

GR_GERICHTE S 2017 64 vom 13. Februar 2018

GR Gerichte, 2018-02-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S 2017 64](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2017_64)

FR: GR_GERICHTE S 2017 64 du 13 février 2018

IT: GR_GERICHTE S 2017 64 del 13 febbraio 2018

Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 2

Nach weiteren medizinischen und bildgebenden Abklärungen erfolgte am 25. April 2007 bei diagnostizierter posttraumatischer Instabilität mit Bank- art Läsion der Schulter links eine operative Limbus Stabilisation mit zwei Mitek-Ankern und leichter Kapselraffung nach Neer. Es folgten weitere medizinische Abklärungen und am 16. Januar 2008 wurde in der Schul- thess-Klinik, Zürich, eine Schulterarthroskopie mit ventrocaudaler Schul- terstabilisierung, Bankart-Repair, dosierter Kapselraffung und SLAP- Refixation durchgeführt.

E. 3

Aufgrund der anhaltenden Schmerzen und auf Empfehlung von Dr. med. E._____ der Schulthess-Klinik hielt sich A._____ vom 2. Juni 2008 bis 18. Juli 2008 in der Klinik Valens zur stationären Verbesserung der Beweg- lichkeit und Stabilität der Schulter auf. Vom 20. Juli bis 7. August 2009 absolvierte sie in der Folge eine intensivierete Therapie in derselben Klinik. Vom 4. Juni 2010 bis 30. Juli 2010 hielt sie sich zwecks stationärer The- rapie in der RehaClinic Zurzach auf.

- 3 -

E. 4

Am 2. Mai 2012 wurde A._____ von Dr. med. F._____, Klinik Gut, Chur, orthopädisch begutachtet. Dr. med. F._____ äusserte die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer chronischen Schulterinstabilität links bei konstitutioneller Kapselbandinstabilität und rezidivierenden post- traumatischen ventro-caudalen Schulterluxationen links, eines chroni- schen Schmerzsyndroms sowie den Verdacht auf eine leichtgradige Arm- plexusläsion links. Die Beschwerden an der linken Schulter und am linken Arm bestätigte er als unfallbedingt. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Servicefachangestellte schätzte er auf 20 %, in einer ange- passten Tätigkeit auf 50-60 % ein. Den Integritätsschaden bezifferte Dr. med. F._____ auf 25 %. Eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes sei nicht zu erwarten. Zur Erhaltung des aktuellen Gesundheitszustandes seien weitere Therapiemassnahmen, insbesonde- re mit entsprechender Physiotherapie notwendig. Die aktuellen Physiothe- rapiesitzungen (drei Mal wöchentlich) seien zur Stabilitätserhaltung aus medizinischer Sicht sinnvoll.

E. 5

Am 25. Oktober 2012 erfolgte in der Klinik Valens eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit.

E. 6

Mit Verfügung vom 20. März 2014 lehnte die IV-Stelle des Kantons Graubünden berufliche Massnahmen ab. Mit Verfügung vom 23. Mai 2014 resp. 23. März 2015 sprach sie A._____ für die Zeit vom 1. April 2010 bis 30. April 2011 eine ganze und ab 1. Mai 2011 eine halbe Invalidenrente (IV-Grad 52 %) zu.

E. 7

Am 24. Juli 2014 nahm Dr. med. G._____, bei diagnostizierter vorderer Schulterinstabilität links (rezidiv nach dreimaliger Stabilisierung), Hyperlaxitätskomponente und Glenoidranddefekt, eine diagnostische Arthroskopie mit offener Glenoidrandrekonstruktion mit Beckenspan, capsulolabraler Reinsertion und dosierter Shift vor.

- 4 -

E. 8

Am 26. Januar 2015 berichtete Dr. med. H._____, Kantonsspital Graubünden, von einer sehr einschränkenden Situation der linken Schulter. A._____ sei vorab durch die Schmerzproblematik limitiert. Nach durchgeführter CT-Abklärung der Schulter links empfahl Dr. med. H._____ die Durchführung einer stationären Rehabilitation. Die chirurgischen Möglichkeiten seien ausgeschöpft worden.

E. 9

Vom 3. Juni 2015 bis 11. Juli 2015 hielt sich A._____ zur stationären Rehabilitation in der RehaClinic Zurzach auf.

E. 10

Mit Arztbericht vom 4. Januar 2016 befürwortete Dr. med. H._____ weitere Physiotherapien auch im Sinne einer Medizinischen Trainingstherapie (MTT).

E. 11

Auf Veranlassung der B._____ wurde A._____ am 3. Mai 2016 von Dr. med. I._____, Klinik Gut, nochmals begutachtet. Dr. med. I._____ bestätigte die anhaltenden Beschwerden als unfallbedingt. In der bisherigen Tätigkeit sei A._____ zu 100 % arbeitsunfähig. In einer leichten Verweistätigkeit könne ein Pensum von 40-50 % erreicht werden. Zur aktuellen Gesundheitserhaltung seien weitere Therapiemassnahmen, insbesondere Physiotherapie notwendig. Die aktuellen Physiotherapiesitzungen (drei Mal wöchentlich) seien aus medizinischer Sicht sinnvoll. Eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes könne nicht erwartet werden. Im Vordergrund stehe die Erhaltung des derzeitigen Gesundheitszustandes. Dazu seien eine medikamentöse Schmerztherapie, Selbstübungen und -training sowie eine geführte Physiotherapie als therapeutische Pfeiler wichtig. Die stetige Reevaluation der insbesondere medikamentösen Therapie bedürfe der ärztlichen Betreuung. Die Integritätseinbusse betrage mindestens 25 %.

- 5 -

E. 12

Am 27. Juni 2016 legte die Physiotherapeutin das aktuelle Therapiekonzept vor. Sie führte zudem insbesondere aus, dass zur Stabilitäts- und Funktionsverbesserung der

physiotherapeutische Weg weiterzuführen sei. Das Fernziel einer Medizinischen Trainingstherapie (MTT) würde A._____ überfordern und wäre kontraproduktiv. Die Physiotherapie müsste dreimal pro Woche erfolgen.

E. 13

Der beratende Arzt der B._____, pract. med. K._____, beurteilte das erwähnte Therapiekonzept mit Stellungnahme vom 22. November 2016. Er gelangte zum Schluss, dass die intensive Physiotherapie für drei Monate mit einer Frequenz von drei Sitzungen pro Woche mit konsekutiver Reduktion im Monat 4 und 5 auf zweimal pro Woche und ab Monat 6 auf einmal pro Woche bis maximal drei Monate ergänzt durch eine Medizinische Trainingstherapie (MTT) als zielführende Stabilisation des aktuellen Status ausreichend sei. Darüber hinaus führende Therapieintensitäten erachtete er nicht als WZW-konform.

E. 14

Die L._____ AG, als Unfallversicherin der langfristigen Leistungen nach UVG, sprach A._____ mit Verfügung vom 4. Oktober 2016 eine Integritätsentschädigung von 25 % sowie mit Verfügung vom 25. November 2016 ab 1. November 2016 eine Unfall-Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 44 % und eine Hilflosenentschädigung für leichte Hilflosigkeit zu.

E. 15

Am 1. Dezember 2016 verfügte die B._____, ab 1. November 2016 keine weiteren Taggelder zu leisten. Die Physiotherapie werde während drei Monaten mit einer Frequenz von drei Sitzungen pro Woche mit konsekutiver Reduktion in Monat 4 und 5 auf zweimal pro Woche und ab Monat 6 auf einmal pro Woche bis maximal 3 Monate ergänzt durch eine Medizinische Trainingstherapie (MTT) übernommen. Ab Juli 2017 würden keine weiteren Therapieleistungen mehr gewährt. Die dagegen erhobene Ein-

- 6 - sprache, womit A._____ unter Einreichung einer Stellungnahme ihres Hausarztes Dr. med. M._____ die unbefristete Übernahme der Heilbehandlung auch nach dem 1. Juli 2017 beantragte, wurde mit Einspracheentscheid vom 4. April 2017 abgewiesen.

E. 16

Dagegen erhob A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 9. Mai 2017 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden mit den Anträgen, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die weiteren Heilkosten seien unbegrenzt zu übernehmen. Verfahrensrechtlich stellte sie Antrag auf Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels und Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege. Sie trug im Wesentlichen vor, dass der Sachverhalt im angefochtenen Entscheid korrekt wiedergegeben sei. Strittig sei hingegen die Übernahme der Heilbehandlung. Hier gehe es nicht um eine deutliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation, sondern, wie der beigelegte Bericht der Physiotherapeuten vom 14. April 2017 aufzeige, um den Erhalt der Funktion und somit um die stabile langfristige Gewährleistung der 40-50%igen Arbeitsfähigkeit und der Fortführung der im März 2017 offiziell begonnenen, selbständigen Erwerbstätigkeit. Sie benötige weiterhin die Physiotherapie im bisherigen Ausmass. Die Schulterinstabilität sei komplex und multidirektional. Die Medizinische Trainingstherapie (MTT; Fitnesscenter) sei nicht nur zu anstrengend, sondern dadurch würde die Schmerzproblematik (Bewegungsschmerz) auch stark ansteigen. Dies werde von Dres. med. I._____ und M._____ sowie von der Physiotherapeutin bestätigt. Laut Physiotherapeutin seien für die Erhaltung der

Schulterfunktion eine Kontrolle der Bewegung, ein Pacing und eine therapeutische und ärztliche Begleitung notwendig, was auch Dr. med. I. _____ attestiere.

E. 17

Mit Beschwerdeantwort vom 23. Mai 2017 beantragte die B. _____ (nach- folgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Sie führte im Wesentlichen aus, dass der Auffassung des beratenden Arztes, pract.

- 7 - med. K. _____, wonach die Physiotherapie durch eigenverantwortliche Medizinische Trainingstherapie (MTT) ersetzt werden könnte, zu folgen sei. Die Berichte, worauf sich die Beschwerdeführerin beziehe, seien – mit Ausnahme der Stellungnahme der behandelnden Physiotherapeutin – nicht aktuell und bezögen sich auf ein früheres Stadium. Nur Dr. med. M. _____ bejahe die dauernde Behandlungsbedürftigkeit. Dr. med. I. _____ habe sich auf den damaligen Zeitpunkt bezogen.

E. 18

Mit Replik vom 7. Juli 2017 präziserte die Beschwerdeführerin ihre Anträge wie folgt: " 1. Der Einspracheentscheid vom 4. April 2017 sei aufzuheben. 2. Der Beschwerdeführerin sei die weitere Heilbehandlung und Pflege nach Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG zuzusprechen. 3. Eventualiter habe das angerufene Gericht dem Gutachter Dr. med. C. I. _____ in Präzisierung seines Gutachtens vom 3. Mai 2016 die Frage zu stellen, ob die Beschwerdeführerin zur Erhaltung ihrer verbleibenden Arbeitsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedürfe. 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin." Begründend führte die Beschwerdeführerin insbesondere aus, entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin habe Dr. med. I. _____ in seinem Gutachten explizit erwähnt, dass zur aktuellen Gesundheitserhaltung weitere Therapiemassnahmen, insbesondere Physiotherapie, notwendig seien. Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, pract. med. K. _____, sei weder Orthopäde noch Traumatologe, sondern Facharzt in Anästhesiologie. Materiell überzeuge seine Aktenbeurteilung nicht. Auch fehle es an einer nachvollziehbaren Begründung, weshalb die konsekutive Reduktion der Physiotherapie als zielführende Stabilisation des aktuellen Zustandes betrachtet werden solle. Aufgrund des fehlenden Facharzt- titels und der aufgezeigten Widersprüche könne somit nicht auf das aktuelle Aktengutachten des Vertrauensarztes abgestellt werden. Abzustellen sei auf das Gutachten von Dr. med. I. _____ vom 3. Mai 2016, andernfalls

- 8 - stelle sie den Antrag, dass das Gericht zwecks Aufklärung der Bedürftigkeit dauernder Behandlung und Pflege an Dr. med. I. _____ gelange.

E. 19

Mit Schreiben vom 20. Juli 2017 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Duplik.

E. 20

Auf Aufforderung der Instruktionsrichterin vom 13. November 2017 nahm Dr. med. I. _____ am 20. November 2017 zu den Ausführungen von pract. med. K. _____ vom 22. November 2016, unter Beachtung des Therapie- konzeptes vom 26. Juni 2016 und der Stellungnahme der Physiotherapeutin vom 14. April 2017, Stellung. Dazu äusserte sich die Beschwerde- gegnerin am 23. Januar 2018 unter Einreichung der Stellungnahme von pract. med. K. _____ vom 4. Januar 2018. Seitens der Beschwerdeführerin ging keine

Stellungnahme ein. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften so- wie auf den angefochtenen Einspracheentscheid wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 des Bundesge- setzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) kann gegen Einspracheentscheide Beschwerde beim Versi- cherungsgericht desjenigen Kantons erhoben werden, in dem die versi- cherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Vorlie- gend hat die Beschwerdeführerin Wohnsitz in Y._____ (GR), weshalb die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichtes des Kantons Graubün- den gegeben ist. Die sachliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichtes

- 9 - ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100), wonach das Verwal- tungsgericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden gegen Einspracheentscheide und Verfügungen in Sozialversicherungssachen beurteilt, die gemäss Bundesrecht der Beschwerde unterliegen. Der Ein- spracheentscheid vom 4. April 2017, mit welchem die Beschwerdegegne- rin die Einsprache der heutigen Beschwerdeführerin abgewiesen und da- mit die am 1. Dezember 2016 verfügte Reduktion der Therapieleistungen mit anschliessender Einstellung ab Juli 2017 bestätigt hat, stellt demnach ein taugliches Anfechtungsobjekt für ein Verfahren vor dem Verwaltungs- gericht dar. Als formelle und materielle Adressatin des angefochtenen Einspracheentscheids ist die Beschwerdeführerin berührt und weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen Abänderung bzw. Aufhebung auf (vgl. Art. 59 ATSG). Auf die überdies frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist somit einzutreten. 2. Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des UVG und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft ge- treten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom

E. 25

September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich – wie im vorliegenden Fall – vor dem Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Deshalb sind vorliegend grundsätzlich die bis zum 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen anzuwenden. Hinsicht- lich der für das vorliegende Verfahren anwendbaren Bestimmungen ha- ben sich indessen mit Inkrafttreten der neuen Rechtssätze keine Ände- rungen ergeben, weshalb nachfolgend auf diese verwiesen werden kann. 3. Streitig und zu prüfen ist, ob und in welchem Mass die Beschwerdeführe- rin nach Festsetzung der Unfall-Invalidenrente weiterhin Anspruch auf

- 10 - Heilbehandlung nach Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG im Sinne von weiteren The- rapieleistungen (Physiotherapiesitzungen) hat. 4. a) Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG entsteht der Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abge- schlossen sind (Satz 1). Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Satz 2). Nach Art. 21 Abs. 1 UVG wer- den der Bezügerin auch nach Festsetzung der Rente unter bestimmten, in Abs. 1 lit. a-d dieser Norm aufgeführten Fällen Pflegeleistungen und Kos- tenvergütungen gewährt. Vorgesehen ist dies, wenn sie – immer nebst dem Bezug einer Invalidenrente – an einer Berufskrankheit leidet (lit. a), unter einem Rückfall oder

Spätfolgen leidet und die Erwerbsfähigkeit durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann (lit. b), zur Erhaltung ihrer verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf (lit. c) oder erwerbsunfähig ist und ihr Gesundheitszustand durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann (lit. d). Einschlägig ist im vorliegenden Fall Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG. Die Beschwerdegegnerin soll somit für allfällige Behandlungen aufkommen, welche zur Erhaltung der teilweisen Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin notwendig sind. Die getroffenen Massnahmen müssen den WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) entsprechen (vgl. Art. 54 UVG; RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage, Zürich 2012, Art. 54 S. 240 ff.). b) Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Da-

- 11 - nach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, 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 Beweiswerts eines Arztberichts ist 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 351 E.3a, 122 V 157 E.1c). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. BGE 125 V 351 E.3b). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E.1.3.4, 125 V 351 E.3b/bb, je m.w.H.). In

- 12 - Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E.4.3.2, 4.4 und 4.5, 125 V 351 E.3b/cc). Sodann kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und

keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (vgl. zum Ganzen BGE 125 V 351 E.3b, 122 V 157 E.1c). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 E.4.3.2 und 4.4; Urteil des Bundesgerichtes 8C_245/2011 vom 25. August 2011 E.5.3). Schliesslich kann auch reinen Aktengutachten voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E.3.2.2). 5. a) Unbestritten ist vorliegend, dass die Beschwerdeführerin an einer unfallbedingten chronischen Schulterinstabilität links bei konstitutioneller Kapselbandinstabilität und rezidivierenden posttraumatischen ventrocaudalen Schulterluxationen leidet.

- 13 - b) Bezüglich der hier strittigen Übernahme der Heilbehandlung (Physiotherapie) stützte sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid auf die Aktenbeurteilung ihres Vertrauensarztes pract. med. K._____, Facharzt für Anästhesiologie, vom 22. November 2016 (Akten der Beschwerdegegnerin [Bg-act.] 278). Darin kritisierte pract. med. K._____ die von Dr. med. I._____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, im Gutachten vom 3. Mai 2016 (Bg-act. 268) sowie von der Physiotherapeutin im Therapiekonzept vom 27. Juni 2016 befürwortete Notwendigkeit von Physiotherapiesitzungen dreimal pro Woche bzw. die von der Physiotherapeutin im erwähnten Therapiekonzept geäusserte Kontraproduktivität einer Medizinischen Trainingstherapie (MTT). Pract. med. K._____ erachtete die intensive Physiotherapie während 3 Monate dreimal pro Woche mit konsekutiver Reduktion im Monat 4 und 5 auf zweimal pro Woche und ab Monat 6 auf einmal pro Woche bis maximal 3 Monate ergänzt durch eine Medizinische Trainingstherapie (MTT) als zielführende Stabilisation des aktuellen Status. 6. a) Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die obgenannte Beurteilung von pract. med. K._____ vom 22. November 2016 abgestellt hat oder ob die übrigen medizinischen Akten auch nur geringe Zweifel an der vertrauensärztlichen (versicherungsinternen) Beurteilung zu wecken vermögen. b) Angesichts der widersprüchlichen Einschätzungen zur Notwendigkeit, Häufigkeit und Dauer der Heilbehandlung (Physiotherapie) ersuchte das Gericht am 1. November 2017 Dr. med. I._____, zu den Ausführungen des Vertrauensarztes pract. med. K._____ vom 22. November 2016, unter Beachtung des Therapiekonzeptes vom 26. Juni 2016 der Physiotherapeutin und deren Äusserungen vom 14. April 2017 Stellung zu nehmen.

- 14 - Dr. med. I._____ äusserte sich in der Folge am 20. November 2017 und bestätigte seine frühere Einschätzung vom 3. Mai 2016 (Bg-act. 268), wonach zur Erhaltung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin Physiotherapiesitzungen dreimal pro Woche sinnvoll seien. Es seien insgesamt drei chirurgische Eingriffe erfolgt und alle zur Verfügung stehenden, konservativen Therapiemodalitäten angewandt worden. Die Beschwerdeführerin sei von diversen, ausgewiesenen Schulterorthopäden in der Schweiz

beurteilt worden. Keine der angewandten Therapiemodalitäten habe die Situation nachhaltig verbessern können. Seit geraumer Zeit zeige sich aber ein mehr oder weniger stationärer Befund, welcher jedoch nur unter entsprechender physiotherapeutischer Beübung und Heimübungen erhalten werden könne. Die Stabilisierung des Ist-Zustandes auf dem momentanen Niveau müsse mit allen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten angestrebt werden, auch wenn eine namhafte Besserung der Schulterschmerzproblematik kaum zu erwarten sei. Mit der Beurteilung von pract. med. K. _____ vom 22. November 2016 erklärte sich Dr. med. I. _____ nicht einverstanden. Das von pract. med. K. _____ beschriebene Physiotherapieregime könnte durchaus Sinn machen, wenn bei einer Patientin die Wiedererlangung der uneingeschränkten Gelenkfunktion zu erwarten wäre. Die Situation bei der Beschwerdeführerin sei jedoch eine andere: Nach über 10-jähriger Leidensgeschichte sei eben nicht mehr eine vollumfängliche Rehabilitation möglich bzw. realistisch, sondern es gehe um die Erhaltung bzw. Stabilisierung des Ist-Zustandes. Deshalb scheine ihm eine Reduktion der Frequenz der Therapiesitzungen als nicht angebracht, nicht sinnvoll und auch nicht logisch. Mit abnehmender Frequenz der Therapie werde der Problematik der Gesundheits-erhaltung nicht Rechnung getragen. Angenommen, das von pract. med. K. _____ vorgeschlagene Physiotherapieregime wäre im Falle der Beschwerdeführerin medizinisch korrekt und zielführend, hätte unter der momentanen Therapie ja bereits längst eine Verbesserung eintreten müssen. Dies sei jedoch nicht der Fall.

- 15 - c) Zur Stellungnahme von Dr. med. I. _____ vom 20. November 2017 äußerte sich pract. med. K. _____ im Auftrag der Beschwerdegegnerin am 4. Januar 2018. Mit Verweis auf seine Beurteilung vom 22. November 2016 (Bg-act. 258) führte er aus, die stufenförmige Reduktion der physiotherapeutischen Beübung und physikalischer Massnahmen sei im diskutierten Fall WZW-konform, da keine namhafte Besserung nach 10-jähriger intensiver Physiotherapie und medizinischer Versorgung zu erwarten sei und der Endzustand als restitutio ad defectum erreicht sei. In Einigkeit mit dem Schreiben von Dr. med. I. _____ vom 2. (recte: 20.) November 2017 sei keine Rehabilitation möglich. Die von ihm angestrebte Erhaltung des Ist-Zustandes durch eine hochfrequente Physiotherapie sei versicherungsmmedizinisch aber abzulehnen, da dies nicht WZW-konform sei. Nach eigener Literatur-Recherche existiere keine medizinische Evidenz, die eine positive Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen Anwendungshäufigkeit, -intensität und -dauer, d.h. Gesamttherapiedosis wissenschaftlich aufzeige. Das Theorem "Viel hilft viel" sei wissenschaftlich nicht ausgewiesen. Die Wirksamkeit spezifischer physiotherapeutischer Massnahmen sei in der Akutphase (Zeitraum bis 12 Monate nach Ereignis) bei spezifischen Schulterleiden mit guter Wirksamkeit wissenschaftlich belegt. Im zu diskutierenden Fall handle es sich um ein chronisches Schulterleiden, welches der hochfrequenten physiotherapeutischen Beübung nicht mehr zugänglich sei, da keine namhafte Besserung zu erwarten sei. Welche Physiotherapiedosis zur Erhaltung des Ist-Zustandes ausreichend sei, lasse sich nur durch eine individuelle Zieldefinition, individueller Überprüfung des Erreichten und der eigenverantwortlichen Gesundheitsfürsorge zur selbstverantwortlichen Fortführung des bisher Erlernten ermitteln. Das in seiner Beurteilung vom 22. November 2016 genannte physiotherapeutische Beübungsschema bedeute eine Reduktion der Dosis und münde in der eigenverantwortlichen Medizinischen Trainingstherapie (MTT), welche physiotherapeutisch angeleitet werde und nachfolgend eigenverantwortlich fortzuführen sei. Dieses Konzept entspreche somit dem obgenannte

- 16 - Modell der individuellen Dosisfindung und Aktivierung der Eigenverantwortung. Die kategorische Ablehnung dieses Konzepts sei nicht nachzuvollziehen, da diese inhaltlich unbegründet sei. Die Medizinische Trainingstherapie (MTT) sei ein allgemein akzeptiertes und etabliertes Konzept, in dessen Zentrum die Eigenverantwortlichkeit des zu Therapierenden stehe. Das von ihm genannte Schema diene der individuellen Dosititrierung unter Steigerung der aktiven, anfänglich angeleiteten, eigenverantwortlichen Gesundheitsfürsorge. In der retrospektiven Individualbeurteilung der bisherigen Wirkung der Physiotherapie lasse sich keine Besserung objektiv nachweisen. Die hierfür eingesetzten Mittel seien unwirksam. Eine wissenschaftliche Evidenz für diese Therapiedichte bestehe nicht und die dafür aufgewendeten Ressourcen stünden in einem deutlichen Missverhältnis zu dem Nicht-Erreichten. d) Wie oben dargelegt, gehen sowohl pract. med. K._____ als auch Dr. med. I._____ davon aus, dass eine Rehabilitation nicht möglich und die Erhaltung des Ist-Zustandes anzustreben ist. Uneinig sind sie sich jedoch bezüglich der Therapie, welche hierfür erforderlich ist (Art, Häufigkeit und Dauer). Während Dr. med. I._____ der Ansicht ist, dass zur Erhaltung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin Physiotherapiesitzungen dreimal pro Woche sinnvoll seien, vertritt pract. med. K._____ die Auffassung, die konsekutive Reduktion der Physiotherapiesitzungen mit Einmündung in der selbstverantwortlichen Medizinischen Trainingstherapie (MTT) sei WZW-konform. Die von Dr. I._____ unterstützte hochfrequente Physiotherapie lehnt pract. med. K._____ mit der Begründung ab, gemäss Literatur existiere keine medizinische Evidenz, die eine positive Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen Anwendungshäufigkeit, -intensität und -dauer aufzeige. Das Theorem "Viel hilft viel" sei wissenschaftlich nicht ausgewiesen und die Wirksamkeit spezifischer physiotherapeutischer Massnahmen sei lediglich in der Akutphase im Zeitraum bis 12 Monate

- 17 - nach dem Ereignis bei spezifischen Schulterleiden belegt. Dieser einleuchtenden Ansicht schliesst sich das Gericht an. Gestützt auf die Ausführungen von pract. med. K._____ kann sodann davon ausgegangen werden, dass das unbestrittenermassen chronische Schulterleiden der Beschwerdeführerin nach 10-jähriger intensiver Physiotherapie und Erreichung des Endzustandes im Sinne einer restitutio cum defectum (d.h. einer nicht vollständigen Heilung) aufgrund der unbestritten nicht zu erwartenden Besserung keine hochfrequente Physiotherapie (mehr) erfordert. Mit pract. med. K._____ ist sodann festzuhalten, dass das Modell der individuellen Dosisfindung und Aktivierung der Eigenverantwortung zur Erhaltung des Ist-Zustandes und erst recht der Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausreicht. Dementsprechend kann das von pract. med. K._____ befürwortete Konzept der Reduktion der Physiotherapiesitzungen mit Einmündung in der selbstverantwortlichen Medizinischen Trainingstherapie (MTT) übernommen werden. Nachdem anfänglich aufgrund der widersprechenden Einschätzung von Dr. med. I._____ noch gewisse Zweifel an der Zuverlässigkeit der vertrauensärztlichen (versicherungsinternen) Einschätzung von pract. med. K._____ vom 22. November 2016 (Bg-act. 258) bestanden hatten, überzeugt nun seine auf die wissenschaftliche Literatur hinweisende Stellungnahme vom 4. Januar 2018 vollumfänglich, weshalb ihr voller Beweiswert zukommt. Dagegen erachtet das Gericht die Stellungnahme von Dr. med. I._____ vom 20. November 2017 in Anbetracht der schlüssigen Ausführungen von pract. med. K._____ weniger überzeugend, namentlich wo er ausführt, dass das Konzept von pract. med. K._____ der Frequenzabnahme mit anschliessender Einstellung der Physiotherapie nur Sinn machen könnte, wenn eine

Wiedererlangung der uneingeschränkten Gelenksfunktion zu erwarten wäre. Somit kann auch seiner Schlussfolgerung nicht gefolgt werden, wonach das Konzept von pract. med. K._____ nicht korrekt sein könne, weil hier unter der momentanen Therapie keine Verbesserung eingetreten sei. Denn nach 10 Jahren Physiotherapie ohne dass eine Verbesserung der Situation zu erwarten wäre, kann an der Notwendigkeit einer solchen Therapie nicht länger festgehalten werden, weshalb zur Erhaltung des Ist-Zustandes das Konzept von pract. med. K._____ mit der Reduktion und der anschliessenden Einstellung der Physiotherapie mit Übergang in die eigenverantwortliche Medizinische Trainingstherapie (MTT) gerade in der vorliegenden Konstellation und nicht nur – wie von Dr. I._____ behauptet – wenn die Wiedererlangung der uneingeschränkten Gelenksfunktion zu erwarten wäre, als geboten und ausreichend zu betrachten ist. An diesem Ergebnis ändert auch der Einwand der Beschwerdeführerin, pract. med. K._____ sei als nicht Orthopäde bzw. Traumatologe nicht hinreichend qualifiziert, nichts; denn hier bestehen keine konkreten Hinweise darauf, dass dem beratenden Arzt, mit Facharzttitel in Anästhesiologie, mithin mit Kenntnissen in Schmerztherapie, für die Beurteilung des vorliegenden Falls die notwendigen Kompetenzen fehlten. Auf das von pract. med. K._____ befürwortete, schlüssige und nachvollziehbare Therapieregime kann somit abgestellt werden. e) Schliesslich ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass es bei Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG nur um die Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit und der dafür erforderlichen Massnahmen und nicht um die Frage nach einer medizinischen sinnvollen Behandlung geht. Dr. med. I._____ bestätigt in seiner Stellungnahme vom 20. November 2017 zuhanden des Gerichts nun aber ausdrücklich nicht, dass die dreimal wöchentlich durchgeführte Physiotherapie zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin notwendig ist, sondern er ist der Auffassung, "dass die Physiotherapie [zur Stabilisierung des Ist-Zustandes] sinnvoll und zweckgerichtet ist". Soweit schliesslich der Hausarzt Dr. med. M._____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, im ärztlichen Zeugnis vom 6. Januar 2017 (Bg-act. 281) – ebenso wie die Physiotherapeutin in ihrem Therapiekonzept vom 27. Juni 2016 (Bg-act. 273) – ausführt, dass eine

- 19 - dreimalige Physiotherapie pro Woche plus Training Voraussetzung für die Erhaltung der eingeschränkten Schulterbeweglichkeit seien und eine Medizinische Trainingstherapie (MTT) zu einer Zunahme der Schmerzen führe, so ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. vorne E.4b). Die Ausführungen des Hausarztes und der Physiotherapeutin vermögen die nachvollziehbare Einschätzung des Vertrauensarztes somit nicht zu erschüttern. Nach dem Gesagten ist der angefochtene Entscheid der Beschwerdeführerin, der Beschwerdeführerin keine weiteren Therapieleistungen ab Juli 2017 mehr zu gewähren, somit nicht zu beanstanden. 7. a) Zusammenfassend erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. April 2017 als rechtmässig, weshalb dieser zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. b) Gemäss Art. 61 lit. a ATSG ist das kantonale Beschwerdeverfahren in Sozialversicherungssachen – ausser im Falle leichtsinniger oder mutwilliger Prozessführung – für die Parteien kostenlos. Demnach werden für das vorliegende Beschwerdeverfahren keine Kosten erhoben. Damit wird das Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gegenstandslos. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Demnach erkennt das Gericht:

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