



**Fall-Nr.:** UV 2015/72  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 07.09.2018  
**Entscheiddatum:** 07.09.2018

### **Entscheid Versicherungsgericht, 07.09.2018**

**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).**

Entscheid vom 7. September 2018

Besetzung

Versicherungsrichterin Miriam Lendfers (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Marie Löhner;

Gerichtsschreiber Daniel Furrer

Geschäftsnr.

UV 2015/72

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller,



## St.Galler Gerichte

Engelgasse 214, 9053 Teufen,

gegen

**Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG**, Bundesgasse 35,  
Postfach, 3001 Bern,

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Taggeld; Heilbehandlung; Invalidenrente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ war seit 1994 beim Hotel B.\_\_\_\_ als Zimmerfrau angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (Mobiliar) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 11. Juli 2011 in C.\_\_\_\_ als Beifahrerin einen Verkehrsunfall mit einem Personenwagen erlitt, wobei das Fahrzeug von der Strasse abkam und zuerst mit einem Strommast und dann mit einem Baum kollidierte. Die Versicherte wurde in C.\_\_\_\_ hospitalisiert und es wurde ein Gipskorsett angepasst. Danach wurde sie mit der Rega repatriert. Vom 27. bis 31. Juli 2011 war die Versicherte im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) hospitalisiert, wo eine inkomplette Berstungsfraktur LWK 1 und eine Sternumkontusion nach Autounfall mit Anpassung eines Gipskorsetts in C.\_\_\_\_ diagnostiziert wurden (UV-act. 3, 33-34, 60). Das Röntgen in der Nachkontrolle im KSSG am 1. September 2011 ergab einen Kyphosewinkel LWK 1 von 19° (UV-act. 35). Am 11. Oktober 2011 wurde das Gipskorsett im KSSG entfernt. Die Versicherte klagte über lumbale Schmerzen sowie partiell auch noch rechtsseitig im Bereich der Hüfte (UV-act. 36).

A.b Am 5. Dezember 2011 wurde die Versicherte im KSSG aufgrund von MRI Befunden (nicht abgeheilte, subakute Fraktur) und der klinisch persistenten Schmerzsituation sowie des konventionell radiologisch bestehenden Kyphosewinkels



des Wirbelkörpers operiert (Vertebroplastie LWK1 und Schutzvertebroplastie BWK12). Die postoperative Röntgenkontrolle habe eine regelrechte Zementposition gezeigt. Die Mobilisation sei im Verlauf problemlos gelungen (UV-act. 39-40; 42-43). Anlässlich der Nachkontrolle vom 17. Januar 2012 habe die Versicherte nach wie vor über persistierende Schmerzen im Bereich der Fraktur geklagt. Gemäss den Ärzten rührten die Schmerzen vermutlich von der Muskulatur her (Bericht des KSSG vom 19. Januar 2012, UV-act. 48-49). Auch in der Nachkontrolle vom 28. Februar 2012 klagte die Versicherte über persistierende vor allem bewegungsabhängige Beschwerden. Beim Röntgen hätten sich stationäre ossäre Verhältnisse ohne Nachweis einer Einsinterung oder sichtbaren Anschlussfraktur im thorakolumbalen Übergang gezeigt (Bericht des KSSG vom 1. März 2012, UV-act. 72). Am 9. März 2012 wurde im KSSG aufgrund der persistierenden Beschwerdesymptomatik und um eine mögliche Physiotherapie zur Kräftigung der Rückenmuskulatur zu optimieren, eine diagnostisch-therapeutische Facettengelenksinfiltration BWK 11/12, BWK 12/L1, L1/2 beidseits durchgeführt (UV-act. 73). Gemäss Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, vom 1. Mai 2012 brachte die Facettengelenksinfiltration keine erhebliche Verbesserung der Symptomatik (UV-act. 74). Auch anlässlich der Nachkontrolle im KSSG vom 12. Juni 2012 habe die Versicherte weiterhin über immobilisierende Schmerzen geklagt, wodurch die aktive Teilnahme an einem Arbeits- respektive regulären Tag kaum möglich sei (UV-act. 80).

A.c Im Bericht vom 28. Januar 2013 führte Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulenzentrum F.\_\_\_\_, aus, die Versicherte weise eine muskuläre Insuffizienz nach an und für sich adäquater Behandlung der Wirbelsäulenfraktur, aber ohne entsprechendes Muskelaufbautraining auf. Sie werde jetzt in der Physiotherapie vorsichtig ein isometrisches Rumpfmuskeltraining lernen (UV-act. 102). Im Bericht vom 14. Mai 2013 berichtete Dr. E.\_\_\_\_ von einem sehr enttäuschenden langwierigen Verlauf. Nach einem gynäkologisch-chirurgischen Eingriff vom 8. Mai 2013 sei der Versicherten gesagt worden, sie solle sich drei bis vier Wochen streng schonen. Dadurch sei sie in ihrer Schonhaltung bestärkt. Obwohl er ihr gesagt habe, sie solle trotzdem ihre einfachen Rückenmuskelübungen im Liegen machen, werde sie sehr wahrscheinlich in den vier Wochen nach dem Eingriff Rückschritte machen (UV-act. 116). Im Bericht vom 3. Juli 2013 hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest,



## St.Galler Gerichte

dass die Versicherte in den vergangenen zwei Monaten keine Fortschritte gemacht habe. Es sei nun der Zeitpunkt für eine stationäre Reha gekommen (UV-act. 123).

A.d Vom 21. August 2013 bis 10. September 2013 war die Versicherte in der Klinik G.\_\_\_\_ hospitalisiert. Beim Austritt habe die Versicherte 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 (UV-act. 140-141).

A.e Im Auftrag der IV-Stelle wurde beim Medizinischen Gutachtenzentrum Region St. Gallen GmbH (MGSG) ein polydisziplinäres orthopädisch-psychiatrisches Gutachten mit internistischer Beurteilung sowie eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) an der Orthopädie und Physiotherapie H.\_\_\_\_ durchgeführt. Im Gutachten vom 25. Juni 2014 wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Thorakolumbovertebrales Syndrom bei Status nach Vertebroplastie L1 und Schutzvertebroplastie Th12 nach inkompletter Berstungsfraktur L1 im Dezember 2011, eine laterale Bandinstabilität am oberen Sprunggelenk links, eine Präadipositas, leichte chronische depressive Stimmungsschwankungen (Dysthymie) bei Zustand nach Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion, bestehend seit etwa Januar 2012, eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen, eine arterielle Hypertonie, ein Status nach Pulmonalisenisolation 2003 wegen paroxysmaler AV-Tachykardie und ein Status nach LEEP-Konisation und CK-Curettage wegen persistierendem PAP III 2013 diagnostiziert. Die Arbeitsfähigkeit als Zimmerfrau betrage gesamthaft bei voller Stundenpräsenz eines normalen Pensums seit April 2012 100%. Im Rahmen der posttraumatischen respektive postoperativen Rehabilitation habe die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von Juli 2011 bis März 2012 0% betragen (UV-act. 195-276, insb. 234 f.).

A.f Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, wurde von der Mobiliar beauftragt, Stellung zur Frage eines möglichen Integritätsschadens zu nehmen. In der Beurteilung vom 18. August 2014 führte dieser aus, es müsse von einem 10%igen Integritätsschaden



## St.Galler Gerichte

ausgegangen werden. Mit weiteren Behandlungsmassnahmen könne der Zustand nicht mehr namhaft verbessert werden; der Schaden sei definitiv (UV-act. 282-283).

A.g Mit Schreiben vom 22. August 2014 teilte die Mobiliar der Versicherten mit, dass die Taggeldleistungen und sämtliche Pflegeleistungen und Kostenvergütungen per 30. Juni 2014 eingestellt würden. Zudem werde basierend auf einem Integritätsschaden von 10% eine Integritätsentschädigung von Fr. 12'600.-- geleistet (UV-act. 284-286).

A.h Mit Schreiben vom 3. Oktober 2014 machte die Versicherte unter anderem geltend, das MGSG-Gutachten sei nicht verwertbar und es sei zusätzlich eine rheumatologisch/neurologische Begutachtung vorzunehmen (UV-act. 296-300).

A.i In der ärztlichen Beurteilung vom 25. März 2015 hält Dr. I.\_\_\_\_ fest, dass sich keine Anhaltspunkte für eine zusätzliche rheumatologische und neurologische Begutachtung ergeben. Bei der Versicherten sei eine erhebliche Symptomausweitung festgestellt worden. Im MGSG-Gutachten sei jedoch der organische Kern des 1. Lendenwirbels mit einem Frakturwinkel von 19° nicht ausreichend berücksichtigt worden. Es könne davon ausgegangen werden, dass bei einer erhöhten Wirbelsäulenbelastung mit repetitiver Flexion tatsächlich muskulär bedingte Rückenschmerzen erwartet werden könnten. Die Versicherte könne aber durchgehend ganztägig mit vollem Rendement Arbeiten durchführen, die nicht mit einer Zwangshaltung der Wirbelsäule verbunden seien (UV-act. 313-331, insb. 314).

A.j Mit Verfügung vom 1. April 2015 stellte die Mobiliar die Taggeldleistungen sowie sämtliche Pflegeleistungen und Kostenvergütungen per 30. Juni 2014 ein. Zudem wurde ein Invaliditätsgrad von 0% ermittelt und somit ein Rentenanspruch abgelehnt. Weiter wurde der Versicherten bei einem Integritätsschaden von 10% eine Integritätsentschädigung von Fr. 12'600.-- zugesprochen (UV-act. 332-337).

B.

B.a Mit Einsprache vom 7. Mai 2015 beantragte die Versicherte die Aufhebung der Verfügung und die Ausrichtung eines Taggeldes von mindestens 50% über den 30. Juni 2014 hinaus. Eventualiter sei ab 1. Juli 2014 eine UVG-Invalidenrente von



mindestens 50% auszurichten. Subeventuell sei die Verfügung aufzuheben und eine umfassende polydisziplinäre Begutachtung vorzunehmen (UV-act. 344-348).

B.b Mit Einspracheentscheid vom 12. Oktober 2015 wies die Mobiliar die Einsprache ab. Das Resultat der medizinischen Abklärungen zeige, dass die Versicherte in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei. Das entsprechende Zumutbarkeitsprofil sei von Dr. I.\_\_\_\_ definiert worden (UV-act. 366-375).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 18. November 2015. Die Beschwerdeführerin beantragt die Aufhebung des Einspracheentscheids und die Ausrichtung von UVG-Taggeldern in der Höhe von mindestens 50% über den 30. Juni 2014 hinaus. Eventualiter sei ab 1. Juli 2014 eine UVG-Invalidenrente von mindestens 50% auszurichten. Subeventuell sei eine umfassende, polydisziplinäre Begutachtung vorzunehmen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 8. Februar 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 7).

C.c Mit Replik vom 7. April 2016 hält die Beschwerdeführerin unverändert an ihren Anträgen fest (act. G 11). Auch die Beschwerdegegnerin erneuert mit Duplik vom 9. Mai 2016 ihren Antrag auf Abweisung der Beschwerde (act. G 13).

## Erwägungen

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.



## St.Galler Gerichte

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).



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 ausgesprochen. 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. Vorgehend 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, dass 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 schmerzhaft 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-/Fussschmerzen 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.

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 MGSG-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.

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.