilkausal anzusehen sei, höher oder tiefer zu gewichten wäre als die Wahrscheinlichkeit, dass sich die vorbestehenden degenerativen Veränderungen auch ohne Unfallereignis in Richtung des Jetzt-Zustands hin entwickelt hätten. In diesem Zusammenhang müssten die betreffenden Wahrscheinlichkeiten als gleich gross angesehen werden. Die Kausalitätsbeurteilung habe jedoch letztlich, wie erwähnt, gemäss der orthopädischen Facheinschätzung als der für das Beschwerdebild

massgeblichen Fachdisziplin zu erfolgen.

E. 2.2.4

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin rügt in seiner Stellungnahme vom 28. Dezember 2012 zum asim-Gutachten die Erwähnung des rechten Beins durch Dr. G.____ lediglich im Zusammenhang mit dem orthopädischen Fachgutachten als fehlerhaft (vgl. vorstehende E. 2.1.4). Dr. G.____ hielt zu diesem Thema in seiner Beurteilung fest (Ziff. 4 S. 10 letztes Drittel des neurologischen Teilgutachtens): "(...) Während die Lokalisation der Hauptschmerzen in den verschiedenen Berichten weitgehend übereinstimmend mit dem Sakrokokzygealbereich und Sakroiliakalbereich mit deutlicher Linksbetonung angegeben wird, herrscht in den verschiedenen Arztberichten und den Ergebnissen der jetzigen Untersuchung weniger Übereinstimmung, was die Lokalisation und Ausdehnung der ausstrahlenden Schmerzen betrifft. Aus der Gesamtschau von Aktenstudium und Angaben der Explorandin bekommt man jedoch den Eindruck, dass es sich um bilateral pseudoradikulär in die dorsalen Oberschenkel ausstrahlende Schmerzen handelt, initial vorwiegend rechtsseitig und im späteren Verlauf mit deutlicher Linksdominanz. (...)".

E. 2.2.5

Das neurologische Fachgutachten von Dr. G.____ ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden. Es ist in eingehender Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der neurologischen Zusammenhänge und in ihrer Beurteilung ein. Auch der Neurologe beschränkte sich klar auf sein Fachgebiet und verwies darüber hinaus auf die weiteren Teilgutachten, besonders das orthopädische. Soweit Dr. G.____ in seinem Fachgebiet Schlussfolgerungen ziehen konnte, sind diese begründet und nachvollziehbar. Auf das neurologische Teilgutachten kann daher ebenfalls abgestellt werden.

E. 2.3.1

Dr. F.____ hielt im psychiatrischen Fachgutachten vom 12. Juli 2012, gestützt auf die psychiatrische Untersuchung vom 2. Juli 2012, fest (Beilage 2 zum Hauptgutachten vom 3. Dezember 2012; Kernaussagen auf dessen S. 25 ff. wiedergegeben), dass die Beschwerdeführerin bisher noch nie in psychiatrischer Behandlung gewesen und auch nie einschlägig abgeklärt worden sei. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhob die Psychiaterin eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41); ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Probleme mit den ökonomischen Verhältnissen (ICD-10: Z59). Sie hielt in der Beurteilung fest, dass der Aufenthalt in der Klinik Valens von der Beschwerdeführerin als sehr einschneidend empfunden worden sei. Einerseits habe sie das Gefühl, dass sie dort "noch kränker" gemacht worden sei, andererseits sei die Tatsache, dass sie beim Austritt 50% arbeitsfähig geschrieben worden sei, für sie völlig inakzeptabel gewesen. Das habe auch dazu geführt, dass die Zürich die Zahlungen zunächst reduziert und darauf ganz eingestellt habe. Während das orthopädische Fachgutachten die Zunahme der Schmerzen während der Rehabilitation in der Klinik Valens durch das degenerative Leiden an der Wirbelsäule erkläre, sei die Explorandin fest davon überzeugt, dass diese Verschlechterung nur im Zusammenhang mit dem Unfall stehen können, da die Wirbelsäule seit dem Unfall nicht "verheilt" sei. Diese unterschiedlichen Krankheitskonzepte würden dazu führen, dass die Explorandin sich grundsätzlich ungerecht behandelt und nicht verstanden fühle, was eine Fixierung auf die Schmerzen begünstige. Hinweise auf eine psychiatrische

Erkrankung, die direkt auf den Unfall zurückzuführen gewesen wäre, hätten sich nicht ergeben. Die Schmerzverarbeitungsstörung habe sich aus den - laut Fachgutachten von Prof. E.____ nicht mehr unfallkausalen - Beschwerden nach Oktober 2008 entwickelt und könne als sekundär entwickelte Störung demnach auch nicht unfallkausal sein.

E. 2.3.2

Das Fachgutachten von Dr. F.____ ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Es ist in Kenntnis der nicht psychiatrischen Vorakten (andere psychiatrische Berichte lagen, wie ausgeführt, nicht vor) und der anderen Teilgutachten sowie der Anamnese abgegeben worden. Die psychiatrischen Zusammenhänge werden einleuchtend dargelegt und die medizinische Situation ebenso beurteilt. Die Schlussfolgerungen von Dr. F.____ sind begründet und nachvollziehbar. 2.4 Med. pract. D.____ erhob anlässlich der internistischen Untersuchung vom 4. Juli 2012 keine pathologischen Befunde. Die durchgeführten Laboruntersuchungen erbrachten keine kontrollbedürftigen Parameter (asim-Gutachten S. 9, S. 30; Beilage 1).

E. 2.5.1

Am 9. August 2012 fand die Konsensbesprechung mit den beteiligten Gutachtern und der Gutachterin statt. Anlässlich derselben wurden die Schlussfolgerungen des Gesamtgutachtens wie folgt zusammengefasst (vgl. asim-Gutachten S. 5): "Die Explorandin erlitt beim Unfall vom 8. November 2007 eine axiale Stauchung der Wirbelsäule mit Prellung von Facettengelenken, jedoch keine nachweisbare strukturelle Schädigung der Wirbelsäule. Unfallkausale Restfolgen dieses Unfalls bestehen aktuell nicht mehr. Der Unfall hat zu einer vorübergehenden Beschwerdeauslösung geführt, jedoch nicht zu einer richtunggebenden Verschlimmerung. Spätestens ab Oktober 2008 war ein Status quo sine erreicht, die aktuell bestehenden Beschwerden sind unfallfremd. Massgebend ist hier die orthopädische Beurteilung, wir verweisen für die Details auf das entsprechende Fachgutachten." Diese Schlussfolgerungen wurden in anderer Form auch in der Gesamtbeurteilung des asim-Gutachtens wiedergegeben (S. 29 ff.). Dabei wurde insbesondere festgehalten, dass die aktuell persistierenden Beschwerden der Explorandin sowohl von neurologischer als auch von orthopädischer Seite her nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Sturzereignis vom 8. November 2007 zurückgeführt werden könnten. Die Fragen des Versicherungsgerichts wurden dahingehend beantwortet, es könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit postuliert werden, dass das Sturzereignis zu einer richtunggebenden Aktivierung des degenerativen Vorzustands geführt habe, dies weder kausal noch teilkausal. Der Status quo sine sei zwischenzeitlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wieder erreicht worden, dies spätestens ab Ende Oktober 2008. Für die detaillierte Begründung dieser Schlussfolgerung werde auf Kapitel 4.3 (S. 13 ff.) des orthopädischen Fachgutachtens verwiesen. Die Arbeitsunfähigkeit der Explorandin sei ab November 2008 nicht mehr unfallkausal zu begründen. Für die Zeit davor könne aus heutiger Sicht auf die ausgestellten ärztlichen Arbeitsunfähigkeitszeugnisse abgestellt werden. Die Datenlage in den Akten erlaube nicht eine retrospektive seriöse andersartige Beurteilung, etwa zwischen den einzelnen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen.

E. 2.5.2

Soweit die Beschwerdeführerin Diskrepanzen im Sachverhalt wegen Übersetzungsschwierigkeiten geltend machen lässt, haben sich diese in den Schlussfolgerungen des Gesamtgutachtens nicht ausgewirkt. Es kann daher darauf verzichtet werden, im Detail darauf einzugehen. Die einzige wesentliche sprachliche Diskrepanz betreffend anfänglicher Sensibilitätsstörungen am rechten Bein ist in vorstehender E. 2.1.4 zum orthopädischen Fachgutachten umfassend abgehandelt worden. Diese Ausführungen gelten auch für das Gesamtgutachten.

E. 2.5.3

Wie die drei Fachgutachten geniesst auch das Gesamtgutachten volle Beweiskraft: Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen der befassten Gutachter und der Gutachterin und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Es ist in eingehender Kenntnis der Vorakten sowie der Anamnese abgegeben worden. Die medizinischen Zusammenhänge werden einleuchtend dargelegt und die medizinische Situation ebenso beurteilt. Die Erkenntnisse der verschiedenen Untersuchungen und der drei Fachgutachten wurden zusammengetragen und zwischen dem Fallführer und den beteiligten Fachgutachtern sowie der Fachgutachterin besprochen. Die dabei gezogenen Schlussfolgerungen sind begründet und nachvollziehbar.

E. 3

Aufgrund des beweiskräftigen asim-Gutachtens vom 3. Dezember 2012 (act. G 25), das auch die vom Bundesgericht festgestellten Mängel der bis dahin erfolgten medizinischen Abklärungen behebt, ist erwiesen, dass die anhaltenden Gesundheitsbeeinträchtigungen der Beschwerdeführerin nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Sturzereignis vom 8. November 2007 zurückzuführen sind. Da keinerlei Verschlimmerung (weder kausal noch teilkausal) ihres unbestrittenermassen vorhandenen Vorzustandes stattfand und sich ab Ende Oktober 2008 nur noch dieser auswirkte, verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 6. Mai 2009 und Einspracheentscheid vom 15. Juli 2010 eine weitere Leistungspflicht über November 2008 hinaus zu Recht. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 14. September 2010 ist abzuweisen.

E. 4

Der Staat hat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.