

# **BL\_GERICHTE 725 16 12 vom 14. Juli 2016**

BL Gerichte, 2016-07-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725\\_16\\_12](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_16_12)

FR: BL\_GERICHTE 725 16 12 du 14 juillet 2016

IT: BL\_GERICHTE 725 16 12 del 14 luglio 2016

## **Regeste**

Unfallversicherung Es ist nicht zu beanstanden, dass sich die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Beurteilung der therapeutischen Behandlung des Beschwerdeführers auf die versicherungsmedizinische Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2015 stützte. Was der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 18. Januar 2016 vorbringt, ist nicht geeignet, die beweisrechtliche Verwertbarkeit des Arztberichtes in Frage zu stellen.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 UVG auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zurzeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in F.\_\_\_\_, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist somit einzutreten.

### **E. 2**

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet ausschliesslich die Frage, ob der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf die bis anhin von der Beschwerdegegnerin gewährte Anzahl Therapiebehandlungen hat. Weitere Ansprüche werden nicht vom Anfechtungsgegenstand erfasst bzw. in der Beschwerde auch nicht geltend gemacht und sind damit nicht zu prüfen.

#### **E. 2.1**

Die verunfallte Person hat Anspruch auf Heilbehandlung, solange von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes 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). Vorbehalten bleiben jedoch die Fälle der Nachbehandlung gemäss Art. 21 UVG. Diese Bestimmung regelt die Möglichkeit der Gewährung einer notwendigen Heilbehandlung nach der Zusprechung einer Invalidenrente

und umschreibt die Tatbestände abschliessend, die eine Nachbehandlung rechtfertigen (Botschaft vom 18. August 1976 zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung, BBl 1976 III 141, 191 f. Ziff. 403.23 zu Art. 21 E-UVG; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2011, 8C\_191/2011, E. 5). Anspruchsvoraussetzung ist somit, dass der versicherten Person eine Rente im Sinne von Art. 18 Abs. 1 UVG zugesprochen wurde (BGE 134 V 109 E. 4.1); ohne Rentenanspruch besteht somit keine Möglichkeit für die versicherte Person, Leistungen im Sinne von Art. 21 UVG geltend zu machen (vgl. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl., Bern 1989, S. 382 ff., Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgericht [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 28. Juli 2004, U 12/04, E. 3.2, Urteil des Bundesgerichts vom 20. März 2009, 8C\_695/2007, E. 3.1 f.).

## **E. 2.2**

Nach Art. 21 Abs. 1 UVG werden (nach Festsetzung der Invalidenrente) Pflegeleistungen und Kostenvergütungen für Heilbehandlung, Hilfsmittel, Sachschäden und Reise-, Transport- und Rettungskosten gewährt, wenn der Rentenbezüger oder die Rentenbezügerin an einer Berufskrankheit (lit. a) oder unter einem Rückfall oder an Spätfolgen leidet und die Erwerbsfähigkeit durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann (lit. b), zur Erhaltung einer verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf (lit. c) und wenn er oder sie erwerbsunfähig ist und der Gesundheitszustand durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann (lit. d). Der Beschwerdeführer bezieht von der Beschwerdegegnerin wie oben ausgeführt eine Invalidenrente von 20%. Er ist im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd auf eine Behandlung und Pflege angewiesen, was im Übrigen von den Parteien nicht bestritten wird. Strittig ist ausschliesslich der Umfang der Therapiebehandlung. 3.1. Zur Feststellung des Sachverhaltes im Bereich der Medizin ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 E. 1b). Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a). 3.2 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung des

Bundesgerichts mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit zahlreichen Hinweisen). So erkennt die Rechtsprechung auch Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen und (Akten-) Berichten von Sachverständigen, die nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt werden, Beweiswert zu. Sie sind soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7). Des Weiteren darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc).

#### **E. 4**

Zur Beurteilung der Frage, welche Anzahl Therapiebehandlungen von der Beschwerdegegnerin übernommen werden müssen, sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen relevant:

##### **E. 4.1**

Im polydisziplinären Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 21. Juli 2005 wurde der Versicherte psychiatrisch, neurologisch, rheumatologisch und HNO-ärztlich beurteilt. Anlass bildete die Frage, inwieweit der Unfall vom 12. Juli 2007 für den Gesundheitszustand des Versicherten ursächlich sei. Es wurden im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: Ein chronisches Schmerzsyndrom mit chronischem linksbetontem Zervikobrachialsyndrom, mit Status nach HWS-Distorsionstrauma am 12. Juli 1997 und 15. Dezember 2000 und mit linkslateraler Diskushernie C3/4; ein sensibles radikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom C7 links, ein subligamentärer Bandscheibenvorfall C6/7, chronischer Kopfschmerz vom Mischtyp mit Spannungskopfschmerz und Migräne mit Aura. Des Weiteren wurden eine Hypästhesie im Bereich des Nervus mentalis rechts, ein leichtes Karpaltunnelsyndrom beidseits, ein mittelgradiger, kompensierter Tinnitus beidseits, ein Status nach Lumbovertebralsyndrom, zurzeit inaktiv, eine Diskushernie LW5/SW1 sowie ein Status nach Humeruskopffraktur links 1996, residuenlos verheilt, diagnostiziert. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit betrage theoretisch 80%. Es wurde festgestellt, dass sowohl die Einschränkung der Beweglichkeit der oberen und unteren Halswirbelsäule, die muskulären Dolenzen im Bereich des Schultergürtels, der Endphasenschmerz bei Bewegungen des Schultergürtels als auch die chronischen Kopfschmerzen vom Mischtyp und der Tinnitus auf den Unfall vom 12. Juli 1997 zurückzuführen seien. Von einer weiteren Heilbehandlung sei nicht zu erwarten, dass sich der Gesundheitszustand und/oder die Arbeitsfähigkeit verbessern würden. Ohne therapeutische Massnahmen könne die Arbeitsfähigkeit dagegen absinken.

##### **E. 4.2**

Am 2. Oktober 2013 empfahl Dr. E.\_\_\_\_ in einer Notiz die Vornahme weiterer Abklärungen und die Einholung eines erneuten versicherungsmedizinischen Berichtes. Er äusserte ausserdem den Verdacht, dass auch unfallfremde Leiden mitbehandelt würden.

##### **E. 4.3**

Im Bericht vom 22. Oktober 2013 stellte Dr. D.\_\_\_\_ fest, die weitere Heilbehandlung sei notwendig und geeignet, den Gesundheitszustand des Versicherten stabil zu halten. Würde die Physiotherapie sistiert, hätte dies eine Abnahme der Erwerbsfähigkeit zur Folge.

#### **E. 4.4**

Am 1. November 2013 berichtete Dr. D.\_\_\_\_, dass die Therapie nicht abgeschlossen sei. Es sei keine Veränderung vorzunehmen, da sich die Therapie bewährt habe. Ohne eine solche würde der Zustand sofort schlechter und die Arbeitsfähigkeit könne nicht erhalten werden. Es seien eine bis zwei Therapiesitzungen pro Woche notwendig.

#### **E. 4.5**

In der Notiz vom 11. Dezember 2013 beurteilte Dr. E.\_\_\_\_ maximal eine bis zwei Serien Physiotherapie pro Jahr als adäquat. Am besten etabliert sei Therapie in "Eigenregie". Zudem seien maximal zwei Arztkonsultationen pro Jahr unfallkausal indiziert.

#### **E. 4.6**

Mit Bericht vom 12. September 2014 stellte Dr. D.\_\_\_\_ im Wesentlichen folgende Diagnosen: Ein Distorsionstrauma der HWS, eine isolierte Diskushernie C3/4, eine Neuroforaminal-Stenose, eine radikuläre Irritation C7 links, ein beidseitiger Tinnitus, Spannungstyp-Kopfschmerzen, ein Lumbovertebral-Syndrom sowie eine operierte Leistenhernie rechts. Der Zustand sei unverändert. Der Patient sei weiterhin auf die Fortsetzung der Physiotherapie angewiesen, damit er seine Arbeitsfähigkeit beibehalten könne. Ein Unterbruch der Physiotherapie hätte ein Absinken der Arbeitsfähigkeit zur Folge. Der Versicherte werde vom Vertrauensarzt der B.\_\_\_\_ AG als gesünder behandelt als die restliche Bevölkerung, da selbst einer gesunden Person 27 Therapie-Sitzungen zustünden. Eine Therapie in "Eigenregie" würde bedeuten, dass die ambulante Physiotherapie wegfallen würde und der Patient somit als geheilt gelte, da er keiner Therapie mehr bedürfe. Mit der Reduktion der Therapiesitzungen durch die B.\_\_\_\_ AG würde diese von einer deutlichen Besserung des Zustands des Patienten ausgehen, der nicht eingetreten sei. Er halte an einer Langzeitverordnung für Physiotherapie von 52 Sitzungen fest, anstelle von 9-18 Sitzungen, welche von der B.\_\_\_\_ AG bewilligt worden seien. Die vorgesehene Reduktion des Therapie-Umfangs liesse sich nicht begründen.

#### **E. 4.7**

In der versicherungsmedizinischen Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2015 nimmt dieser insbesondere Stellung zu den Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ in dessen Bericht vom 12. September 2014. Die Meinung von Dr. D.\_\_\_\_, 9 bis 18 Sitzungen Physiotherapie pro Jahr seien völlig ungenügend, da der Versicherte einen Unfall erlitten habe, dessen Folgen radiologisch dokumentiert worden seien, sei nicht korrekt. Es liege zwar ein Unfall mit Folgen vor, jedoch könnten radiologisch keine objektivierbaren strukturellen traumatischen Läsionen nachgewiesen werden. Diese seien gutachterlich als degenerativ klassifiziert worden. Weiter sei die Argumentation von Dr. D.\_\_\_\_ falsch, Pflichtleistung der Krankenkasse seien dreimal neun Sitzungen. Es bestehe kein grundsätzlicher Anspruch auf drei Serien Physiotherapie, sondern nur dann, wenn ein entsprechendes Leiden vorliege und die Voraussetzungen der Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit und Zweckmässigkeit erfüllt seien. Eine Therapie in "Eigenregie" bedeute nicht, dass der Patient geheilt sei. Er gehe dabei von einer Kombination zwischen Physiotherapie und einem Heimübungsprogramm aus. Eine Reduktion der Physiotherapie resultiere nicht aufgrund einer Zustandsverbesserung, sondern aufgrund der Tatsache, dass er die Therapieintensität nicht

als adäquat einstuft. Die Therapie habe die Voraussetzungen der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit nicht erfüllt. Dr. D.\_\_\_\_ habe – zusammen mit der Verordnung zusätzlicher medizinischer Kräftigungstherapien – fast 150 Sitzungen pro Jahr verordnet und nicht lediglich 52, wie er angegeben habe. Des Weiteren seien dauerhafte passive Massnahmen gemäss Evidenz basierter Daten nicht effizient, sondern vielmehr aktive physiotherapeutische Massnahmen. Diese könnten in Form von medizinischer Trainingstherapie durchgeführt werden oder mittels physiotherapeutischen Einzelsitzungen, ebenfalls auch mit Heimübungsprogramm. Die Beurteilung, dass 9 bis 18 Sitzungen Physiotherapie pro Jahr ausreichend seien, sei versicherungsmedizinischer Usus. Es handle sich nicht um eine intensive Rehabilitation einer frischen HWS-Distorsion, sondern um den Erhalt der Arbeitsfähigkeit respektive Erwerbsfähigkeit bei über Jahre stabilem Zustand. Aufgrund der Tatsache, dass sich der Versicherte an die Menge der Therapien gewöhnt habe, empfehle er schliesslich eine Kompromisslösung. Anstatt pro Semester eine Serie Physiotherapie zu vergüten, empfehle er eine solche quartalsweise. Dies bedeute pro Quartal eine Physiotherapieserie, jedoch lediglich einmal pro Woche, mit der Tarifposition 7301. 5.1 Die Beschwerdegegnerin stütze sich im Einspracheentscheid vom 3. November 2015 bei der Beurteilung der therapeutischen Behandlung des Beschwerdeführers auf die versicherungsmedizinische Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2015. Sie ging demnach davon aus, dass dem Beschwerdeführer eine Reduktion der Therapiesitzungen von ungefähr 150 auf 36 zumutbar sei. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.2 hiervor), erkennt die Rechtsprechung auch Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen und (Akten-) Berichten von Sachverständigen, die nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt werden, Beweiswert zu. Sie sind soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7). An der Einschätzung von Dr. E.\_\_\_\_ liegen – wie nachfolgend ausgeführt wird – keine Zweifel vor, weshalb darauf abgestellt werden kann. 5.2 Der medizinische Bericht vom 15. Januar 2015 weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, er ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 3.1 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, er ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, er leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und er setzt sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander. Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, Dr. E.\_\_\_\_ verfüge nicht über eine zur Beurteilung der vorliegenden Problematik notwendige spezialärztliche Ausbildung, ist ihr entgegen zu halten, dass dieser als ehemaliger Chefarztvertreter einer Rehabilitationsklinik durchaus zur Beantwortung der therapeutischen Fragestellung des vorliegenden Falles befähigt ist. So führt dieser in überzeugender Weise aus, dass die Fortführung der bisherigen Therapieintensität mit überwiegend passiven Therapie-Massnahmen nicht zielführend sei, sondern vielmehr aktive physiotherapeutische Massnahmen angewendet werden sollten. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass es sich vorliegend nicht um die intensive Rehabilitation einer frischen HWS-Distorsion, sondern um den Erhalt der Arbeitsfähigkeit respektive Erwerbsfähigkeit bei über Jahre stabilem Zustand handelt. Dem Beschwerdeführer ist unter dem Aspekt der sozialversicherungsrechtlichen Schadenminderungspflicht zumutbar, zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit auch eigenverantwortlich therapeutische Übungen ausserhalb der Physiotherapiesitzungen durchzuführen. Durch die drei Physiotherapieserien mit je 9 Sitzungen wird – wie Dr. E.\_\_\_\_ nachvollziehbar feststellt – sichergestellt, dass eine ausreichende Instruktion und Kontrolle erfolgt. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers legt Dr. E.\_\_\_\_ somit

schlüssig dar, weshalb die auf 36 Sitzungen reduzierte Anzahl Therapiesitzungen ausreichend sind. 5.3 Auch die Ausführungen des behandelnden Arztes Dr. D.\_\_\_\_ vermögen keine Zweifel am Gutachten zu begründen. In diesem Zusammenhang ist zunächst auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. oben E. 3.2). Dr. D.\_\_\_\_ vermag nicht in überzeugender Weise darzulegen, weshalb die Fortführung der bisherigen Therapieintensität aus medizinischer Sicht geboten wäre. Insbesondere führt er nicht aus, weshalb dem Beschwerdeführer die eigenverantwortliche Durchführung von therapeutischen Übungen nicht zumutbar sei und weshalb eine solche nachteilige Folgen auf seine Arbeitsfähigkeit haben sollte. Vorliegend stehen weder ein Abbruch noch ein Unterbruch der physiotherapeutischen Behandlung zur Diskussion, weshalb die Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ zu den mutmasslichen Folgen einer Sistierung des Behandlungsprogrammes für die Fragestellung nicht relevant sind.

#### **E. 6**

Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass sich die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Beurteilung der therapeutischen Behandlung des Beschwerdeführers auf die versicherungsmedizinische Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2015 stützte. Was der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 18. Januar 2016 vorbringt, ist nicht geeignet, die beweisrechtliche Verwertbarkeit des Arztberichtes in Frage zu stellen. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist somit nicht zu beanstanden. Die gegen den Einspracheentscheid vom 3. November 2015 erhobene Beschwerde erweist sich unter diesen Umständen als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

#### **E. 7**

Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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