



Fall-Nr.: UV 2015/77
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 23.08.2019
Entscheiddatum: 10.07.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 10.07.2017

Art. 6 UVG: Bejahung unfallkausaler Restfolgen im Bereich der LWS Art. 16 ATSG: Bejahung einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit in einer rückenadaptierten Tätigkeit wie der angestammten Tätigkeit. Prozentvergleich. Verneinung eines Rentenanspruchs (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Juli 2017, UV 2015/77).

Entscheid vom 10. Juli 2017

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Karin Huber-Studerus und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber

Markus Jakob

Geschäftsnr.

UV 2015/77

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) war seit 14. September 2006 bei der B.____ AG als Montagemitarbeitern angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 16. Februar 2012 ausrutschte und dadurch eine Stauchung sowie einen Schlag in den Rücken erlitt (Suva-act. 2). Die Versicherte begab sich ins Kantonsspital Münsterlingen, wo sich den Ärzten röntgenologisch eine leichte Deckenplatten-Impressionsfraktur des LWK 1 zeigte, welche konservativ analgetisch behandelt wurde (Suva-act. 13). Die Nachbehandlung erfolgte grundsätzlich durch den Hausarzt der Versicherten, Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin (vgl. Suva-act. 8 ff.), wenngleich am 29. März 2012 im Kantonsspital Münsterlingen bei persistenter Schmerzsymptomatik eine klinische und radiologische Kontrolluntersuchung stattfand und zur Heilbehandlung eine Physiotherapieverordnung ausgestellt wurde (Suva-act. 29, 31). Nachdem der Versicherten vom 16. Februar bis 20. Mai 2012 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden war, nahm sie ihre Arbeit ab 21. Mai 2012 wieder zu 50% auf (Suva-act. 8 f., 12, 14 f., 19, 21, 28, 30). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilungskosten- und Taggelder; Suva-act. 3 f.).

A.b Eine weitere Nachkontrolle mit Röntgenuntersuchung der LWS im Kantonsspital Münsterlingen vom 7. Juni 2012 zeigte stationäre Verhältnisse der LWK1-Deckenplattenfraktur. Im Kontrollbericht vom 8. Juni 2012 wurde ausserdem festgehalten, dass die konservative Therapie mit Physiotherapie weitergeführt werden sollte (Suva-act. 37, vgl. auch Suva-act. 39, 43, 46).



A.c Ab 1. Januar 2013 trat die Versicherte eine Vollzeitstelle als Serviceangestellte im Restaurant D.____ an, wobei ihr von Dr. C.____ weiterhin eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Ab 1. Mai 2013 versuchte sie 80% zu arbeiten (Suva-act. 49, 56 ff.). Am 7. Mai 2013 teilte die B.____ AG der Suva mit, dass die Versicherte seit 1. Dezember 2012 nicht mehr bei ihr arbeite. Sie habe das Arbeitsverhältnis auf eigenen Wunsch per 30. November 2012 gekündigt (Suva-act. 51).

A.d Wegen persistierender Schmerzen im Rücken LWK1-3 erfolgte auf Zuweisung von Dr. C.____ am 1. Mai 2013 eine lumbale-vertebrospinale MRT-Untersuchung in der E.____. Dabei zeigten sich zeitgerechte Signalveränderungen der bekannten stabilen anterior gegenüber posterior um 5 mm imprimierten Deckenplattenfraktur von LWK 1 ohne aktuellen Nachweis einer Nachsinterung, eine oligosegmentale Osteochondrose sowie polysegmentale Facettengelenksarthrose mit lediglich relativer neuroforaminaler Enge osteodiscogen und frischeren umschriebenen Anulusrissen auf Höhe LWK 4/5 linkslateral, hier ohne konstante Nervenwurzel-Affektion, hingegen auf Höhe LWK 5/ SWK 1 umschrieben median mit denkbarer recessaler Affektion der weiter caudal abgehenden Nervenwurzel S1 rechts stärker als links, insgesamt hingegen keine Spinalkanalstenose (Suva-act. 58).

A.e Am 7. Juni 2013 wurde die Versicherte auf Zuweisung von Dr. C.____ durch Prof. Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, Wirbelsäulenzentrum G.____, klinisch und röntgenologisch untersucht. Dr. F.____ berichtete am 13. Juni 2013, dass die Versicherte seit dem Sturz im Februar 2012 unter Schmerzen im mittleren LWS-Bereich mit Ausstrahlung nach kranial leide. Im Stehen und bei Belastung würden die Schmerzen deutlich an Intensität zunehmen. Klinisch zeigte sich ihm ein Neurostatus mit deutlicher Klopfschmerzhaftigkeit am thorakolumbalen Übergang, ein Finger-Boden-Abstand von 30 cm, eine schmerzhaft eingeschränkte Retroflexion und Rotation beidseits sowie beidseits ein Pseudolasegue durch Verspannung und Verkürzung der ischiokruralen Muskeln. Die Fazettengelenke und ihre Irritationszonen waren nicht schmerzhaft. Auf dem Röntgenbild waren eine gerade Wirbelsäule, eine Impressionsfraktur L1 sowie eine Streckhaltung abgebildet. Dr. F.____ diagnostizierte eine traumatische Wirbelkompressionsfraktur L1 und hielt fest, dass die Beschwerden sicher zum Grossteil zumindest von dieser Fraktur herkommen würden. Die Wirbelkompression sei nicht ausgeprägt. Es bestünden keinerlei



St.Galler Gerichte

Hinterkantenabsprünge und das Myelon sei völlig unaffeziert. Nach 15-monatiger Dauer sei es sehr schwer, eine geeignete Schmerztherapie zu finden, weil die Wirbelfraktur sicher schon konsolidiert sei. Er schlage eine Single shot Epiduralblockade vor (Suva-act. 59).

A.f Dr. C.____ schrieb die Versicherte ab 1. Juni bis 31. August zu 40%, vom 26. bis 30. August zu 100% und vom 2. September bis 17. November 2013 zu 50% arbeitsunfähig (Suva-act. 64 f., 70, 72, 76, 80). Nachdem die Physiotherapie eher zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes geführt hatte, hatte die Versicherte derweil bei Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, von dem sie auch zu einem muskulären Aufbau angewiesen wurde, mit einer manuellen und myofaszialen Behandlung begonnen. Dr. H.____ diagnostizierte in einem ärztlichen Zwischenbericht vom 25. September 2013 ein lumbospondylogenes und myofasiales Schmerzsyndrom rechts bei Status nach Impressionsfraktur LWK1 mit Kompression von 5 mm ventral und führte aus, dass sich die Versicherte nach den Behandlungen jeweils etwa zwei Tage besser fühle, dann aber bei körperlicher Belastung im Restaurant wieder auf die alten Schmerzen zurückkomme. Dies beweise, dass die sekundären Dysfunktionen eine wichtige Rolle spielen würden. Die anatomische Veränderung durch die Fraktur könne allerdings nicht wegdiskutiert werden. Die Versicherte empfinde ihre Arbeit als Serviceangestellte nicht als schwer. Das Tragen auch von leichten Lasten der Körperachse vorgelagert, wie im Service, sei indessen sehr ungünstig. Es sei insofern ein bleibender Nachteil zu erwarten, als eine Frakturheilung im Sinne einer Restitution nicht mehr möglich sei (Suva-act. 73).

A.g Am 5. November 2013 wurde die Versicherte durch Kreisarzt Dr. med. I.____, Facharzt für Chirurgie FMH, spez. Allgemein Chirurgie und Unfallchirurgie, untersucht, der die Arbeitsfähigkeit ab dem 5. November 2013 auf 75% festlegte und auf Anfang Dezember 2013 eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit erwartete (Suva-act. 82). Die Versicherte wurde gleichentags von der Suva entsprechend informiert (Suva-act. 78) und Dr. C.____ passte die Arbeitsunfähigkeitsattestierung an (Suva-act. 84; vgl. dazu auch act. 87). Die Versicherte befand sich weiterhin in einer medizinischen Trainingstherapie (MTT) und in der manualtherapeutischen Behandlung bei Dr. H.____ (vgl. Suva-act. 87, 89, 91 ff., 96). Dieser hielt in einem ärztlichen Zwischenbericht vom 21. Januar 2014 fest, dass die Versicherte seit dem Unfall neben den lumbalen



St.Galler Gerichte

Schmerzen auch zervikale Schmerzen habe, die aber im Hintergrund stehen würden (Suva-act. 87).

A.h Am 3. März 2014 konsultierte die Versicherte ihren neuen Hausarzt, Dr. med. J.___, Innere Medizin FMH, der neue Röntgenbilder der LWS anfertigte (vgl. Suva-act. 94). Dr. I.___ erläuterte diese in einer ärztlichen Beurteilung vom 24. April 2014. Er stellte fest, dass gesamthaft keine wesentliche Veränderung bei konsolidierter LWK 1-Fraktur mit Keildeformation zirka 13° vorliege. Somit seien die Beschwerden im thorakolumbalen Bereich aufgrund verbliebener Unfallfolgen erklärbar. Unabhängig davon würden bei der Versicherten unfallunabhängige Nackenbeschwerden bestehen, die wahrscheinlich - im Rahmen, wie es häufig in der Normalbevölkerung vorkomme - multifaktoriell bedingt seien. Zum Erhalt des Zustandes seien für den Rücken eigene Übungen durchzuführen. Solange sich eine leichte Verbesserungswirkung zeige, sei zudem die weitere Kostenübernahme der Behandlung bei Dr. H.___ zu empfehlen. Von einer weitergehenden operativen Intervention sei Abstand zu nehmen. Aktuell sei zu einer 90%-igen und in einem Monat zu einer 100%-igen Arbeitstätigkeit zu raten (Suva-act. 97). Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung legte die Suva die Arbeitsfähigkeit der Versicherten ab 1. Mai 2014 auf 90% und ab 1. Juni 2014 auf 100% fest und teilte der Versicherten die Einstellung der Taggelderleistungen per 1. Juni 2014, jedoch die Übernahme der Kosten der Behandlungsmassnahmen im bisherigen Rahmen mit (Suva-act. 98, vgl. auch Suva-act. 104). Die Versicherte hatte allerdings anlässlich eines Gesprächs mit der Suva vom 12. März 2014 ausgesagt, Taggelder lediglich bis am 30. November 2013 erhalten zu haben (Suva-act. 94).

A.i Wegen einer unveränderten Beschwerdesituation trotz MTT und manueller Therapie fand am 7. August 2014 auf Zuweisung von Dr. J.___ (vgl. Suva-act. 101) eine weitere klinische und röntgenologische Untersuchung durch Prof. Dr. F.___ statt, deren Ergebnisse er in einem Untersuchungsbericht vom 18. August 2014 festhielt. Er empfahl zunächst eine therapeutische Blockade der Facettengelenke L1/2 und L2/3 beidseits und darüber hinaus eine multimodale Schmerztherapie, bestehend aus weiteren anatomisch gesteuerten Facettengelenksblockaden, Manualtherapie und Akupunktur. Zusätzlich habe die Versicherte regelmässig die in der Physiotherapie erlernten Übungen durchzuführen. Er befürworte schliesslich die von Dr. J.___ am 25.



St.Galler Gerichte

Juni 2014 seit 5. November 2013 attestierte Arbeitsunfähigkeit von 25% (Suva-act. 103, 105).

A.j Dr. I.____ unterstützte am 26. August 2014 das von Prof. Dr. F.____ vorgeschlagene Vorgehen und die von ihm gesehene Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 106), worauf die Suva der Versicherten einen Taggeldanspruch basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 25% ab 1. August 2014 zusicherte, diesen aber an die Bedingung knüpfte, dass die Versicherte die von Prof. Dr. F.____ vorgeschlagenen Behandlungen, Therapien und Übungen konsequent durchführe (Suva-act. 107). Am 11. November 2014 anerkannte Kreisarzt Dr. med. K.____ weiterhin eine 25%-ige Arbeitsunfähigkeit und bestätigte eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit in der früheren angestammten Tätigkeit, bei der es sich um eine sitzend, aber auch stehend ausübbarer Montagearbeit gehandelt habe (Suva-act. 111).

A.k Nachdem Dr. J.____ in einem ärztlichen Zwischenbericht vom 13. August (richtig: März) 2015 von einer unveränderten Beschwerdesituation trotz Durchführung der empfohlenen Behandlungen (Facettengelenkblockade, Manualtherapie, Akupunktur) und einer letzten Akupunktur bei Prof. Dr. F.____ am 16. Februar 2015 gesprochen und weitere geplante Behandlungen verneint hatte (Suva-act. 117), leitete die Suva eine kreisärztliche Abschlussuntersuchung ein (Suva-act. 118 ff.). Diese erfolgte am 15. April 2015 durch Dr. I.____, der gleichentags aktuelle Röntgenbilder der LWS im Röntgeninstitut L.____ machen liess (Suva-act. 123 f.). Am 17. April 2015 nahm er sodann eine medizinische Beurteilung des Integritätsschadens vor (Suva-act. 125).

A.l Gestützt auf das Ergebnis der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung und der Integritätsschadenschätzung lehnte die Suva mit zwei Verfügungen vom 20. April 2015 einen Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente ab, sprach ihr jedoch eine Integritätsentschädigung für eine Integritätseinbusse von 5% zu (Suva-act. 127 f.)

B.

B.a Gegen die Rentenverfügung erhob die Versicherte am 11. Mai 2015 Einsprache, wobei sie darauf hinwies, dass sie laut beigelegtem Bericht von Prof. Dr. F.____ vom 18. August 2014 weiterhin 25% arbeitsunfähig sei (Suva-act. 129). Die Suva ersuchte



St.Galler Gerichte

darauf Prof. Dr. F.____, die vorgenannte Arbeitsunfähigkeit zu begründen (Suva-act. 131). Eine Antwort ging nicht ein.

B.b Mit Einspracheentscheid vom 23. Oktober 2015 wies die Suva die Einsprache der Versicherten ab (Suva-act. 137).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) mit Eingabe vom 15. November 2015 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und der Fall sei mit dem tatsächlichen Sachverhalt von einer bestätigten Arbeitsunfähigkeit von 25% als Folge des Unfalls vom 16. Februar 2012 zu entscheiden (act. G 1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 8. Januar 2016 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) Abweisung der Beschwerde (act. G 3).

C.c Die Beschwerdeführerin reichte hierauf am 30. Januar 2016 eine Replik zusammen mit einem Sprechstundenbericht von Prof. Dr. F.____ vom 29. Januar 2016 ein (act. G 5). Am 25. Februar 2016 folgte die Duplik der Beschwerdegegnerin (act. G 7). Beide Verfahrensparteien hielten an ihren Anträgen fest.

C.d Mit Schreiben vom 1. März 2016 schloss das Versicherungsgericht den Schriftenwechsel ab (act. G 8). Dennoch reichte die Beschwerdeführerin am 9. März 2016 eine "Richtigstellung" zur Duplik ein (act. G 9).

C.e Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie die weiteren Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.



Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung. Diesbezüglich sind sich die Verfahrensparteien insbesondere über das Ausmass der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit uneinig. Unbestritten geblieben und nicht zu beanstanden ist die Vornahme des Fallabschlusses bzw. der Rentenprüfung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 20. April 2015 (Suva-act. 127; vgl. dazu Suva-act. 117, 124, act. G 5). Die von der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 20. April 2015 zugesprochene Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 5% blieb unangefochten, so dass diese nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet.

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 Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

3.

3.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls zumindest 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht angesichts dieser gesetzlichen Bestimmung nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. dazu BGE 129 V 181 f. E. 3.1 f.; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht im Regelfall auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber



eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/bb, 117 V 365 mit Hinweisen; SVR 2000 Nr. 14 S. 45).

3.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind.

Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder dessen Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.).

3.3 Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt diesen Beweisanforderungen nicht (THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, §70 N. 58 f.).

4.

Vorab ist abzuklären, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen als unfallkausal zu betrachten sind und damit für die Festlegung eines allfälligen Rentenanspruchs relevant sind. Die Beschwerdeführerin beklagt seit dem Unfall vom 16. Februar 2012



Schmerzen im Rücken bzw. im Lendenbereich. In den medizinischen Akten sind zudem Schmerzen, Verspannungen und Bewegungseinschränkungen im Nackenbereich erwähnt.

4.1 Unbestritten und echtzeitlich radiologisch nachgewiesen ist, dass sich die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfallereignisses vom 16. Februar 2012 eine Deckplattenimpressionsfraktur LWK 1 zuzog, welche konservativ therapiert wurde (Suva-act. 1, 29, 38). Laut Feststellung von Dr. I.____ in seiner ärztlichen Beurteilung vom 24. April 2014 zeigte sich die LWK 1-Fraktur am 3. März 2014 röntgenologisch konsolidiert mit Keildeformation ca. 13° (Suva-act. 97). Aus den nachfolgenden Röntgenbildern vom 7. August 2014 ersah Prof. Dr. F.____ gegenüber dem Vorbefund vom März 2014 keine Veränderungen. Im Untersuchungsbericht vom 18. August 2014 hielt er zu den Röntgenbildern vom 7. August 2014 weiter fest, dass die Wirbelsäule schön gerade sei. Es würden sich keine Anhaltspunkte für Facettenarthrosen im inkriminierten Bereich, d.h. im Bereich der mittleren und oberen LWS, finden. Die Rückenbeschwerden der Beschwerdeführerin könnten mithin nicht degenerativen Veränderungen angelastet werden. Prof. Dr. F.____ schloss daraus, dass die Rückenbeschwerden der Beschwerdeführerin weiterhin Folge des Unfalls seien. Von den durch den Unfall offenbar immer noch aktivierten Noziz-Rezeptoren an den Facettengelenken würden Schmerzsignale herkommen (Suva-act. 105). Dr. I.____ liess die Schlussfolgerungen von Prof. Dr. F.____ in seinem Bericht vom 15. April 2015 über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung unangefochten, wobei er nun gestützt auf die von der L.____ aktuell erstellten Röntgenbilder (Suva-act. 123) die Keildeformation nur noch mit ca. 10° bewertete. Er erklärte, die in diskreter Keilimpressionsdeformation konsolidierte LWK 1-Fraktur könne medizinisch erklärbar bei statischem Stehen und Rotationsbewegungen sowie Zwangshaltungen beim Servieren in abgedrehten und vornüber geneigten Haltungen zu Beschwerden führen (Suva-act. 124). Entsprechend ging Dr. I.____ in der Beurteilung des Integritätsschadens vom 17. April 2015 von einer verbliebenen Belastungseinschränkung bei Keildeformation knapp 10° aus (Suva-act. 125). Im Untersuchungsbericht vom 29. Januar 2016 vermerkte Prof. Dr. F.____ schliesslich eine unveränderte Symptomatik, sowohl in Bezug auf den Schmerzcharakter als auch hinsichtlich der Schmerzintensität, Schmerzlokalisierung sowie des physikalischen Befundes. Es sei damit von einem Dauerzustand auszugehen (act. G 5). In den vorgenannten medizinischen Akten zeigt sich, dass Dr. I.____ und Prof.



Dr. F.____ in Folge der Kompressionsfraktur LWK 1 übereinstimmend von dauernden Unfallrestfolgen im mittleren und oberen LWS-Bereich ausgehen, die bei der Beurteilung des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente zu berücksichtigen sind.

4.2 Zu den Nackenbeschwerden hielt Dr. I.____ in seinem Bericht vom 5. November 2013 über seine gleichentags erfolgte klinische Untersuchung (Suva-act. 82) sowie in seiner ärztlichen Beurteilung vom 24. April 2014 (Suva-act. 97) fest, dass diese unabhängig von den lumbalen Schmerzen bestünden und nicht unfallabhängig, sondern - wie es häufig in der Normalbevölkerung vorkomme - multifaktoriell bedingt seien. Im Bericht vom 5. November 2013 (Suva-act. 82) und in demjenigen vom 17. April 2015 über seine am 15. April 2015 erfolgte klinische Untersuchung (Suva-act. 124) wies er sodann auf eine etwas abgeflachte BWS-Kyphose bei der Beschwerdeführerin hin, die allenfalls aufgrund des morphologischen Zustandes bei Überlastung zu Nackenbeschwerden und Verspannungen im Trapeziusbereich führen könne. Nachdem Dr. I.____ eine unfallbedingte Genese der Nackenschmerzen nicht als gegeben betrachtet, fällt die Mitberücksichtigung derselben im Rahmen der Invaliditätsbemessung ausser Betracht, denn seine Ausführungen erscheinen angesichts der vorliegenden Aktenlage ohne Weiteres schlüssig und überzeugend. Von Nackenbeschwerden ist in den medizinischen Akten erstmals nach einer grösseren Latenzzeit, d.h. rund zwei Jahren nach dem Unfall, im Bericht von Dr. H.____ die Rede (Suva-act. 87). Bereits dieser zeitliche Umstand lässt ihre Verursachung durch den Unfall nicht als überwiegend wahrscheinlich erscheinen (vgl. dazu RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c). Eine Unfallverletzung im Nackenbereich wurde offenbar von allen untersuchenden bzw. behandelnden Ärzten - den Hausärzten Dr. C.____ und Dr. J.____, Dr. H.____, Prof. Dr. F.____ und Kreisarzt Dr. I.____ - nie vermutet. Entsprechend kann den medizinischen Akten auch nicht entnommen werden, dass jemals die Durchführung einer radiologischen Untersuchung der HWS als erforderlich betrachtet worden wäre. Es fanden zwar klinische Untersuchungen statt, welche auffällige Befunde (Druckdolenz, Verspannungen und Bewegungseinschränkungen) zeigten, doch wurden auch diese nie einer Unfallverletzung zugeordnet (vgl. Suva-act. 82, 89). In den Berichten des Wirbelsäulenspezialisten Prof. Dr. F.____ ist überhaupt nur von Beschwerden in der LWS die Rede (Suva-act. 59, 105, act. G 5) und auch in den ärztlich ausgestellten Physiotherapieverordnungen sind lediglich solche auf die LWS



bezogene Diagnosen vermerkt (Suva-act. 31, 67, 91 ff., 96, 99, 121). Abgesehen davon, dass die Nackenschmerzen offenbar gegenüber den Schmerzen im Lendenbereich im Hintergrund gestanden hatten, berichtete die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin schliesslich am 12. März 2014, keine Nackenschmerzen mehr zu haben (Suva-act. 87, 94, 97). Angesichts des Gesagten ist festzuhalten, dass die Nackenschmerzen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht durch den Unfall vom 16. Februar 2012 verursacht worden sind und demzufolge - sofern sie überhaupt noch bestehen - im Rahmen der Invaliditätsbemessung nicht zu berücksichtigen sind.

4.3 Sowohl von Dr. I. ___ als auch von Prof. Dr. F. ___ gesehen werden sodann die radiologisch erhobene diskrete Facettenarthrose und die Osteochondrosezeichen im unteren LWS-Bereich (L4/5 und L5/S1; vgl. Suva-act. 58-4, 110, 124, 129). Dr. I. ___ geht aber auch diesbezüglich überzeugend von unfallfremden degenerativen Veränderungen aus, die - wie so häufig in der Normalbevölkerung - zu Rückenbeschwerden führen könnten (Suva-act. 124). Weil die vorgenannten Diagnosen laut medizinischer Literatur degenerative Prozesse darstellen und als Unfallfolge höchstens sekundär infolge einer primären Verletzung möglich sind, die Beschwerdeführerin jedoch nur im oberen, nicht aber im unteren Lendenwirbelsäulenbereich eine Verletzung erlitten hat, erscheint die kreisärztliche Schlussfolgerung ohne weiteres schlüssig (vgl. dazu ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 579 ff., S. 852 ff.; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. Berlin 2014, S. 175 f., S. 1557; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 134, S. 1379; DAS MSD MANUAL, 6. Aufl. München 2000, S. 550 ff.). Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass die degenerativen Veränderungen der Beschwerdeführerin im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule nicht als Restfolgen des Unfalls vom 16. Februar 2012 zu betrachten und demzufolge ebenfalls nicht in die Invaliditätsbemessung einzubeziehen sind.

5.

Im Folgenden gilt es zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin wegen ihrer Unfallrestfolgen im Bereich des LWK 1 Anspruch auf eine Invalidenrente im Sinn von Art. 18 ff. UVG hat. Hierbei ist der Invaliditätsgrad nach Art. 16 ATSG durch einen



Einkommensvergleich zu ermitteln. Verglichen werden das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen) und das Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

5.1 Eine Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bildet die Arbeitsfähigkeitsschätzung in den trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten. Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Auch wenn für die Bemessung des Invalideneinkommens primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen ist, in welcher die versicherte Person konkret steht, so lässt es die Rechtsprechung nur unter besonderen Voraussetzungen zu, dass das Invalideneinkommen dem nach Eintritt der gesundheitlichen Einbusse tatsächlich noch erzielten Verdienst gleichgesetzt wird. Dabei wird - kumulativ - vorausgesetzt, dass ein besonders stabiles Arbeitsverhältnis den Bezug auf den allgemeinen Arbeitsmarkt erübrigt, dass die verbleibende Arbeitsfähigkeit voll ausgeschöpft wird und dass nicht ein Soziallohn ausgerichtet wird (BGE 117 V 18; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 16 N 50; RUMO-JUNGO/ HOLZER, a.a.O., S. 133 f.).

5.2 Während sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt stellt, die Beschwerdeführerin könnte sowohl die angestammte, d.h. im Zeitpunkt des Unfalls vom 16. Februar 2012 bei der B.____ AG ausgeübte Tätigkeit, als auch eine gleichartige oder ähnliche Tätigkeit voll ausüben und demzufolge ein rentenausschliessendes Invalideneinkommen erzielen, hält die Beschwerdeführerin dagegen, sie sei lediglich noch zu 75% arbeitsfähig.

5.3



5.3.1 Laut Bericht von Dr. I.____ über die ärztliche Abschlussuntersuchung vom 15. April 2015 sind der Beschwerdeführerin wechselbelastende Tätigkeiten unter Berücksichtigung bzw. Vermeidung der beschwerdeverursachenden Stellungen - statisches Stehen, Rotationsbewegungen, Zwangshaltungen beim Servieren in abgedrehten und vornüber geneigten Haltungen - vollschichtig, d.h. mit einem Pensum von 100%, zumutbar (Suva-act. 124). Es sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, die geeignet wären, Zweifel daran zu begründen, dass mit dem umfassend rückenadaptierten Zumutbarkeitsprofil der in Frage stehenden Gesundheitsschädigung bzw. den damit verbundenen Beschwerden und ihren praktischen Auswirkungen nicht genügend Rechnung getragen worden wäre. Das Zumutbarkeitsprofil an sich ist denn auch von der Beschwerdeführerin unbestritten geblieben. Sie selbst erzählte der Beschwerdegegnerin am 12. März 2014, sie könne beim Servieren maximal 2 bis 3 Teller tragen. Beim Bücken nach vorne tue es ihr weh. Ohnehin sei das Heben und Tragen von Gewichten nicht gut. Sie vermeide es, so gut es gehe (Suva-act. 94). Am 30. Oktober 2014 wiederholte sie, dass das Bücken nach vorne noch schmerzhaft sei und sie das Heben von schweren Gewichten vermeide und erklärte ausserdem, bei längerem Sitzen, Liegen oder Stehen an Ort Schmerzen im Lendenbereich zu verspüren (Suva-act. 109). Anlässlich der Abschlussuntersuchung vom 15. April 2015 durch Dr. I.____ schilderte sie ebenfalls, dass sie beim Servieren auch etwa Schmerzen habe, welche bewegungsabhängig - beim nach vorne Bücken und auch beim Drehen - auftreten würden (Suva-act. 124). Die Darstellungen der Beschwerdeführerin in Bezug auf die beschwerdeverursachenden Arbeiten bzw. ihre körperlichen Einschränkungen stimmen ohne Weiteres mit dem Zumutbarkeitsprofil von Dr. I.____ überein.

5.3.2 Dr. I.____ sieht die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nur in qualitativer Hinsicht eingeschränkt. Unter den in Erwägung 5.3.1 erwähnten, limitierenden Bedingungen ist denn auch ohne Weiteres eine volle Arbeitsfähigkeit als gegeben anzusehen. Wenn die Beschwerdeführerin demgegenüber von einer 75%-ige Arbeitsfähigkeit ausgeht, orientiert sich ihre Annahme offensichtlich an der von ihr in diesem Pensum tatsächlich ausgeübten Tätigkeit als Serviceangestellte. Dr. J.____ und Prof. Dr. F.____ attestierten ihr zwar in ihren Arzteugnissen und Berichten vom 25. Juni bzw. 18. August 2014 eine 75%-ige Arbeitsfähigkeit, doch bezieht sich auch deren Einschätzung offensichtlich auf die Tätigkeit als Kellnerin. Die Ärzte erwähnen nur diese Tätigkeit sowie das dabei von der Beschwerdeführerin ausgeführte Pensum. Zur Frage



des Arbeitsfähigkeitsgrades in einer rückenadaptierten Tätigkeit wird nicht erkennbar Stellung genommen (Suva-act. 103, 110). Der Bericht von Prof. Dr. F.____ vom 29. Januar 2016 enthält schliesslich gar keine Aussage zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (act. G 5). Mit ihren Beschreibungen der Tätigkeit als Serviceangestellte bzw. der damit verbundenen, zu Schmerzen führenden Arbeiten zeigt die Beschwerdeführerin selbst auf, dass es sich dabei nicht um eine, dem Zumutbarkeitsprofil von Dr. I.____ entsprechende, rückenadaptierte Tätigkeit handelt. Am 30. Oktober 2014 gab sie im Übrigen gegenüber der Beschwerdegegnerin zu, dass die Tätigkeit als Kellnerin "natürlich schon anstrengender" sei als die ehemals sitzende Tätigkeit bei der B.____ AG (Suva-act. 109). Auch Dr. H.____ hatte im ärztlichen Zwischenbericht vom 25. September 2013 geschrieben, dass das Tragen auch von leichten Lasten der Körperachse vorgelagert, wie im Service, sehr ungünstig sei (Suva-act. 73). Angesichts des Gesagten erscheint es mithin überzeugend, dass in einer rückenadaptierten Tätigkeit eine höhere, nämlich 100%-ige Arbeitsfähigkeit besteht.

5.3.3 Bei der B.____ AG war die Beschwerdeführerin als Montagemitarbeiterin tätig (Suva-act. 2). Sie übte diese Tätigkeit hauptsächlich sitzend aus, bestätigte jedoch am 11. Juni 2015 gegenüber der Beschwerdegegnerin, dass es bei der B.____ AG möglich gewesen sei, in Wechselposition zu arbeiten, d.h. stehend, dies auch an den Montagebändern (Suva-act. 133, vgl. auch Suva-act. 22). Der Beurteilung der Beschwerdegegnerin, dass der Beschwerdeführerin insbesondere diese angestammte Tätigkeit zu 100% zumutbar sei, kann damit gefolgt werden. Die Beschwerdeführerin geht fehl in der Annahme, eine 75%-ige Arbeitsunfähigkeit habe auch für die Tätigkeit bei der B.____ AG zu gelten. Wie bereits dargelegt, ist den Unfallrestfolgen der Beschwerdeführerin im Bereich der oberen und mittleren Lendenwirbelsäule mit einer qualitativen Arbeitsfähigkeitseinschränkung, d.h. einer rückenadaptierten Tätigkeit wie derjenigen bei der B.____ AG, genügend Rechnung getragen.

5.3.4 Sind demnach die Vergleichseinkommen - Validen- und Invalideneinkommen - ausgehend vom selben Lohn zu berechnen, resultiert aus einer Restarbeitsfähigkeit von 100% in der angestammten Tätigkeit selbstredend kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (sog. Prozentvergleich, vgl. dazu RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 139 f.).



5.3.5 Der Argumentation der Beschwerdeführerin in der Replik vom 30. Januar 2016, die Beschwerdegegnerin habe mit der Festlegung einer Integritätsentschädigung einen bleibenden Schaden vom Unfall vom 16. Februar 2012 anerkannt (act. G 5), ist zwar zuzustimmen, doch widerspricht dieser Umstand nicht der Ablehnung eines Rentenanspruchs. Das Gesetz sieht für die Invalidenrente gemäss Art. 18 ff. UVG und die Integritätsentschädigung gemäss Art. 24 ff. UVG je eigene Leistungsvoraussetzungen vor. Beiden Versicherungsleistungen ist gemeinsam, dass sie einen durch den Unfall verursachten Gesundheitsschaden voraussetzen (vgl. BGE 129 V 181 ff.; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 53 ff.). Der Anspruch auf eine Invalidenrente gemäss Art. 18 UVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bedingt ausserdem eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Die Invalidenrente bezweckt, die wirtschaftlichen Nachteile, die der versicherten Person aus der Gesundheitsschädigung entstehen, weitgehend auszugleichen. Wie in Erwägung 5.3.4 dargelegt, entsteht der Beschwerdeführerin aus den Unfallrestfolgen im Bereich der oberen und mittleren Lendenwirbelsäule bei voller Arbeitsfähigkeit adaptiert keine Erwerbseinbusse, weshalb in ihrem Fall ein Anspruch auf eine Invalidenrente zu verneinen ist. Die Integritätsentschädigung setzt demgegenüber keinen wirtschaftlichen Nachteil, wie z.B. die Einschränkung der Erwerbsmöglichkeiten voraus, sondern - wie im konkreten Fall gegeben - eine erhebliche und dauernde Schädigung der körperlichen Integrität (ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 350 f., S. 413 ff.). Es kann demzufolge ohne Weiteres vorkommen, dass eine versicherte Person zwar Anspruch auf eine Integritätsentschädigung hat, jedoch keinen auf eine Invalidenrente.

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 15. November 2015 unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 23. Oktober 2015 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