

# GR\_GERICHTE S 2012 16 vom 24. April 2012

GR Gerichte, 2012-04-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S 2012 16](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2012_16)

FR: GR\_GERICHTE S 2012 16 du 24 avril 2012

IT: GR\_GERICHTE S 2012 16 del 24 aprile 2012

## Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

## Erwägungen

### E. 2

Als die Beschwerden der Versicherten über Mitte März 2011 hinaus anhielten, verlangte die ... bei Dr. med. ... eine medizinische Beurteilung. Mit Arztzeugnis vom 7. Juni 2011 gab dessen Assistenzarzt ... an, bei der Versicherten zeigten sich massive myogelotische Verspannungen und Druckdolenz der Hals- und Schultermuskulatur. Es liege eine unfallbedingte cervicale Myalgie vor, welche weiterhin mit Physiotherapie, Wärmeanwendungen und Analgesie behandelt werden müsse. Die ... veranlasste hierauf eine vertrauensärztliche Abklärung. Mit Bericht vom 27. Juni 2011 gab Dr. med. ... an, der Unfall habe nur eine minimale Belastung der HWS bewirkt, und die Behandlung habe bereits im März abgeschlossen werden können. Die aktuellen Verspannungen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine direkte Unfallfolge.

### E. 3

a) Mit Verfügung vom 6. Juli 2011 lehnte die ... die Übernahme der Behandlungskosten ab dem 17. März 2011 ab. Hiergegen erhob die Versicherte am 18. Juli 2011 Einsprache. Der Unfall sei klar die Ursache ihrer Nacken-, Kopf- und Rückschmerzen. Vor dem Unfall habe sie keine solchen Schmerzen gehabt, und seit dem Unfall leide sie permanent daran. Mit Entscheid vom 17. August 2011 wies die ... die Einsprache ab. Sie argumentierte, eine Kollision mit einer Geschwindigkeitsdifferenz von nur 10 km/h sei nicht geeignet, eine Schleudertraumaverletzung zu bewirken. Weiter stützte sie sich auf den MRI- Bericht des Spitals Davos vom 14. Juli 2011, welcher angibt, es liege eine Fehlhaltung der HWS mit Abflachung der Lordose und rechtskonvexer Skoliose mit zervikothorakaler Ausgleichsfehllhaltung vor, zudem bestünden multisegmentäre Chondrosen in den Segmenten C4/C5 bis C6/C7 und eine breitbasige dorsomediane Diskusprotrusion am Übergang zu einer Diskushernie mit leichter Impression des Duralsackes im Segment C6/C7. Die ... argumentierte, das MRI weise eine Fehlhaltung der HWS und Abnutzungserscheinungen aus, welche mit dem Unfallereignis in keinerlei Zusammenhang stünden aber als Ursache der geklagten Beschwerden in Betracht fielen.

b) Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte am 17. September 2011 ein erstes Mal Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden (Verfahren S 11 123). Mit der Beschwerde reichte sie einen Bericht von Dr. med. ... vom 15. September 2011 ein, in welchem dieser ausführlich über die Beschwerden und den Heilungsverlauf berichtete und festhielt, dass der von ihm vorgesehene Fallabschluss per 17. März 2011 bloss probatorisch gewesen sei und keinen definitiven Therapieabschluss bedeutet habe. Ab

Juni 2011 habe dann wegen nuchal-frontaler Cephalea und nuchal- trapezoider Muskelbeschwerden und muskulärem Pseudoradikulär-Syndrom am rechten Arm die physiotherapeutische und osteopathische Behandlung wieder aufgenommen respektive intensiviert werden müssen. Die Beschwerden seien definitiv und klar Unfall-reaktiv. Die Behandlung sei per 13. September 2011 abgeschlossen worden. Zwischenzeitlich gehe es der Patientin gut. Jedoch sei nie eine Schleudertraumaproblematik und/oder Neuropathologie postuliert worden. Dieser Bericht solle als definitives Abschlusszeugnis gelten. c) Mit Entscheid vom 5. Oktober 2011 zog die ... ihre Verfügung vom 6. Juli 2011 in Wiedererwägung und erklärte, die Behandlungskosten bis zum Fallabschluss zu übernehmen und den Fallabschluss per 13. September 2011 mit separater Verfügung vorzunehmen. Das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden schrieb daraufhin die Beschwerdesache (S 11 123) mit Verfügung vom 14. Oktober 2011 wegen Gegenstandslosigkeit ab.

#### **E. 4**

Mit Verfügung vom 12. Oktober 2011 stellte die ... die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung betreffend das Ereignis vom 12. Januar 2011 per 13. September 2011 ein. Am 17. November 2011 erhob die Versicherte auch gegen die zweite Verfügung der ... Einsprache. Diese wurde mit Entscheid vom 21. Dezember 2011 abgewiesen. Dr. med. ... habe per 13. September 2011 die vollständige Heilung der durch den Autounfall verursachten Beschwerden festgestellt. Eine Behandlungsbedürftigkeit habe danach nicht mehr bestanden, und der Fall sei zu Recht abgeschlossen worden.

#### **E. 5**

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte am 23. Januar 2012 erneut Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden. Mit Schreiben vom 25. Januar 2012 informierte die Instruktionsrichterin die Beschwerdeführerin, dass ihre Beschwerde den formellen Anforderungen nicht genüge und forderte sie auf, ihre Beschwerde bis zum 6. Februar 2012 mit einem Rechtsbegehren, einer Begründung und einer kurzen Sachverhaltsdarstellung zu ergänzen, andernfalls auf die Beschwerde nicht eingetreten werde. Mit Schreiben vom

#### **E. 6**

Irrtümlicherweise wurde der Beschwerdegegnerin nur die ergänzte Beschwerde vom 6. Februar 2012, nicht aber die ursprüngliche Beschwerde vom 23. Januar 2012 zur Vernehmlassung zugestellt. In der Annahme, die Beschwerde sei verspätet, beantragte die Beschwerdegegnerin deshalb, auf die Beschwerde sei nicht einzutreten, eventuell sei sie abzuweisen. Zur Begründung des Abweisungsantrages verwies sie auf den angefochtenen Entscheid. Nachdem der Beschwerdegegnerin nachträglich noch die ursprüngliche Beschwerde vom 23. Januar 2012 zugestellt worden war, verzichtete sie auf eine Ergänzung ihrer Vernehmlassung. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften und auf den angefochtenen Entscheid wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung: 1. In formeller Hinsicht ist vorneweg festzuhalten, dass die Beschwerde rechtzeitig erfolgte. Die Beschwerdefrist beträgt gemäss Art. 60 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG / SR 830.1) dreissig Tage ab dem Zeitpunkt der Eröffnung. Vorliegend wurde der angefochtene Entscheid gemäss Sendungsnachverfolgung der Post am 21. Dezember 2011 mit eingeschriebenem Brief versandt und von der Beschwerdeführerin am 29. Dezember 2011

am Schalter abgeholt. Gemäss Art. 38 Abs. 4 ATSG stehen gesetzliche Fristen unter anderem vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar still. Die dreissigtägige Frist begann somit erst am 3. Januar 2012 zu laufen, so dass die Beschwerde am 23. Januar 2012 klarerweise innert Frist eingereicht wurde. Dass die Beschwerde kein Rechtsbegehren und keine Begründung enthielt und in der Folge nachzubessern war, ist im Zusammenhang mit der Frage der Fristwahrung nicht von Belang. Nach der Praxis des Bundesgerichtes gilt ein Beschwerdeverfahren nämlich dann als anhängig gemacht, wenn eine individualisierte Person gegenüber einer bestimmten Verfügung den klaren Anfechtungswillen schriftlich bekundet, beziehungsweise erkenntlich ihren Willen um Änderung der sie betreffenden Rechtslage zum Ausdruck bringt (BGE 134 V 162 E. 2, 116 V 353 E. 2b). Diese Voraussetzung erfüllt die Beschwerdeschrift vom 23. Januar 2012.

2. a) Materiell stellt sich die Frage, ob die ... zu Recht daran festhält, dass die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung betreffend das Unfallereignis vom 12. Januar 2011 per 13. September 2011 einzustellen seien. b) Art. 10 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG / SR 832.20) verpflichtet den Unfallversicherer, die Kosten für die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen zu übernehmen. Diese Leistung, im Gesetz unter dem Titel „Heilbehandlung“ aufgeführt, zählt zu den vorübergehenden Leistungen (BGE 133 V 57 E. 6.6). Nach Art. 19 Abs. 1 UVG und nach der Praxis des Bundesgerichtes hat der Versicherer die Heilbehandlung nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen abzuschliessen (BGE 134 V 109 E. 4.1).

c) Zur Beurteilung der Frage, bis zu welchem Zeitpunkt von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann, sind Sozialversicherer und Gerichte auf die Angaben medizinischer Experten angewiesen. Im vorliegenden Fall steht der Arztbericht von Dr. med. ... vom 15. September 2011 zur Verfügung. Darin führt Dr. med. ... aus, am 13. September 2011 sei bei ihm die Abschluss-Nachkontrolle erfolgt. Es gehe der Patientin zwischenzeitlich gut, und insbesondere seien nun auch die muskulär bedingten, pseudoradikulären Arm-Dysästhesien nicht mehr existent. Dieser Bericht solle als definitives Abschlusszeugnis gelten. Auf diesen Bericht stellt die Beschwerdegegnerin zu Recht ab. Er beantwortet die Frage des Fallabschlusses klar und umfassend, beruht auf detaillierten Kenntnissen der Beschwerden und des Heilungsverlaufes und leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ein (BGE 125 V 351 E. 3a). Andere, der Beurteilung von Dr. med. ... widersprechende ärztliche Einschätzungen liegen nicht vor, und aus den Akten ergeben sich weder Hinweise für Behandlungen nach dem 13. September 2011 noch werden solche von der Beschwerdeführerin geltend gemacht. Weil Dr. med. ... der Hausarzt der Beschwerdeführerin ist, ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, dass also mit anderen Worten eine für die Patientin unvorteilhafte Beurteilung nicht zu vermuten ist (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Bestätigt wird die Einschätzung von Dr. med. ... schliesslich ganz entscheidend dadurch, dass die ärztliche Behandlung nach dem 13. September 2011 nicht weitergeführt beziehungsweise nicht wiederaufgenommen wurde. Somit ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht per 13. September 2011 abgeschlossen hat.

d) Die Beschwerdeführerin macht ferner geltend, die Geschwindigkeit des auffahrenden Fahrzeugs habe 10 bis 15 km/h oder mehr betragen. Zwar sei der Schaden

an ihrem Fahrzeug klein gewesen, doch am auffahrenden Fahrzeug sei ein Schaden von gut Fr. 5000.-- entstanden und der Fahrer habe im Spital behandelt werden müssen. Damit korrigiert sie die etwas harmlosere Darstellung des Unfalls durch die Beschwerdegegnerin. Für die Frage, ab welchem Zeitpunkt von einer weiteren ärztlichen Betreuung kein zusätzlicher Heilungserfolg mehr erwartet werden kann, ist das Unfallgeschehen an sich indessen nicht entscheidend. Die Beschwerdeführerin argumentiert, die Behandlung mit Physiotherapie, Medikamenten, Wärmeanwendungen und Halskrause sei absolut notwendig gewesen, da sie zum Beispiel nicht länger als 20 Minuten habe sitzen können, und da sie die Hausarbeiten nicht mehr am Stück habe durchführen können. Dieses Vorbringen bezieht sich auf den Zeitraum 7. Juni 2011 und steht damit im Einklang mit den Ausführungen von Dr. med. ..., wonach über den ursprünglich vorgesehenen Fallabschluss am 17. März 2011 hinaus behandlungsbedürftige unfallkausale Beschwerden vorhanden waren. Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, sie könne nicht von Beschwerdefreiheit sprechen, was auch von Dr. med. ... nicht so dokumentiert worden sei. Er habe nur geschrieben, es gehe ihr zwischenzeitlich gut. Dies habe aber daran gelegen, dass sie im Herbst 2011 ihre physiotherapeutischen Übungen mehrmals pro Tag habe machen können. Auch dieses Vorbringen ist unbehelflich. Es mag zwar zutreffen, dass auch am 13. September 2011 und danach noch gewisse Beschwerden vorhanden waren. Entscheidend ist aber, dass diese Beschwerden nach der Einschätzung von Dr. med. ... ab dem 13. September 2011 keine ärztliche Behandlung mehr rechtfertigten und er per dann den Behandlungsabschluss festlegte.

Die Beschwerdeführerin macht schliesslich geltend, sie habe ihre sportlichen und alltäglichen Tätigkeiten angepasst um ihre Genesung zu unterstützen. Dieses persönliche Engagement ist sehr löblich. Allerdings lässt sich daraus keine ärztliche Behandlungsbedürftigkeit ableiten. 3. a) Der angefochtene Einspracheentscheid vom 21. Dezember 2011 erweist sich somit als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. b) Zur Information der Beschwerdeführerin sei darauf hingewiesen, dass die Beschwerdegegnerin nicht nur für die unmittelbaren Unfallfolgen, sondern auch für Rückfälle und Spätfolgen Versicherungsleistungen zu gewähren hat (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung / UVV / SR 832.202). Bei einem Rückfall handelt es sich nach der Praxis des Bundesgerichtes um das Wiederaufflackern eines vermeintlich geheilten Leidens, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen (BGE 118 V 293 E. 2a.; Urteil des Bundesgerichtes 8C\_1026/2010 vom 7. Oktober 2011 E. 3.2). Sollten sich bei der Beschwerdeführerin in Zukunft erneut oder verstärkt gleiche oder ähnliche Beschwerden einstellen, wie der Unfall verursachte, so wird die Beschwerdegegnerin alsdann zu prüfen haben, ob die Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 12. Januar 2011 zurückzuführen sind. Im Übrigen kann hierzu auf die entsprechenden zutreffenden Ausführungen im angefochtenen Entscheid (Ziff. 2.3 S. 3) verwiesen werden. c) Gerichtskosten werden keine erhoben, da das kantonale Beschwerdeverfahren in Sozialversicherungsstreitigkeiten gemäss Art. 61 lit. a ATSG grundsätzlich kostenlos ist. Gemäss Art. 61 lit g ATSG e contrario hat die Beschwerdegegnerin keinen Anspruch auf Parteientschädigung.

Demnach erkennt das Gericht: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen 2. Es werden keine Kosten erhoben.

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