

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/72 vom 7. September 2018**

Sg Versicherungsgericht, 2018-09-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2015\\_72](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2015_72)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/72 du 7 septembre 2018

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/72 del 7 settembre 2018

## **Regeste**

Art. 6 und 18 UVG. Beweiswürdigung Gutachten. Gutachten nicht beweistauglich aber abstellen auf ärztliche Beurteilung. Einstellung der Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen ist nicht zu beanstanden. Kein Rentenbegründender Invaliditätsgrad (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. September 2018, UV 2015/72).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Streitig und vorliegend zu prüfen ist die Einstellung der Taggeldleistung und der Heilbehandlung per 30. Juni 2014 sowie die Ablehnung des Rentenanspruchs durch die Beschwerdegegnerin. Betreffend die Integritätsentschädigung ist die Verfügung vom 1. April 2015 unangefochten geblieben und damit rechtskräftig geworden. 1.2 Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss den Übergangsbestimmungen werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor Inkrafttreten der Änderung ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Nachdem vorliegend die Folgen eines Unfalls aus dem Jahr 2011 zu beurteilen sind, finden die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Bestimmungen Anwendung. 1.3 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Als Unfall gilt nach Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person nach einem Unfall Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie zufolge Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Unfallversicherer hat jedoch für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zu einem versicherten Ereignis steht (BGE 119 V 338 E. 1). 1.4 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Gericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist

entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen).

## E. 2

2.1 Zunächst ist die Frage zu beantworten, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung des Sachverhaltes erlaubt. 2.2 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der Verfügung und im Einspracheentscheid im Wesentlichen auf das MGSG-Gutachten und auf die ärztliche Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_. 2.3 Die Beschwerdeführerin erachtet das MGSG-Gutachten als nicht beweistauglich. Die orthopädische Beurteilung inklusive Übersetzung habe lediglich 55 Minuten gedauert und das Gutachten habe sich über den extremen Kyphosewinkel ausgeschwiegen. Zudem werde auf die Ansichten anderer Ärzte verwiesen, welche das Verbleiben von Schmerzen, welche belastungsabhängig auch anstiegen, grundsätzlich aber immer vorhanden seien, bestätigen würden. Auch die durchgeführte EFL wird kritisiert, da die Beschwerdeführerin mit drei Tests von je eineinhalb Stunden am selben Tag körperlich und mental überfordert worden sei und so auch keine verlässliche Antwort zur funktionellen Leistungsfähigkeit habe liefern können. Weiter wird kritisiert, dass im MRI-Bericht vom 14. April 2014, welcher im Gutachten erwähnt wurde, die stationäre Verlagerung von LWK1 in den Spinalkanal um 6 mm nicht erwähnt worden sei. Das MGSG-Gutachten leide auch an inneren Widersprüchen, so werde beispielsweise erklärt, vorgeneigte Haltungen seien zu vermeiden und trotzdem sei in der angestammten Tätigkeit in der Zimmerreinigung eine volle Arbeitsfähigkeit bescheinigt worden. Ein weiterer innerer Widerspruch liege beim Untersuchungsbefund vor, wonach bei der paravertebralen Muskulatur beidseits keine palpablen Myogelosen festzustellen seien und gleich darunter ausdrücklich von der myogelotisch veränderten paravertebralen Muskulatur beidseits gesprochen werde. Zusammenfassend sei das MGSG-Gutachten nicht verwertbar, da es zum Teil in sich widersprüchlich sei, insbesondere aber unhaltbare Schlussfolgerungen gezogen worden seien (act. G 1, S. 4 f.).

2.3.1 Orthopädisch wurde im MGSG-Gutachten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein thorakolumbovertebrales Syndrom bei Status nach Vertebroplastie L1 und Schutzvertebroplastie Th12 nach inkompletter Berstungsfraktur L1 12/2011, eine laterale Bandinstabilität am oberen Sprunggelenk links und eine Präadipositas diagnostiziert. Nachdem die Schmerzen am BWS/LWS-Übergang und die demonstrierten pathologischen Untersuchungsbefunde deutlich mit dem nicht sehr auffälligen MRI-Befund der Wirbelsäule kontrastierten, bestehe spätestens seit April 2012 eine volle Arbeitsfähigkeit als Zimmerfrau. Vorangehend habe die Arbeitsfähigkeit von Juli 2011 bis März 2012 im Rahmen der posttraumatischen respektive postoperativen Rehabilitation 0% betragen. Nachdem sämtliche Behandlungsmassnahmen erfolglos gewesen seien und die Beschwerden nicht hätten objektiviert werden können, könne kein weiterer Therapieversuch unterbreitet werden, ausser einer deutlichen Gewichtsreduktion und Tonisierung der paravertebralen Muskulatur. Die Prognose sei bei Fixierung auf die Beschwerden und mangelnder Motivation ungünstig (UV-act. 258, 270). Die durchgeführte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit habe eine erhebliche Symptomausweitung ergeben. Infolge von Selbstlimitierung und mässiger Inkonsistenz seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht

verwertbar (UV-act. 259). Im polydisziplinären Konsens halten die Gutachter fest, dass, nachdem die subjektiven Beschwerden und demonstrierten pathologischen objektiven Befunde nicht nachvollzogen werden könnten, aus den Beschwerden keine Funktionseinschränkung in der bisherigen Tätigkeit als Zimmerfrau resultiere (UV-act. 235).

2.3.2 Dr. I. \_\_\_ hält in seinem Bericht vom 25. März 2015 fest, dass im MGSG-Gutachten der organische Kern des Unfallschadens nicht berücksichtigt worden sei. Eindeutig ergebe sich aus den radiologischen Beurteilungen, dass es zu einer Impressionsfraktur gekommen sei, die mit einem Frakturwinkel von 19° ausgeheilt sei. Damit bestehe eine leichte Fehlstellung der Wirbelsäule. Oberhalb von LWK1 sei die Wirbelsäule frakturbedingt verstärkt nach vorne inkliniert. Damit bestehe zwangsläufig permanent ein höheres ventrales Drehmoment. Diese pathologische Flexionsneigung könne nur muskulär kompensiert werden. Die aufgrund der normalerweise physiologischen doppel-S-förmigen Krümmungen autostatische Ausbalancierung der Wirbelsäule sei nicht mehr gegeben. Die Rückenmuskulatur werde zwangsläufig stärker beansprucht. Insofern seien Arbeiten, die mit einer zusätzlichen Flexionskomponente verbunden seien, kontraproduktiv. Selbstverständlich könne die Wirbelsäule aber sporadisch flektiert werden, ohne dass damit muskuläre Beschwerden ausgelöst würden. Im Stammerberuf als Zimmerfrau würden aber permanent ungünstige Arbeiten anfallen, die mit einem verstärkten ventralen Drehmoment verbunden seien, was vor allem durch die Rückenmuskulatur kompensiert werden müsse. Es liege ein Tätigkeitsprofil vor, das nicht adäquat sei zum organischen Kern. Der orthopädische Gutachter habe ausschliesslich auf die erhebliche Symptomausweitung abgestellt, ohne den organischen Kern zu berücksichtigen. Er habe sogar dokumentiert, dass eine Keilwirbelbildung L1 vorliege, ohne aber den Winkel zu berücksichtigen. Wenn er zum Schluss komme, dass die Lendenwirbelsäule quasi normal sei, entspreche dies nicht der Realität. Mit dem Frakturwinkel von 19°, der in seinem Gutachten nirgends erwähnt werde, ergebe sich zwangsläufig eine Fehlstellung der Wirbelsäule mit verstärkter Flexionskomponente. Repetitiv beugende Arbeiten, wie sie in der Tätigkeit als Zimmerfrau wiederholt anfallen würden, seien damit kontraproduktiv. Das heisse, für die Stammtätigkeit als Zimmerfrau bestehe damit ein inadäquates Belastungsprofil, sodass die Aussagen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit als Zimmerfrau nicht vollständig seien, da die Fehlstellung nicht miteinbezogen worden sei. Einerseits bestehe zwar eine erhebliche Symptomausweitung, andererseits aber auch ein organischer Kern, der trotz der erheblichen Symptomausweitung gutachterlich hätte berücksichtigt werden müssen. Zusammenfassend sei im MGSG-Gutachten der organische Kern des 1. Lendenwirbels mit einem Frakturwinkel von 19° nicht ausreichend berücksichtigt worden. Dass aufgrund des damit verbundenen erhöhten ventralen Drehmoments die Rückenmuskulatur verstärkt beansprucht werde, liege auf der Hand. Insofern könne davon ausgegangen werden, dass bei einer erhöhten Wirbelsäulenbelastung mit repetitiver Flexion tatsächlich muskulär bedingte Rückenschmerzen erwartet werden könnten (UV-act. 314-315).

2.3.3 Aufgrund dieser ausführlichen und nachvollziehbaren Kritik von Dr. I. \_\_\_ am MGSG-Gutachten und insbesondere der offensichtlichen Nichtberücksichtigung des organischen Kerns des Unfallschadens bestehen doch erhebliche Zweifel an der Beurteilung durch die MGSG-Gutachter, weshalb nicht auf deren Arbeitsfähigkeitsschätzung, insbesondere nicht auf die Verneinung von Einschränkungen bei der angestammten Tätigkeit als Zimmerfrau, abgestellt werden kann.

2.4 Weiter wurde von der Beschwerdeführerin das Fehlen einer rheumatologisch/neurologischen Beurteilung bemängelt. Die entsprechende Untersuchung

in der Klinik G.\_\_\_\_ vermöge dies nicht zu ersetzen. Eine solche Begutachtung sei unabdingbar, da die Beschwerdeführerin über elektrisierende Schmerzen klage, wie auch über schmerzhafte Vorgänge im Bereich der BWS. Ein Thema seien auch immer wieder die ausstrahlenden Schmerzen in den rechten Fuss, respektive ein Kraftverlust im rechten Bein, dessen Ursache bis heute nicht klar sei. Die reine Aktenbeurteilung von Dr. I.\_\_\_\_, welcher die Notwendigkeit entsprechender rheumatologischer und neurologischer Beurteilungen verneine, reiche nicht. Insgesamt sei zwingend ein neues polydisziplinäres Gutachten durchzuführen (act. G 1, S. 6 ff.). 2.4.1 Im Austrittsbericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 22. September 2013 wird nicht näher auf rheumatologische und neurologische Untersuchungen eingegangen. Einzig im Zusatzblatt (UV-act. 139) werden in je einem Absatz der Rheumastatus und der Neurostatus festgehalten. Die Ärzte halten insgesamt fest, im Rahmen der Physiotherapie habe initial eine kurzfristige Steigerung der Geh- und Velostrecke erreicht werden können, die im weiteren Verlauf stagniert habe. Bei der einzeltherapeutischen Rückenschulung sei ein Heimprogramm für die Rumpfkraftigung und Beweglichkeit erarbeitet worden. Wiederholte Versuche, die Aktivitäten im therapeutischen Rahmen weiter zu steigern, hätten nicht erfolgreich durchgeführt werden können. Da sich die strukturellen Korrelate für die Symptomatik klinisch nicht vollumfänglich hätten nachvollziehen lassen, seien auch wiederholt Versuche zur Reduktion der Schmerzmedikation vorgenommen worden, was ebenfalls ergebnislos verlaufen sei. Bei Austritt habe die Beschwerdeführerin keine Veränderung der Schmerzsymptomatik beschrieben; aus interdisziplinärer Sicht seien die Schmerzangaben nicht hinreichend objektivierbar gewesen. Eine Ausweitung der Leistungsfähigkeit erscheine aus medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten grundsätzlich weiterhin als realisierbar. Der Austritt erfolge in die gewohnte Umgebung bei gegenwärtig 100%iger Arbeitsunfähigkeit und der Empfehlung zur Weiterführung der Physiotherapie im ambulanten Rahmen (UV-act. 139-141). 2.4.2 Dr. I.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 25. März 2015 diesbezüglich fest, aus dem Austrittsbericht der Klinik G.\_\_\_\_ ergebe sich, dass die Beschwerdeführerin sowohl rheumatologisch (Rheumastatus) wie auch neurologisch (Neurostatus) abgeklärt worden sei. Rheumatologisch habe sich der seit zwei Jahren bestehende Befund einer schmerzbedingt eingeschränkten Beweglichkeit der BWS und LWS ergeben. Neurologisch hätten sich keine Auswirkungen der Fraktur auf die Peripherie ergeben. Das heisse, sowohl die rheumatologischen wie auch die neurologischen Befunderhebungen seien ohne neuen Hinweise auf weitere unfallbedingte Schäden durchgeführt worden. Insofern müsse nicht erneut ein interdisziplinäres Gutachten mit Beizug eines Rheumatologen und Neurologen durchgeführt werden. Dr. I.\_\_\_\_ kommt schliesslich zum Schluss, dass eine rheumatologische und/oder neurologische Begutachtung auch deshalb sinnlos seien, da keine neurologische Klinik vorgelegen habe (UV-act. 317). Diese Einschätzung ist plausibel. Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin (act. G 1, S. 6 f.) fehlt es in den Akten an differenzierten oder wiederholten präzisen Angaben über Schmerzausstrahlungen in das rechte Bein bzw. den rechten Fuss. Dr. E.\_\_\_\_ hatte am 28. Januar 2013 noch explizit festgehalten, dass keine Ausstrahlung bestehe (UV-act. 102). Bildgebend wurden an der unteren Wirbelsäule keine Nervenkompressionen oder sonstigen Pathologien sichtbar, die eine Schmerzausweitung ins Bein erklären könnten. Dr. I.\_\_\_\_ verneinte im Übrigen nachvollziehbar, dass solche Bein-/Fusschmerzen in natürlichem Kausalzusammenhang mit der LWK1-Fraktur stehen könnten, wenn eine Beteiligung des Myelons ausgeschlossen worden sei (UV-act. 317). Seitens der Klinik G.\_\_\_\_ waren auch beim Neurostatus keine Ausstrahlungen erwähnt worden. Bezüglich der von der

Beschwerdeführerin geklagten subjektiven muskulären Erschöpfung nach 15-30 Minuten Gehzeit war nur festgehalten worden, dass die Beschwerdeführerin "in diesem Zustand" eine Supinationstendenz des rechten Fusses erwähne (UV-act. 139). Weder daraus noch aus sonstigen allfälligen Schmerzangaben schlossen die Klinikärzte aber auf weiteren Abklärungsbedarf in neurologischer oder rheumatologischer Hinsicht. Auch Dr. E.\_\_\_\_ veranlasste nach Lage der Akten keine diesbezüglichen weiteren Abklärungen. Konkrete Hinweise auf unvollständige Untersuchungen finden sich damit nicht. Zusammenfassend erscheint eine weitere rheumatologisch/neurologische Beurteilung nicht angezeigt.

### **E. 3**

3.1 Zur Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ führt die Beschwerdeführerin aus, dass dieser mit der Aussage, eine Schmerzkupierung sei das Ziel der Vertebroplastie gewesen, selber bestätige, dass eben Schmerzen (sowohl belastungsabhängige wie auch belastungsunabhängige) zurückbleiben würden. Diese Ansicht habe er auch bei der Bemessung der Integritätsentschädigung vertreten. Es werde zu wenig in Betracht gezogen, dass die pathologische Flexionsneigung in der BWS/LWS nur muskulär kompensiert werden könne, ein normales Rückentraining aber gerade wegen dieser pathologischen Flexionsneigung und der künstlichen Versteifung schmerzbedingt nicht möglich sei. Da keine muskuläre Kompensation stattfinden könne, würden benachbarte Bereiche überbeansprucht, weshalb die erst später manifestierten elektrisierenden Schmerzen respektive auch die Ausstrahlungen ins rechte Bein ohne weiteres denkbar seien. Zudem genüge die reine Aktenbeurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ für die Abklärung der vorliegenden Problematik nicht (act. G 1, S. 7 f.). 3.2 Die Ausführungen von Dr. I.\_\_\_\_ lassen allerdings nicht darauf schliessen, dass die Pathologie, konkret der Frakturwinkel bzw. die Kyphose, eine muskuläre Stabilisation des unteren Rückens derart verhindern könnte, dass auch nicht rückenbelastende Tätigkeiten nur noch eingeschränkt möglich wären. Dr. I.\_\_\_\_ sah aufgrund der Kyphose nur bei beruflich erhöhter Wirbelsäulenbelastung mit repetitiver Flexion unzureichende muskuläre Voraussetzungen und damit ein erhöhtes Risiko für die Entstehung von Rückenschmerzen. Er hielt fest, dass die Wirbelsäule "selbstverständlich" sporadisch flektiert werden könne, ohne dass damit muskuläre Beschwerden ausgelöst würden (UV-act. 315). Die Behauptung der Beschwerdeführerin, dass schmerzbedingt kein Rückentraining möglich sein sollte, ist ferner nicht belegt, finden sich in den Akten doch nicht nur von den Gutachtern (vgl. etwa UV-act. 226, 258), sondern auch von den behandelnden Ärzten Empfehlungen zur Verbesserung des Muskulaturaufbaus (etwa UV-act. 101, 116, 141). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin steht ferner der Umstand, dass Dr. I.\_\_\_\_ seine Einschätzung ausschliesslich auf Grundlage der Akten abgab und die Beschwerdeführerin nicht selbst untersuchte, deren Beweiswert grundsätzlich nicht entgegen. Die direkte ärztliche Auseinandersetzung mit der zu begutachtenden Person rückt dann in den Hintergrund, wenn es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen; in einem solchen Fall kann auch ein reines Aktengutachten voll beweiswertig sein. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist aber, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2012, 8C\_681/2011 E. 4.1 mit Hinweisen; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 370 E. 5b). Vorliegend gab Dr. I.\_\_\_\_ seine Beurteilung in Kenntnis der Vorakten ab und legte die Anamnese lückenlos dar. Er setzte sich zudem detailliert mit den Vorbringen der Beschwerdeführerin sowie auch kritisch mit der Beurteilung der MGS-Gutachter auseinander. Dr. I.\_\_\_\_ legte nachvollziehbar und überzeugend dar, dass die Beschwerdeführerin durchgehend ganztätig mit vollem

Rendement Arbeiten durchführen könne, die nicht mit einer Zwangshaltung der Wirbelsäule verbunden sind. Sie könne sporadisch 10 kg tragen. Sinnvoll seien Arbeiten in Wechselposition. Mit weiteren Behandlungsmassnahmen könne der Zustand nicht mehr namhaft verbessert werden (vgl. UV-act. 282 und UV-act. 312-331). Insgesamt sind die Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht geeignet, die überzeugende Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ in Zweifel zu ziehen (vgl. entsprechend den Entscheid IV 2015/281 vom 7. September 2018). 3.3 Zusammenfassend ist die Einstellung der Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen per 30. Juni 2014 nicht zu beanstanden, da gestützt auf die Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von keiner namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes durch weitere Behandlungsmassnahmen ausgegangen werden konnte. Hinsichtlich des Einkommensvergleichs (vgl. UV-act. 333 f.) ergibt sich bei unterdurchschnittlichem Valideneinkommen selbst unter Vornahme einer allfälligen Parallelisierung und selbst unter Berücksichtigung eines allfälligen Tabellenlohnabzugs von höchstens 10% kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Damit ist auch die Abweisung des Rentenanspruchs nicht zu bemängeln.

#### **E. 4**

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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