

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/21 vom 28. Dezember 2011**

Sg Versicherungsgericht, 2011-12-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2011\\_21](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2011_21)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/21 du 28 décembre 2011

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/21 del 28 dicembre 2011

## **Regeste**

Art. 10 UVG: Der stationäre Rehabilitationsaufenthalt kann nicht als zweckmässige Behandlung angesehen werden, da auch ambulante Massnahmen erfolgversprechend gewesen wären (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. Dezember 2011, UV 2011/21).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Art. 48 UVG ermächtigt den Versicherer, die nötigen Anordnungen zur zweckmässigen Behandlung des Versicherten zu treffen, das unter Rücksichtnahme auf den Versicherten und seine Angehörigen. Als zweckmässig gelten Behandlungsvorkehren, die wissenschaftlich anerkannt und wirtschaftlich sind. Die Wirtschaftlichkeit wird in Art. 54 UVG umschrieben: "Wer für die Unfallversicherung tätig ist, hat sich in der Behandlung, in der Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln sowie der Anordnung und Durchführung von Heilanwendungen und Analysen auf das durch den Behandlungszweck geforderte Mass zu beschränken". Der Grundsatz der wissenschaftlichen Anerkennung einer ärztlichen Behandlung ist in der obligatorischen Unfallversicherung nicht explizit geregelt. Dennoch wird das Erfordernis der Wissenschaftlichkeit der ärztlichen Tätigkeit auch im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung als selbstverständlich vorausgesetzt (BGE 123 V 59 mit Hinweisen). Bei gleichzeitiger Zweckmässigkeit verschiedener Massnahmen ist das Kriterium der Wirtschaftlichkeit ausschlaggebend. Die Tatsache des Aufenthalts der Versicherten Person in einer Heilanstalt begründet nur dann einen Leistungsanspruch, wenn die Hospitalisierung sachlich gerechtfertigt ist. Dies ist der Fall, wenn sie aus gesundheitlichen Gründen erfolgt, die eine Heilanstaltsbehandlung erfordern (Alexandra Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. 2003, Art. 10 S. 92 mit Hinweisen).

### **E. 2**

2.1 Umstritten ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin eine Kostengutsprache für den stationären Rehabilitationsaufenthalt der Versicherten vom 16. März bis 10. April 2010 in der Klinik D.\_\_\_\_ zu Recht verneint, respektive sich lediglich im Umfang von 10%, entsprechend Fr. 1'424.--, an den Kosten beteiligt hat. Zu prüfen gilt es somit vorab, ob es sich bei der stationären Rehabilitation um eine zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen im Sinn des Gesetzes gehandelt hat. 2.2 Dem Schreiben von Dr. E.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2010 ist zu entnehmen, dass sich die Versicherte auf eigene Initiative zu einem stationären

Rehabilitationsaufenthalt angemeldet habe. Seit dem Auftreten der Muskelzuckungen sei sie auf der Suche nach Heilung. Im Sinn eines Therapeuten- und Doktorhoppings habe sie bisher unzählige Therapiestellen konsultiert, ohne dass sie sich auf eine tragende therapeutische Beziehung oder eine professionelle psychotherapeutische Behandlung habe einlassen können. Auch die Selbstzuweisung in die Klinik D.\_\_\_\_ sei in diesem Kontext zu verstehen. Bezüglich des Skiunfalls sei soweit von einem komplikationslosen Verlauf auszugehen. Nachdem sich die Versicherte zum Entzug der Benzodiazepinabhängigkeit an der Suchtklinik der Psychiatrischen Klinik G.\_\_\_\_ gemeldet habe, sei sie zwecks Beginn einer allenfalls stationären Psychotherapie zu einem Vorgespräch eingeladen worden. Nach diesem Vorgespräch habe sich die Versicherte bei der Klinik D.\_\_\_\_ gemeldet. Dieses Ansinnen sei zu unterstützen, da aktuell noch die Rehabilitation ihrer Schulter anstehe und sie mit ihrer psychiatrischen Vorerkrankung mit ungünstigem Verlauf auch ein grosses Risiko trage, Residuen von ihrem Sportunfall davon zu tragen. Die Versicherte setze ihre Hoffnungen auf die Spezialisierung der Klinik D.\_\_\_\_ in der Neurologie, da sie für ihre Muskelzuckungen eine somatische Ursache und Behandlung suche. Die Ziele des Rehabilitationsaufenthalts seien eine psychiatrische Begleitung und Führung mit Stärkung der Ressourcen und des Realitätsbezugs bezüglich Prognose und Bearbeitung der dissoziativen Störung und eine rheumatologische Rehabilitation der Schulterverletzung (UV-act. 5). Im Schreiben vom 12. März 2010 führte Dr. E.\_\_\_\_ aus, dass sich trotz intensiver Physiotherapie (3x wöchentlich) und einer Bewegungsschiene, wie aufgrund der psychischen Erkrankung befürchtet, ein komplizierter Verlauf bezüglich des Skiunfalls zeige. Eine stationäre Rehabilitation sei daher dringend indiziert, da unter ambulanter Behandlung die Schulter nicht aktiv mobilisiert werden könne, was einen invalidisierenden Verlauf vorzeichnen würde (UV-act. 10). Im Gesuch um Verlängerung der Kostengutsprache für weitere zwei Wochen vom 24. März 2010 teilte die Klinik D.\_\_\_\_ mit, dass die Versicherte vom intensivierten aktiven Programm sehr gut profitieren könne, weshalb die Weiterführung einer intensiven stationären Betreuung zur weiteren Verbesserung der Gelenksbeweglichkeit und zum Abbau des muskulären Hypertonus, speziell auch mit Wassertherapie, als unbedingt angezeigt erachtet werde (UV-act. 13). Im Austrittsbericht der Klinik D.\_\_\_\_ wurde u.a. ausgeführt, dass unter Durchführung eines multimodalen Therapieansatzes mit Einzelphysiotherapie, Wassertherapie, Ergotherapie, Selbsttraining und Beckenbodentraining, andernteils aber auch mit detonisierenden passiven Massnahmen wie Fango, Massage und Fussreflexzonen-therapie, die Ziele grösstenteils hätten erreicht werden können. Rekreative Massnahmen und Tanztherapie hätten das Programm ergänzt (UV-act. 20). Im Schreiben vom 1. Juni 2010 teilte die Klinik D.\_\_\_\_ mit, dass der stationäre Rehabilitationsaufenthalt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Skiunfall vom 9. Januar 2010 zurückzuführen sei. Die Hauptziele des Aufenthalts seien eine Verbesserung des Arm-Handgebrauchs und der Funktionsfähigkeit der linken Schulter und Hand gewesen (UV-act. 24 S. 2). Dr. F.\_\_\_\_ führte im Schreiben vom 29. September 2010 im Wesentlichen aus, dass sich eine Prothesenversorgung im Schultergelenksbereich, die primär zur Schmerzlinderung und sekundär zur Erhaltung einer Restbeweglichkeit indiziert gewesen sei, grundsätzlich unter ambulanter physiotherapeutischer Kontrolle behandeln lasse. Die Hospitalisation in der Rehaklinik sei demnach nicht primär aus unfallmedizinischen Gründen, sondern aus subjektiven, der Versicherten zugehörigen Überlegungen, erfolgt. Die Hospitalisation sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die neuropsychiatrischen Leiden der Versicherten zurückzuführen. Das im Austrittsbericht der Klinik D.\_\_\_\_ erwähnte Spektrum

von Therapien habe wenig mit Schulterrehabilitation gemeinsam. So dürfte die Ergotherapie, das Selbsttraining, das Beckenbodentraining, die Fussreflexzonen-therapie sowie auch die Tanztherapie wenig bis gar keinen Nutzen für die Schulterbeweglichkeit gezeitigt haben. Vielmehr sei der sogenannte multimodale Therapieansatz zur Behandlung des Grundmorbus (Depression, dissoziative Störungen mit Bewegungsstörung mit choreatiformen dystonen Bewegungen, andauernde Persönlichkeitsveränderung DD: posttraumatisch anhaltende psychosoziale Belastungssituation) erfolgt. Die Aufenthalte, die bereits früher schon in entsprechenden Kliniken stattgefunden hätten, würden auf das stete Fortschreiten des Grundmorbus hinweisen, der unter Umständen in einer späteren Phase einer permanenten stationären Behandlung bedürfe. Das Unfallereignis scheine im Gesamtkontext eine sekundäre Rolle zu spielen. Der stationäre Aufenthalt sei aus medizinischer Sicht bezüglich der Schultermobilisation nicht gewinnbringend und unnötig gewesen. Mit einer Schulterprotheseneinlage würden sich primär die Schmerzen im Schulterbereich bessern lassen. Die aktive Beweglichkeit bleibe erfahrungsgemäss eingeschränkt. Ebenso sei die Kraftanwendung der entsprechenden oberen Extremität mit Prothesenversorgung meist permanent deutlich eingeschränkt. Eine ambulante gezielte Physiotherapie mit Muskelkräftigung sowie aktiver und passiver Mobilisationstherapie sei ebenso erfolgversprechend (UV-act. 37).

2.3 Die medizinischen Akten belegen unbestrittenermassen, dass die Versicherte an unfallbedingten Beschwerden leidet, welche Behandlungen erforderten und weiterhin erfordern. Sodann ist aktenkundig ausgewiesen, dass während des stationären Aufenthalts in D.\_\_\_\_ neben krankheitsbedingten auch unfallbedingte Beschwerden therapiert wurden. Unter Berücksichtigung der gesamten medizinischen Aktenlage erscheint allerdings die Schlussfolgerung von Dr. F.\_\_\_\_, wonach für eine adäquate Versorgung der unfallbedingten Beschwerden nicht zwingend eine stationäre Rehabilitation angezeigt, sondern eine gezielte ambulante Physiotherapie ebenso erfolgversprechend gewesen wäre, als nachvollziehbar und plausibel. Dr. F.\_\_\_\_ hat in seiner Beurteilung die relevanten Vorakten mitberücksichtigt und zu abweichenden Meinungen hinreichend Stellung genommen. Allein aufgrund der Aussage, dass es während des stationären Aufenthalts zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands gekommen sei, kann noch nicht von einer stationären Rehabilitationsbedürftigkeit ausgegangen werden, da die Verbesserung (wohl allenfalls) auch durch ambulante Massnahmen hätte erreicht werden können. Zudem fällt vorliegend ins Gewicht, dass sich die Versicherte auf eigene Initiative hin zum stationären Aufenthalt angemeldet hat. Selbst dem Schreiben ihrer Hausärztin Dr. E.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2010 ist keine eindeutige Notwendigkeit einer unfallbedingten stationären Rehabilitation zu entnehmen. Vielmehr wird die Selbsteinweisung der Versicherten dahingehend interpretiert, dass sie sich aus krankheitsbedingten Gründen zu einer stationären Rehabilitation entschieden habe. Erst nach erstmaliger Ablehnung der beantragten Kostengutsprache haben sich Dr. E.\_\_\_\_ sowie die Klinik D.\_\_\_\_ für die Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts ausgesprochen. Diesbezüglich gilt es rechtsprechungsgemäss der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte und behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b.cc). Unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der stationäre Aufenthalt nicht als zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen im Sinn des Gesetzes angesehen werden kann, weshalb die Beschwerdegegnerin die Kostengutsprache grundsätzlich zu Recht verneint hat. Aufgrund der fehlenden Notwendigkeit für einen stationären Rehabilitationsaufenthalt erübrigen sich

weitere Ausführungen zur Frage, ob die durchgeführten Therapiemassnahmen mehrheitlich der Behandlung der krankheits- oder unfallbedingten Beschwerden gedient haben. 2.4 Mit der Übernahme von 10% der Kosten des stationären Aufenthalts werden die eingesparten ambulanten Kosten für die Behandlung, insbesondere Physiotherapie, der unfallbedingten Beschwerden ausreichend entschädigt, was im Übrigen von der Beschwerdeführerin auch nicht explizit in Frage gestellt wird, weshalb diesbezüglich auf die schlüssigen Ausführungen der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid verwiesen werden kann.

### **E. 3**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 14. Februar 2011 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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