

# **BGer 8C\_560/2018 vom 17. Mai 2019**

Bundesgericht, 2019-05-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_8C\\_560\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_560_2018)

FR: TF 8C\_560/2018 du 17 mai 2019

IT: TF 8C\_560/2018 del 17 maggio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Da den Beschwerden in den Verfahren 8C\_560/2018 und 8C\_618/2018 derselbe Sachverhalt zugrunde liegt, sich die gleichen Rechtsfragen stellen und die Rechtsmittel den nämlichen vorinstanzlichen Entscheid betreffen, rechtfertigt es sich, die beiden Verfahren zu vereinigen und in einem einzigen Urteil zu erledigen ( BGE 128 V 124 E. 1 S. 126 mit Hinweisen).

### **E. 2**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz Bundesrecht verletzt, indem sie den Erwerbsunfähigkeitsgrad der Versicherten auf 56 % erhöhte, ihr ab 1. August 2014 eine entsprechende Rente gewährte sowie einen unbefristeten Anspruch auf wöchentlich zweimalige MTT nach Art. 21 UVG bejahte. Hingegen wurden die Integritäts- und die Hilflosenentschädigung bereits im Einspracheverfahren nicht mehr in Frage gestellt, weshalb insoweit eine Teilrechtskraft eingetreten ist. Vorinstanzlich nicht mehr umstritten war im Übrigen auch der Zeitpunkt des Fallabschlusses per 1. August 2014 und der auf dieses Datum festgelegte Rentenbeginn.

#### **E. 2.1.1**

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten ( Art. 82 ff. BGG ) kann wegen Rechtsverletzung gemäss Art. 95 und 96 BGG erhoben werden. Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Militär- oder der Unfallversicherung ist das Bundesgericht - anders als in den übrigen Sozialversicherungsbereichen (Art. 97 Abs. 1, Art. 105 Abs. 1 und 2 BGG ) - nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes gebunden ( Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG ).

#### **E. 2.1.2**

Im vorliegenden Fall ist mit dem Anspruch auf Rente eine Geldleistung streitig. Soweit indessen zudem Heilbehandlung zur Diskussion steht, gilt das Naturalleistungsprinzip (vgl. JEAN-MAURICE FRÉSARD/ MARGIT MOSER-SZELESS, Unfallversicherungsrecht, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3. Aufl. 2016, S. 968 N. 196; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. 1989, S. 274 ff.). Es handelt sich um eine Sachleistung, womit die Ausnahmeregelung in Art. 105 Abs. 3 in Verbindung mit Art. 97 Abs. 2 BGG nicht zur Anwendung gelangt. Bezüglich Sachverhaltsfeststellungen gilt deshalb hier die eingeschränkte Kognition ( BGE 135 V 412 ; Urteil 8C\_191/2011 vom 16. September 2011 E. 2 mit Hinweis). Das Bundesgericht kann demnach eine - für den Ausgang des Verfahrens entscheidende (vgl. Art. 97 Abs. 1 BGG ) - Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz nur berichtigen oder ergänzen, wenn diese offensichtlich unrichtig ist oder aber auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG

beruht ( Art. 105 Abs. 1 und 2 BGG ). Ansonsten legt es seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat ( Art. 105 Abs. 1 BGG ).

Rechtsprechungsgemäss prüft das Bundesgericht den Sachverhalt bei einer derartigen Konstellation, in welcher Geld- und Sachleistungen umstritten sind, frei, soweit er für beide Rechtsverhältnisse erheblich ist. Die eingeschränkte Kognition gilt in solchen Fällen nur, soweit Tatsachen ausschliesslich die Sachleistung betreffen (SVR 2014 UV Nr. 32 S. 106, 8C\_834/2013 E. 2.2.2).

## **E. 2.2**

Des Weiteren wendet das Bundesgericht das Recht von Amtes wegen an ( Art. 106 Abs. 1 BGG ) und ist weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden. Es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen und es kann eine Beschwerde mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen (vgl. BGE 132 II 257 E. 2.5 S. 262; 130 III 136 E. 1.4 S. 140). Unter Beachtung der Begründungspflicht in Beschwerdeverfahren ( Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG ) prüft es indessen nur geltend gemachte Rügen, sofern allfällige weitere rechtliche Mängel nicht geradezu offensichtlich sind. Es ist nicht gehalten, wie eine erstinstanzliche Behörde alle sich stellenden Fragen, also auch solche, die im Verfahren vor Bundesgericht nicht (mehr) aufgeworfen werden, zu klären ( BGE 133 II 249 E. 1.4.1 S. 254).

## **E. 3**

Im Einspracheentscheid vom 31. Mai 2017, auf den die Vorinstanz verweist, werden die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs massgebenden Rechtsgrundlagen richtig dargelegt. Darauf wird verwiesen.

## **E. 4.1**

Das kantonale Gericht zog die Akten der Invalidenversicherung bei und stellte gestützt auf den darin enthaltenen Abklärungsbericht der Beruflichen Abklärungsstelle, Stiftung C. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: BEFAS), vom 19. April 2012, den es bereits im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren (Entscheid vom 15. Juni 2015) als beweiskräftig erachtet hatte, fest, der Versicherten seien körperlich leichte, nicht anspruchsvolle Tätigkeiten namentlich im Bereich Produktion und Kontrolle, Verpacken und Abfüllen, Papierverarbeitung und Kassendienst ohne Scannen, welche im Rollstuhl sitzend auszuüben seien, unter Berücksichtigung aller ergonomischen und medizinischen Vorgaben mit einer Gesamtleistung von 50 %, bezogen auf ein Vollzeitpensum möglich. Das Valideneinkommen habe die Helvetia zu Recht gestützt auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 des Bundesamtes für Statistik (Tabelle TA1, Ziff. 47, "Detailhandel", Kompetenzniveau 1, Frauen) ermittelt, woraus sich unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,8 Stunden ein Jahresverdienst von Fr. 54'925.20 ergebe. Das Invalideneinkommen sei unbestrittenermassen gestützt auf die Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, zu berechnen. Nach Anpassung auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Total) resultiere ein Einkommen von Fr. 53'793.-. Entgegen der Annahme der Helvetia bestehe aber nicht bloss eine Leistungseinbusse von 30 %, sondern vielmehr eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Angesichts der verschiedenen Einschränkungen im Zumutbarkeitsprofil, die ein von einem potentiellen Arbeitgeber aufzubringendes überdurchschnittliches Entgegenkommen erfordere, wie aufgrund des Umstands, dass auch künftig regelmässig mit

krankheitsbedingten Ausfällen wegen wiederholter Harnwegsinfekte zu rechnen sei, rechtfertige sich ein zusätzlicher 10%iger Abzug vom Tabellenlohn, womit ein Invalideneinkommen von Fr. 24'206.85 resultiere. Verglichen mit dem Valideneinkommen betrage der Invaliditätsgrad gerundet 56 % und die Versicherte habe Anspruch auf eine entsprechende Invalidenrente.

#### **E. 4.2**

Die Versicherte geht mit der Vorinstanz insoweit einig, als auf das ZMB-Gutachten vom 15. September 2015, welches auf ein zumutbares Vollpensum mit einer Reduktion der Leistungsfähigkeit von 30 % schliesst, nicht abgestellt werden könne. Das Gutachten sei insofern unvollständig, als es die Ergebnisse der BEFAS-Abklärung nicht berücksichtige und keine Begründung dazu enthalte, weshalb die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit deutlich höher liegen sollte, als die von der BEFAS ermittelte Arbeitsfähigkeit. Zudem werde im orthopädischen Teilgutachten lediglich eine "untervollschichtige" Arbeit, also während weniger als sechs Stunden pro Tag, als zumutbar erachtet, während die ZMB-Experten in ihrer Gesamtbeurteilung ohne Weiteres von einer zeitlich vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen seien. Dem neurologischen Teilgutachten sei zudem überhaupt keine Aussage zur Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Demgegenüber habe der behandelnde Spezialist Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Oberarzt für Paraplegiologie, SPZ, in seinen Stellungnahmen vom 24. Oktober (recte: 30. Oktober) 2015 und 24. Januar 2017 nachvollziehbar begründet, weshalb der Versicherten in einer angepassten Tätigkeit ein maximales 50%iges Pensum mit einer Leistungsfähigkeit von 90 % bei Computerarbeiten und von 70 bis 80 % bei einer leichten Montagetätigkeit zumutbar sei. Der BEFAS-Bericht sei an sich zwar nicht zu beanstanden. Allerdings stamme er aus dem Jahr 2012 und sei somit bereits sechs Jahre alt. Schon in zeitlicher Hinsicht leuchte nicht ein, weshalb eine derart alte Einschätzung zwei aktuellen medizinischen Beurteilungen vorgezogen werden sollte. Zudem beziehe sich die Beurteilung des Dr. med. D. \_\_\_\_\_ auf eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt, während sich die Einschätzung der BEFAS ausschliesslich auf die Arbeitsfähigkeit in einem "beschützenden Rahmen", somit im zweiten Arbeitsmarkt beziehe. Da die Versicherte nie am Computer gearbeitet habe und über sehr beschränkte schulische Fähigkeiten verfüge, stehe eindeutig eine leichte Montagetätigkeit im Vordergrund, in der sie aufgrund der 50%igen Arbeitsfähigkeit und der zusätzlichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit um durchschnittlich 25 %, sowie nach Berücksichtigung eines zusätzlichen Abzuges von 10 %, gemäss den vorinstanzlich beigezogenen LSE-Zahlen ein Invalideneinkommen von Fr. 17'415.- erzielen könnte. Werde dieser Verdienst dem Valideneinkommen von Fr. 52'560.- gegenübergestellt, ergebe dies einen Invaliditätsgrad von 66 %.

#### **E. 4.3**

Die Helvetia bringt vor, entgegen der Auffassung der Vorinstanz und der Versicherten sei das ZMB-Gutachten schlüssig und nachvollziehbar. Aufgrund der Schilderung der Versicherten gegenüber den Experten, wonach in den letzten Jahren noch Fortschritte erzielt worden seien, hätte das kantonale Gericht zum Schluss gelangen müssen, dass der den Gutachtern nicht vorgelegene BEFAS-Bericht infolge der verstrichenen Zeit von drei Jahren seit dessen Erstellung und der eingetretenen Verbesserung des Gesundheitszustandes ohnehin keinen Einfluss auf den Beweiswert des ZMB-Gutachtens hätte haben können. Gegen die Zuverlässigkeit der BEFAS-Einschätzung spreche auch, dass darin sämtliche Einschränkungen und jeder erhöhte Zeitaufwand (für die Alltagsaktivitäten) von der

zumutbaren Arbeitsfähigkeit abgezogen würden. Schliesslich treffe zwar zu, dass im orthopädischen ZMB-Teilgutachten von einer "leichten Tätigkeit im Sitzen, untermittelt" die Rede sei. Die alleinige Verwendung einer offenbar aus dem Deutschen Sozialrecht stammenden Begrifflichkeit rechtfertige es aber nicht, ein Gutachten insgesamt als nicht schlüssig zu bezeichnen und diesem den Beweiswert abzuspüren. Es habe nämlich eine Konsensbesprechung stattgefunden und anschliessend sei eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im interdisziplinären Kontext abgegeben worden.

### **E. 5.1**

Das Bundesgericht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Es gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten. Vielmehr gilt es das gesamte Beweismaterial zu würdigen und bei sich widersprechenden medizinischen Berichten die Gründe anzugeben, warum auf die eine oder andere medizinische These abzustellen ist ( BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126 f. mit Hinweis).

Zweck interdisziplinärer Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen ( BGE 137 V 210 E. 1.2.4 S. 224; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.1). Dasselbe gilt mit Blick auf die mitunter schwierige Abgrenzung der im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG versicherten Zustände von invaliditätsfremden Faktoren. Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt damit dann grosses Gewicht zu, wenn sie auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte erfolgt (Urteil 9C\_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.3.1).

Die Frage, ob ein Gutachten beweiskräftig ist oder nicht, beurteilt sich, wie dargelegt, im konkreten Einzelfall danach, ob sich gestützt auf die Expertise die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen oder nicht. Mit anderen Worten verletzt das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht allein schon deshalb, weil einem Teilgutachten der Beweiswert abgesprochen wird. Dies hat auch umgekehrt zu gelten, wenn sich die Schlussfolgerungen im Hauptgutachten, das nicht in einer interdisziplinären Konsensbesprechung der beteiligten Fachärzte entstand, nicht nachvollziehen und sich nicht mit den Teilgutachten vereinbaren lassen, die Beurteilungen in allen Teilgutachten jedoch als schlüssig zu bezeichnen sind. Eine Beweiswürdigung, welche überzeugenden Teilkonsilien vollen Beweiswert zuerkennt, kann somit nicht allein deshalb als bundesrechtswidrig bezeichnet werden, weil einem weiteren Teil des Gutachtens die Beweiskraft fehlt ( BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128 mit Hinweisen).

### **E. 5.2**

Im vorliegenden Fall hat unter den ZMB-Experten Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Neurologie, Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Innere Medizin, und Frau Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Psychiatrie, eine zusammenfassende Beurteilung auf der Grundlage einer Konsensdiskussion zur Zusammenführung und Darlegung der Ergebnisse aus den einzelnen Fachrichtungen stattgefunden. Die interdisziplinäre Gesamtsichtung brachte keine relevanten Mängel eines Teilgutachtens zum Vorschein. Gestützt auf die Beweisregeln des Bundesgerichts (E. 5.1 hiavor) durfte der Unfallversicherer daher für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, ohne Bundesrecht zu verletzen, auf das ZMB-Gutachten abstellen. Daran vermag entgegen der

Auffassung des kantonalen Gerichts nichts zu ändern, dass den Experten der BEFAS-Bericht vom 19. April 2012 nicht bekannt war. Dieser war im relevanten Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 31. Mai 2017 bereits über fünf Jahre alt und es ist mit der Helvetia nicht von der Hand zu weisen, dass sich der Gesundheitszustand in der Zwischenzeit verbessert bzw. eine weitere Angewöhnung an die unfallbedingte Behinderung eingestellt hat. Der Unfall mit die Bewegungsfreiheit der Versicherten stark einschränkenden Folgen lag im Zeitpunkt der BEFAS-Abklärung gerade einmal zwei Jahre zurück und ein medizinischer Endzustand wurde erst per Ende Juli 2014 angenommen (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG ). Ausserdem enthält der BEFAS-Bericht lediglich eine kurze Einschätzung eines Arztes, dessen Spezialisierung nicht bekannt ist, und der als Begründung für die attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit lediglich angibt, die Arbeit sollte in zwei Einheiten von je zweieinhalb Stunden mit einer Mittagspause von einer bis eineinhalb Stunden erbracht werden, weil die Versicherte nach zweieinhalb Stunden wegen sonst einsetzender Rückenschmerzen die Wirbelsäule im Liegen entlasten müsse. Arbeitspausen zur Entlastung der Wirbelsäule sind ihr aber auch im Rahmen der Beurteilung der ZMB-Gutachter möglich, die davon ausgehen, sie müsse in einer ganztägigen Beschäftigung mit einer Reduktion des Rendements um 30 % rechnen. Auch die Angaben des ZMB-Orthopäden, wonach die Versicherte nur noch "untervollschichtig" erwerbstätig sein könne, vermag die Beweiskraft des Gutachtens nicht zu erschüttern. Die Vorinstanz verweist darauf, dass dieser Begriff aus dem Deutschen Sozialrecht eine Arbeitsfähigkeit von weniger als sechs Stunden pro Tag bezeichne. Im ZMB-Gutachten wird nach der Konsensbesprechung von einem zumutbaren Ganztagespensum mit einem Rendement von 30 % ausgegangen. Dies entspräche bei einer täglichen Arbeitszeit von 8,5 Stunden und einer um 30 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit einem über den Tag verteilten Einsatz von 5,95 Stunden. Bezogen auf die Leistung besteht somit nicht einmal ein Widerspruch zwischen orthopädischem Teilgutachten und konsensualer Gesamtbeurteilung der Restarbeitsfähigkeit.

Der Versicherten kann sodann nicht beigeplichtet werden, soweit sie zur Festlegung der zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit auf die Einschätzung des behandelnden Arztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_ abstellen möchte. Dieser geht in seinen Berichten vom 30. Oktober 2015 und 24. Januar 2017 vom gleichen Gesundheitsschaden aus wie die ZMB-Experten. Er erachtet jedoch abweichend von ihnen ein maximales 50%iges Pensum als zumutbar, hält dabei insbesondere eine fünfminütige Stehpause pro Stunde für notwendig und verweist zur Begründung auf die erheblichen posttraumatischen Einschränkungen mit Beschwerden im Rückenbereich, dadurch eingeschränkter Sitzdauer, neuropathisch brennenden Schmerzen in den unteren Extremitäten, erhöhtem Zeitaufwand in der Körperpflege, beim Blasen- und Darmmanagement und zusätzlich rezidivierenden Harnwegsinfekten mit Inkontinenzphasen. Allerdings legt er nicht dar, weshalb daraus - bezogen auf die Arbeitszeit - eine ein 30%iges Rendement übersteigende Beeinträchtigung resultieren sollte. Die stündliche Entlastung durch eine fünfminütige Stehpause kann im Übrigen unter Zuhilfenahme eines Stehpultes erfolgen und zwingt die Versicherte deshalb nicht zu einem Unterbruch der Arbeit.

### **E. 5.3**

Bezüglich des vom kantonalen Gericht ermittelten hypothetischen Invalideneinkommens macht die Helvetia geltend, es sei zu Unrecht ein zusätzlicher Abzug vorgenommen worden.

### **E. 5.3.1**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten ( BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen ( BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; 134 V 322 E. 5.2 S. 327 f.; 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist ( BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Mit Bezug auf den behinderungs- bzw. leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum hinzutretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, die unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen. Lediglich wenn - auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt - unter Berücksichtigung solcher Einschränkungen, die personen- oder arbeitsplatzbezogen sein können, kein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten mehr besteht, rechtfertigt sich allenfalls ein (zusätzlicher) Abzug vom Tabellenlohn (Urteil 8C\_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.5 mit Hinweisen).

### **E. 5.3.2**

Soweit die Unfallversicherung geltend macht, die Vorinstanz habe durch zusätzliche Berücksichtigung eines leidensbedingten Tabellenlohnabzuges von 10 % neben der um 30 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit dieselben lohnbeeinflussenden Faktoren doppelt berücksichtigt (vgl. dazu statt vieler: Urteile 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.2 und 8C\_97/2014 vom 16. Juli 2014 E. 4.2), so ist diese Kritik als unbegründet zu qualifizieren. Denn behinderungsbedingt ist nicht nur das Anforderungsprofil von leidensangepasst noch zumutbaren Tätigkeiten erheblich eingeschränkt. Zusätzlich ist die Versicherte infolge eines erhöhten Pausenbedarfs nur noch zu 70 % leistungsfähig und auf rein im Sitzen zu verrichtende Arbeiten angewiesen, wobei sie die Möglichkeit haben muss, jede Stunde eine fünfminütige Stehpause, allenfalls an einem Stehpult, einzulegen. Sie ist zudem darauf angewiesen, die Wirbelsäule zwischendurch auch im Liegen entspannen zu können und es bestehen - natürlich auch während der Arbeitszeit - besondere Bedürfnisse im Hinblick auf die behinderte Blasen- und Darmfunktion. Sie bleibt somit auch hinsichtlich einer körperlich leichten Hilfsarbeitertätigkeit zusätzlich eingeschränkt, weshalb sich praxisgemäss die Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges rechtfertigt. In der Höhe lässt sich der vorinstanzlich auf 10 % festgesetzte Wert nicht beanstanden.

### **E. 5.3.3**

Die beigezogenen statistischen Zahlen für das Jahr 2014 zur Berechnung von Validen- und Invalideneinkommen werden von keiner Seite bestritten. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 54'925.20 und einem Invalideneinkommen von Fr. 33'889.60 (Fr. 53'793.- abzüglich 30%iges Rendement und 10%ige leidensbedingte Einschränkung) besteht Anspruch auf eine Rente, basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 38 %. Die Beschwerde der Helvetia ist insoweit teilweise gutzuheissen.

### **E. 6.1**

Die verunfallte Person hat Anspruch auf Heilbehandlung, solange von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann; mit dem Fallabschluss fallen die vorübergehenden Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld dahin und es ist der Rentenanspruch zu prüfen (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG ; BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). Nach Festsetzung der Rente werden dem Bezüger gemäss Art. 21 Abs. 1 UVG die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen (Art. 10-13) nur unter besonderen Voraussetzungen gewährt, so bei Berufskrankheit (lit. a), bei Rückfall oder Spätfolgen zur wesentlichen Besserung oder Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (lit. b), wenn der Versicherte zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf (lit. c) oder zur wesentlichen Verbesserung oder zur Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung des Gesundheitszustands im Falle der Erwerbsunfähigkeit (lit. d). Im dazwischen liegenden Bereich, wenn einerseits von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG mehr erwartet werden kann und andererseits die Voraussetzungen von Art. 21 Abs. 1 UVG nicht erfüllt sind, hat der Unfallversicherer keine Heilbehandlung mehr zu übernehmen; an seine Stelle tritt der obligatorische Krankenpflegeversicherer ( BGE 140 V 130 E. 2.2 S. 132; 134 V 109 E. 4.2 S. 115).

Bei Pflegeleistungen, die zusammen mit der Berentung im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG für die Zeit nach Fallabschluss zugesprochen werden, handelt es sich gemäss BGE 144 V 418 - ungeachtet der konkret in Frage stehenden Leistungsart - um ein auf Dauer angelegtes Leistungsverhältnis. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang namentlich, dass Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG generell einen zwar behandlungs- bzw. pflegebedürftigen, aber immerhin stationären Gesundheitszustand voraussetzt, war doch im Zeitpunkt der Leistungszusprache prognostisch nicht mehr mit einer namhaften Verbesserung zu rechnen. Denn genau dieser Umstand hatte zuvor Anlass zum Fallabschluss gegeben ( BGE 144 V 418 E. 3.3.2 S. 422 mit Hinweisen).

### **E. 6.2**

Im vorliegenden Fall ist unbestritten, dass die Versicherte zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit Heilbehandlung im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG , darunter einmal wöchentlich Physiotherapie, benötigt. Soweit das kantonale Gericht zudem ausdrücklich einen unbefristeten Anspruch auf zweimal wöchentliche MTT feststellt, kann ihm nicht gefolgt werden. Der Umstand, dass fachärztlich die Beibehaltung eines muskelkräftigenden Trainings empfohlen wird, bildet keine genügende Basis für einen unbegrenzten Anspruch auf MTT. Wie die Helvetia zu Recht geltend macht, soll die im Allgemeinen auf eine Dauer von maximal drei Monaten angelegte MTT (vgl. auch Art. 5 Abs. 1ter KLV ) der Instruktion der versicherten Person dienen, damit diese die Übungen fortan selber ausführen kann. Es deutet nichts darauf hin, dass es sich hier anders verhält. Soweit die Vorinstanz aus

der Empfehlung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (einmal wöchentlich Physiotherapie und zweimal wöchentlich MTT) ableitet, es sei ein zeitlich unbegrenzter Bedarf an MTT ausgewiesen, beruht ihre Einschätzung auf einer Rechtsverletzung. Die nach Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG zugesprochenen Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sind als Dauerleistungen zu qualifizieren. MTT kann jedoch nicht als Dauerleistung im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG zugesprochen werden, wenn es dabei nur um eine auf wenige Monate begrenzte Instruktion gehen kann, welche die Versicherte in die Lage versetzen soll, die muskelkräftigenden Übungen alsdann selbstständig auszuführen. Es muss daher bei dem von der Helvetia bereits im Einspracheentscheid im Grundsatz bestätigten Heilbehandlungsanspruch nach Festsetzung der Rente sein Bewenden haben. Der vorinstanzliche Entscheid ist insoweit aufzuheben.

#### **E. 7**

Die Verfahren sind kostenpflichtig ( Art. 65 BGG ). Da die Helvetia mit ihrer Beschwerde nur unwesentlich unterliegt, wird ihr von den gesamten Gerichtskosten ein Achtel auferlegt (Art. 65 Abs. 4 lit. a in Verbindung mit Art. 66 Abs. 1 BGG ). Die Versicherte hat sieben Achtel der Gerichtskosten zu tragen. Die Helvetia hat der Versicherten für deren Bemühungen im Verfahren 8C\_560/2018 eine reduzierte Parteientschädigung zu bezahlen ( Art. 68 Abs. 1 und 2 BGG ); sie selber ist gemäss Art. 68 Abs. 3 BGG nicht entschädigungsberechtigt.

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