

BGer 8C_970/2012 vom 31. Juli 2013

Bundesgericht, 2013-07-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_970_2012

FR: TF 8C_970/2012 du 31 juillet 2013

IT: TF 8C_970/2012 del 31 luglio 2013

Erwägungen

E. 1.1

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzung gemäss Art. 95 und Art. 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist somit 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 sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen (vgl. BGE 130 III 136 E. 1.4 S. 140). Das Bundesgericht prüft grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen; es ist nicht gehalten, wie eine erstinstanzliche Behörde alle sich stellenden rechtlichen Fragen zu prüfen, wenn diese vor Bundesgericht nicht mehr vorgetragen werden (BGE 135 II 384 E. 2.2.1 S. 389 mit Hinweisen; Urteil 8C_934/2008 vom 17. März 2009 E. 1, nicht publ. in: BGE 135 V 194 , aber in: SVR 2009 UV Nr. 35 S. 120).

E. 1.2

Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Militär- oder Unfallversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden (Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG).

E. 1.3

Zu prüfen ist vorliegend allerdings nur die Heilbehandlung während der Dauer des stationären Aufenthalts in der Rehaklinik X. _____ vom 23. Dezember 2010 bis 17. März 2011. Damit steht die Verweigerung von Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung - einer Sachleistung (Art. 14 ATSG) - durch die Beschwerdeführerin zur Diskussion. In solchen Fällen gilt die eingeschränkte Kognition (gemäss Art. 97 Abs. 1 und Art. 105 Abs. 1 und 2 BGG ; SVR 2011 UV Nr. 1 S. 1, 8C_584/2009 E. 4; ferner ULRICH MEYER/JOHANNA DORMANN, in: Basler Kommentar, Bundesgerichtsgesetz, 2. Aufl. 2011, N. 43 f. und Fn. 156 zu Art. 105 BGG). Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, der Zeitpunkt des Erreichens des Endzustandes betreffe auch Taggeldleistungen, weshalb das Bundesgericht nicht an die Sachverhaltsfeststellungen der Vorinstanz gebunden sei und mit voller Kognition zu urteilen habe, kann ihr nicht beigeplichtet werden. Sie selber hat dem Versicherten mit Schreiben vom 22. Juni 2011 mitgeteilt, die Taggeldleistungen würden ab 30. Juni 2011 eingestellt und am 25. Juli 2011 - bestätigt durch Einspracheentscheid vom 28. Februar 2012 - die Einstellung sämtlicher Leistungen auf diesen Zeitpunkt hin verfügt. In der Beschwerdeschrift hält die AXA zudem ausdrücklich fest, das kantonale Gericht habe den status quo sine als im Zeitpunkt der Begutachtung in der medizinischen Abklärungsstelle Q. _____ erreicht beurteilt,

weshalb die per Ende Juni 2011 erfolgte Leistungseinstellung nicht mehr streitig sei.

E. 2.1

Das kantonale Gericht hat die massgebenden rechtlichen Grundlagen namentlich betreffend den für eine Leistungspflicht der Beschwerdeführerin nebst anderem vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen Unfall und eingetretenem Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod; BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.; zum Genügen der Teilursächlichkeit zur Bejahung der Kausalität: BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125 f.) zutreffend wiedergegeben. Korrekt sind auch die vorinstanzlichen Ausführungen zum Wegfall des ursächlichen Zusammenhangs und damit des Leistungsanspruchs der versicherten Person bei Erreichen des status quo sine vel ante (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9, 8C_354/2007 E. 2.2), zum Beweiswert und zur Würdigung ärztlicher Berichte und Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352) sowie zum im Sozialversicherungsrecht bei der Beantwortung von Tatfragen üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Darauf wird verwiesen.

E. 2.2

Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, namentlich auf die ambulante Behandlung durch den Arzt (lit. a) sowie die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (lit. c). Dabei hat der Versicherer die Pflegeleistungen nur so lange zu erbringen, als davon eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG). Gemäss Art. 48 Abs. 1 UVG kann der Versicherer unter angemessener Rücksichtnahme auf den Versicherten und seine Angehörigen die nötigen Anordnungen zur zweckmässigen Behandlung des Versicherten treffen. Unter dem Titel "Wirtschaftlichkeit der Behandlung" sieht Art. 54 UVG im Übrigen Folgendes vor: Wer für die Unfallversicherung tätig ist, hat sich in der Behandlung und Durchführung von Heilanwendungen und Analysen auf das durch den Behandlungszweck geforderte Mass zu beschränken.

E. 2.3

In BGE 134 V 109 E. 4 S. 113 ff. hat sich das Bundesgericht eingehend mit der Frage auseinandergesetzt, wann ein Unfallversicherer einen Versicherungsfall mit Einstellung der bis anhin gewährten vorübergehenden Leistungen (Taggeld und Heilbehandlung) und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente (als Dauerleistung) und/oder eine Integritätsentschädigung abschliessen darf. Dabei hat es erkannt, mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf erwerbstätige Personen ausgerichtet ist, bestimme sich die in Art. 19 Abs. 1 UVG erwähnte "namhafte Besserung des Gesundheitszustandes" namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der unfallbedingt beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit. Die Verwendung des Begriffs "namhaft" in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Kommt der Versicherungsträger hingegen zum Schluss, eine Fortsetzung der ärztlichen Behandlung führe nicht mehr zu einer nennenswerten Besserung, oder hält er eine vom Versicherten oder dessen Arzt vorgeschlagene Behandlung für unzweckmässig, kann er gestützt auf Art. 48 UVG die Fortsetzung der Behandlung ablehnen (BGE 128 V 169 E. 1b S. 171; RKUV 1995 Nr. U 227 S. 190 E. 2a). Ein Anspruch auf weitere medizinische Behandlung besteht somit nur,

wenn damit eine erhebliche Besserung des Gesundheitszustandes erreicht werden kann. Hingegen verleihen weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen - wie etwa einer Badekur - zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil 8C_188/2010 vom 22. November 2010 E. 3).

E. 3.1

Die Vorinstanz gelangte aufgrund einer umfassenden Würdigung der medizinischen Unterlagen zum Schluss, es hätten im Zeitpunkt der Leistungseinstellung Ende Juni 2011 keine organischen Beschwerden im Sinne struktureller Veränderungen vorgelegen, welche auf das Unfallereignis vom 5. Juli 2010 zurückzuführen seien. Auch organisch fassbare, neurologische Ausfälle hätten nicht erhoben werden können. Die geklagten Schulterbeschwerden sind laut kantonalem Gericht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den fraglichen Unfall zurückzuführen. Der Versicherte leide in physischer Hinsicht an einem therapieresistenten Zervikovertebralsyndrom mit periodisch auftretenden, zervikogen getriggerten Spannungskopfschmerzen. Es sei davon auszugehen, dass er sich beim Sturzereignis eine Verletzung im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) zugezogen habe, die einem dem Schleudertrauma äquivalenten Verletzungsmechanismus mit Kopfanprall entspreche. Weil das dafür typische Beschwerdebild gegeben sei, könne auch der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den geltend gemachten Beschwerden und dem Unfallereignis bejaht werden. Nach den Erwägungen im angefochtenen Entscheid konnte im Zeitpunkt der Einweisung in die Rehaklinik X. _____ eine massgebende Regredienz der damit verbundenen Beschwerden erwartet werden. Das kantonale Gericht ging daher davon aus, dass die Kosten dieses Klinikaufenthalts als Heilbehandlung von der AXA zu übernehmen seien. Da mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab dem Zeitpunkt der Begutachtung in der medizinischen Abklärungsstelle Q. _____ vom 14. Juni 2011 keine namhafte Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse mehr zu erwarten war, bestätigte es den Fallabschluss auf Ende Juni 2011.

E. 3.2

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, bereits wenige Wochen nach dem Unfallereignis vom 5. Juli 2010 hätten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine natürlich kausalen Unfallfolgen mehr vorgelegen, gilt es darauf hinzuweisen, dass die AXA für die Folgen des Ereignisses vom 5. Juli 2010 bis Ende Juni 2011 Leistungen erbracht hat. Diese Anerkennung der Leistungspflicht ist in rechtlicher Hinsicht von Belang. Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Mit dem Erreichen des status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern Pflegeleistungen und

Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Demnach hat die versicherte Person bis zum Erreichen des status quo sine vel ante namentlich Anspruch auf eine zweckmässige Behandlung. Wie das kantonale Gericht zutreffend erkannt hat, vermag die AXA die Ablehnung der Heilbehandlung in der Rehaklinik X. _____ nicht mit einem Wegfall der natürlichen Kausalität bereits wenige Wochen nach dem Unfall zu begründen.

E. 3.3

Die Beschwerdeführerin macht geltend, im Rahmen des stationären Rehabilitationsaufenthalts seien praktisch ausschliesslich unfallfremde Pathologien behandelt worden. Damit verkennt sie jedoch das typische Beschwerdebild einer dem Schleudertrauma äquivalenten Verletzung, welches nebst Nackenschmerzen auch psychische und neuropsychologische Beschwerden mitumfassen kann (BGE 117 V 359 E. 4b S. 360). Eine entsprechende Verletzung mit dem damit verbundenen Beschwerdebild als Folge des Unfalls vom 5. Juli 2010 ist nach den für das Bundesgericht verbindlichen Feststellungen der Vorinstanz ausgewiesen und wird von der AXA letztinstanzlich nicht in Frage gestellt.

E. 3.4

Die Beschwerdeführerin bestreitet, dass im Zeitpunkt des Antritts des stationären Aufenthalts in der Rehaklinik X. _____ von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung der mit dem HWS-Distorsionstrauma verbundenen Beschwerden zu erwarten war. Auch wenn in den echtzeitlichen medizinischen Unterlagen vor Antritt des stationären Rehabilitationsaufenthalts keine medizinische Stellungnahme vorliegt, welche eine zu erwartende gesundheitliche Besserung des Gesundheitszustandes mit der Folge einer erheblichen Steigerung der Arbeitsfähigkeit ausdrücklich prognostiziert, vermag die Beschwerdeführerin daraus nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Die namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes im Sinne von Art. 19 UVG bezieht sich laut BGE 134 V 109 zwar in erster Linie auf die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Ist die versicherte Person wieder in der Lage, in ihrer angestammten Tätigkeit vollzeitlich erwerbstätig zu sein, so wird der Fall in der Regel abzuschliessen sein, selbst wenn die Befindlichkeit der versicherten Person durch die Fortsetzung der medizinischen Behandlung noch verbessert werden könnte (vgl. Urteil 8C_432/2009 vom 2. November 2009 E. 5.1; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], 4. Aufl. 2012, S. 101 und S. 144). Die Arbeitsfähigkeit des Versicherten war laut Bericht des Dr. med. Z. _____ von der Klinik Rheumatologie des Spitals Y. _____ vom 4. November 2010 nicht wieder hergestellt, als er einen stationären Rehabilitationsaufenthalt in der Rehaklinik X. _____ als angezeigt erachtete. Es stellt sich daher die Frage nach der Besserungserwartung der stationären Rehabilitationsmassnahme, wobei es um die Besserung der Gesundheit und nicht ausschliesslich der Arbeitsfähigkeit geht (vgl. JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 2. Aufl. 2007, S. 891 Rz. 138). Wenn das kantonale Gericht namentlich gestützt auf die Berichte des Dr. med. Z. _____ vom 4. November 2011, des lic. phil. S. _____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, vom 27. November 2010 und der Rehaklinik X. _____ vom 19. Januar 2011 davon ausging, der Rehabilitationsaufenthalt in der Rehaklinik X. _____ sei unfallbedingt indiziert gewesen und es habe davon eine namhafte Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse erwartet werden können, beruht

dies weder auf einer offensichtlich unrichtigen Feststellung des Sachverhalts oder sonst wie auf einer Rechtsverletzung. Aufgrund der medizinischen Indikation der Behandlung kann ohne weiteres auch auf deren Zweckmässigkeit geschlossen werden, weshalb sich das kantonale Gericht damit nicht eingehender auseinandersetzen musste.

E. 3.5

Zusammenfassend muss es daher bei der Feststellung sein Bewenden haben, dass die Beschwerdeführerin die Zweckmässigkeit der Heilbehandlung in der Rehaklinik X._____ zu Unrecht verneint hat. Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 4

Mit dem vorliegenden Entscheid in der Hauptsache wird das Gesuch um aufschiebende Wirkung gegenstandslos.

E. 5

Das Verfahren ist kostenpflichtig (Art. 65 Abs. 1 und Abs. 4 lit. a BGG). Die unterliegende Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG). Sie hat dem Beschwerdegegner zudem eine Parteientschädigung zu leisten (Art. 68 Abs. 2 BGG). Die Höhe der Letzteren entspricht der vom Prozessbevollmächtigten des Beschwerdegegners eingereichten Honorarnote vom 15. Februar 2013 (vgl. Art. 12 Abs. 2 des Reglements vom 31. März 2006 über die Parteientschädigung und die Entschädigung für die amtliche Vertretung im Verfahren vor dem Bundesgericht [SR 173.110.210.3]). Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird damit gegenstandslos.

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