

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2021/18 vom 21. Februar 2022**

Sg Versicherungsgericht, 2022-02-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2021\\_18](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2021_18)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2021/18 du 21 février 2022

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2021/18 del 21 febbraio 2022

## **Regeste**

Prüfung von Heilbehandlungskosten. Die verweigerte Auszahlung derselben erfolgte bei Verletzung der Auskunft- und Mitwirkungspflicht (vorerst) zu Recht. Teilweise Gutheissung der Beschwerde. Im Übrigen Abweisung, soweit darauf eingetreten wurde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Februar 2022, UV 2021/18).

## **Volltext**

Entscheid vom 21. Februar 2022 Besetzung Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi Geschäftsnr. UV 2021/18 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt Mit Verfügung vom 20. Dezember 2016 (Suva-act. I-313), bestätigt im Einspracheentscheid vom 13. September 2017 (Suva-act. I-328), sprach die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) für die Unfälle vom 5. April 2002 und 21. April 2007 (vgl. dazu den Sachverhalt im Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. April 2019, UV 2017/79) ab 1. Januar 2009 folgende Behandlungskosten zu: gelegentliche Kontrollen beim Hausarzt (ein- bis zweimal jährlich), Behandlung in der Handchirurgie bei Bedarf (maximal ein bis zwei jährliche Kontrollen), Schmerzmittel (z.B. Mephadolor oder Ponstan) in geringer Dosierung (circa eine bis vier Tabletten), Kosten für ein Jahresabo im Bäderteil des B.\_\_\_\_ (Suva-act. I-313). Dieser Leistungsanspruch wurde, soweit angefochten, bestätigt (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts vom 30. April 2019, UV 2017/79, E. 8.1 [Suva-act. I-359]; vgl. ferner Urteil des Bundesgerichts vom 14. Januar 2020, 8C\_402/2019, E. 4.2.3 [Suva-act. I-360]). Am 2. April 2020 ersuchte der Versicherte die Suva unter anderem um Überweisung von Fr. 10'693.75 für Arztrechnungen ab 2009 sowie von Fr. 9'733.-- für die Abonnemente des B.\_\_\_\_ ab 2009. Mit seiner Eingabe reichte er Rückforderungsbelege bezüglich Behandlungen bei Dr. med. C.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin / Orthopädie FMH, ein (Suva-act. I-362). Mit Schreiben vom 1. Mai 2020 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass betreffend Rückforderung der Arzt- und Spitalkosten noch weitere Unterlagen benötigt würden, welche direkt von den zuständigen Stellen eingefordert würden. Nach deren Eingang würden die Rückforderungen geprüft (Suva-act. I-372). Mit Schreiben vom 12. Juni 2020 ersuchte die Suva den Versicherten um Zustellung weiterer Rückforderungsbelege (Suva-act. I-384). Am 19. Juni 2020 reichte der Versicherte eine Stellungnahme, Zahlungsbelege sowie weitere Unterlagen ein (Suva-act. I-385). Mit Schreiben vom 7. Juli 2020 bestätigte die Suva, dass dem Versicherten eine Rückzahlung

für die Bäder-Abos B.\_\_\_\_ 2009 bis 2020 in Höhe von Fr. 9'733.-- zustehen. Dieser Betrag werde überwiesen, sobald der Versicherte die Bestätigungen bzw. die Quittungen einreiche, welche belegen würden, dass die Abos gelöst worden seien. Auch die Rechnung des Kantonsspitals St. Gallen vom 25. Februar 2019 (wobei es sich tatsächlich um die Rechnung vom 19. Februar 2019 handelt; vgl. Suva-act. I-388-39) über Fr. 1'163.60 und die Rechnung von Dr. C.\_\_\_\_ vom 1. April 2020 über Fr. 140.20 könnten zweifelsfrei den Unfällen (Schulter / Hand) zugewiesen werden. Allerdings sei nicht ersichtlich, ob diese Kosten durch die Krankenkasse übernommen worden seien. Daher müsse man zuerst die Bestätigung haben, dass diese Kosten nicht vergütet oder gegebenenfalls storniert worden seien. Bei den übrigen in Rechnung gestellten Forderungen sei zum grossen Teil unklar, ob es sich dabei um die Behandlung von Unfallfolgen gehandelt habe bzw. es hätten keine Unterlagen gefunden werden können. Sowohl von der Klinik D.\_\_\_\_ wie auch vom Zentrum E.\_\_\_\_ habe man zudem die Mitteilung erhalten, dass zu den fraglichen Zeiten keine Behandlungen erfolgt seien. Zur Prüfung, ob weitergehende unfallbedingte Behandlungen erfolgt seien, werde der Versicherte gebeten, besorgt zu sein, dass die Rechnungen durch die Leistungserbringer direkt der Suva in Rechnung gestellt würden. Gleichzeitig wären diese bei der Krankenkasse zu stornieren. Es werde dann geprüft, ob ein Zusammenhang mit den Unfällen vorliege. Für alle künftigen Behandlungsmassnahmen würde die direkte Rechnungstellung der Leistungserbringer an die Suva erwartet. Dann werde die Leistungspflicht im Rahmen des Anspruchs geprüft (Suva-act. I-386). Am 23. Juli 2020 reichte der Versicherte beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen eine Rechtsverweigerungsbeschwerde ein (Suva-act. I-388 f.). Am 14. August 2020 verfügte die Suva im Sinne der Mitteilung vom 7. Juli 2020 (vgl. vorstehende lit. A.c; Suva-act. I-390). Dagegen erhob der Versicherte am 17. August 2020 Einsprache (Suva-act. I-391). Mit Verfügung vom 26. August 2020 zog die Suva die Verfügung vom 14. August 2020 zurück und sprach dem Versicherten für die Jahresabos im Bäderteil des B.\_\_\_\_ Fr. 5'993.-- zu. Im Weiteren bestätigte sie einen Anspruch bezüglich der Rechnung des Kantonsspitals St. Gallen vom 19. Februar 2019 über Fr. 1'163.60 und der Rechnung von Dr. C.\_\_\_\_ vom 1. April 2020 über Fr. 140.20. Ebenfalls als unfallkausal würden die Rechnungen von Dr. med. F.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, vom 2. Oktober 2009 über Fr. 433.--, vom 13. Juli 2020 über Fr. 102.25, vom 30. Dezember 2010 über Fr. 94.75, vom 30. November 2010 über Fr. 330.70 und vom 4. August 2010 über Fr. 309.65 qualifiziert. Auch die Rechnung des E.\_\_\_\_ vom 26. September 2011 wurde als unfallbedingt akzeptiert. Diesbezüglich bestehe auch ein Rückforderungsanspruch. Allerdings sei nicht ersichtlich, ob diese Kosten durch die Krankenkasse übernommen worden seien. Eine Zahlung könne erst erfolgen, wenn die Bestätigung der Krankenkasse vorliege, dass die Kosten nicht vergütet worden seien. Zwecks Vornahme der entsprechenden Abklärungen und auch für die zukünftige Koordination werde der Versicherte ersucht, den Namen seiner Krankenkasse bekannt zu geben. Bei den übrigen in Rechnung gestellten Forderungen sei eine Behandlung von Unfallfolgen nicht ausgewiesen. Zudem würden die Rechnungen der Klinik D.\_\_\_\_ Behandlungen aus dem Jahr 2006 betreffen, was ausserhalb der Rückforderungsperiode liege (Suva-act. I-393). Am 31. August 2020 erhob der Versicherte Einsprache gegen die Verfügung vom 26. August 2020 (Suva-act. I-396). Mit Entscheid vom 9. November 2020 schrieb das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die Rechtsverweigerungsbeschwerde zufolge Gegenstandslosigkeit ab (UV 2020/54; Suva-act. I-399). Am 30. November 2020 wandte sich die Suva an die Innova Versicherungen AG als letzte bekannte Krankenversicherung des Versicherten (Suva-act. I-400). Am 11. Dezember

2020 führte die Innova Versicherungen AG aus, dass sie bereits seit Jahren nur noch Zusatzversicherungen anbiete. Die KVG-Kunden seien von der Visana (Vivacare) übernommen worden (Suva-act. I-401). Von der Visana erhielt die Suva am 14. Dezember 2020 die Mitteilung, dass der Versicherte nicht bei ihr versichert sei (Suva-act. I-402). Mit Entscheid vom 2. Februar 2021 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. I-409). Gegen den Einspracheentscheid vom 2. Februar 2021 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 1. März 2021 Beschwerde. Die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, die Arztrechnungen in Höhe von Fr. 10'693.75, alle B.\_\_\_\_-abos ab dem Jahr 2009 in Höhe von Fr. 9'733.-- und die Arztrechnung der Klinik D.\_\_\_\_ in Höhe von Fr. 1'896.85 zu bezahlen. Im Weiteren machte der Beschwerdeführer geltend, dass die Ansprüche (Heilbehandlungsleistungen, Rentenbetreffnisse, Integritätsentschädigung) nie "verjähren" könnten und dies zu korrigieren sei. Letztlich beantragte der Beschwerdeführer eine Verhandlung, damit er an Ort und Stelle (nochmals) die Arztquittungen dem Gericht vorlegen könne (act. G 1). Mit Stellungnahme vom 23. April 2021 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine umfassende Beschwerdeantwort, beantragte die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei, und verwies auf die Begründung im Einspracheentscheid (act. G 3). Am 4. Mai 2021 reichte der Beschwerdeführer Akten ein (act. G 5). Am 25. Juni 2021 sprach er – anstelle einer Verhandlung (vgl. act. G 4) – beim Versicherungsgericht vor und übergab weitere Unterlagen (act. G 6). Er habe sämtliche Rechnungen selber bezahlt, weil sie mit der Krankenversicherung nichts zu tun gehabt hätten. Den Namen der Krankenkasse behalte er für sich. Wenn die Beschwerdegegnerin behauptete, er wolle sich bereichern, dann solle sie das belegen (vgl. die Gesprächsnotiz in act. G 7). Die Akten und die Gesprächsnotiz wurden der Beschwerdegegnerin zur allfälligen Stellungnahme zugestellt (act. G 8). Davon machte die Beschwerdegegnerin keinen Gebrauch, erneuerte indes mit Eingabe vom 27. August 2021 den Antrag auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei (act. G 9). Mit Schreiben vom 10. Januar 2022 forderte das Versicherungsgericht den Beschwerdeführer auf, seine Krankenkasse(n) für die im vorliegenden Verfahren relevante Zeitspanne (2009 bis 2021) bis am 10. Februar 2022 bekannt zu geben, ansonsten die Nichtauszahlung der geschuldeten Kosten voraussichtlich als korrekt beurteilt und die Beschwerde voraussichtlich in diesem Punkt abgewiesen würde (act. G 11). Am 28. Januar 2022 reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme ein. Seine Krankenkasse(n) gab er weiterhin nicht bekannt (act. G 12). Auf die weiteren Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens (zum Anfechtungsgegenstand siehe BGE 131 V 164 f. E. 2.1) ist der Einspracheentscheid vom 2. Februar 2021 (Suva-act. I-409). Diesem liegt die Verfügung vom 26. August 2020 zugrunde (Suva-act. I-393). In der Verfügung und im Einspracheentscheid befand die Beschwerdegegnerin über die Heilbehandlungsleistungen ab 1. Januar 2009 (bis zum Erlass des Einspracheentscheids) bzw. deren Höhe und Auszahlung. Allein dies bildet den Anfechtungsgegenstand und auf die Begehren, die sich nicht auf Heilbehandlungsleistungen ab 1. Januar 2009 beziehen, ist nicht einzutreten. Das gilt sowohl für die geltend gemachten Heilbehandlungsleistungen vor dem Jahr 2009 (inkl. Fahrtkosten sowie Kosten für die Abonnemente im Bäderteil des B.\_\_\_\_) bzw. allfällige Heilbehandlungsleistungen nach Erlass des Einspracheentscheids (vgl. dazu act. G 0) als auch bezüglich der Anträge des Beschwerdeführers, dass ihm noch "Lohnzahlungen" (gemeint wohl eine höhere Rente oder eine Kompensation für bezogene Ferientage), ein

Anspruch auf Auszahlung der Integritätsentschädigung sowie eine höhere Rente ab 1. Januar 2021 (act. G 12) zuständen. Zu erwähnen bleibt, dass bezüglich Verwirkung einzelner Rentenbetreffnisse und des Anspruchs auf die Integritätsentschädigung aus dem ersten Unfall rechtskräftige Entscheide des Versicherungsgerichts und des Bundesgerichts vorliegen und keine Revisionsgründe ersichtlich sind. Der Beschwerdeführer macht geltend, es seien ihm, nebst den von der Beschwerdegegnerin gewährten, weitere ärztliche Behandlungskosten (sowie damit verbundene Fahrtkosten) im Total von Fr. 10'693.75 zu ersetzen und auch ohne Angabe seines Krankenversicherers auszusahlen. Im Übrigen seien ihm für die Kosten der Abonnemente des B. \_\_\_ nicht Fr. 5'993.--, sondern Fr. 9'733.-- zu ersetzen. Zum einen ist damit die Höhe der zu ersetzenden Heilbehandlungskosten (inklusive Fahrtkosten zum Behandlungsort und Jahresabonnementskosten des B. \_\_\_) strittig (vgl. dazu nachfolgende E. 3), zum anderen die (verweigerte) Auszahlung der Heilbehandlungskosten im engeren Sinne (vgl. dazu nachfolgende E. 4). Vorab steht zur Prüfung, welche ärztlichen Behandlungen durch die Beschwerdegegnerin zufolge rechtsgenügenden Nachweises einer Unfallkausalität grundsätzlich zu tragen sind. Die Beschwerdegegnerin anerkennt einen Anspruch für die Leistungen des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) gemäss Rechnung vom 19. Februar 2019 in Höhe von Fr. 1'163.60 (Suva-act. I-388-39 f.), für die Behandlungen von Dr. C. \_\_\_ gemäss Rechnung vom 1. April 2020 in Höhe von Fr. 140.20 (Suva-act. I-388-47), für die Behandlung im E. \_\_\_ gemäss Rechnung vom 26. September 2011 in Höhe von Fr. 861.60 (Suva-act. I-388-34, wobei die Kosten im Zusammenhang mit der Betreuung, welche nicht die eigentliche Behandlung betreffen, nicht vom Unfallversicherer zu tragen sind [Suva-act. I-388-33]) sowie für die Behandlungen von Dr. F. \_\_\_ gemäss Rechnung vom 2. Oktober 2009 über Fr. 433.-- (Suva-act. I-388-26), Rechnung vom 13. Juli 2020 über Fr. 102.25 (Suva-act. I-388-28), Rechnung vom 30. Dezember 2010 über Fr. 94.75 (Suva-act. I-388-30), Rechnung vom 30. November 2010 über Fr. 330.70 (Suva-act. I-388-31) und Rechnung vom 4. August 2010 über Fr. 309.65 (Suva-act. I-388-32). Insgesamt resultiert damit ein Anspruch für Heilbehandlungsleistungen in Höhe von Fr. 3'435.75. Im weiteren Umfang lehnt die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht mangels Unfallkausalität der Behandlungen, mangels Nachweises von Behandlungen allgemein sowie mangels Behandlungen im relevanten Zeitraum ab 1. Januar 2009 ab. Die Behandlungen bzw. Kosten, welche vor dem 1. Januar 2009 stattgefunden haben bzw. angefallen sind, bilden – wie erwähnt – nicht Anfechtungsgegenstand. Dazu zählen die Arztrechnungen der Klinik D. \_\_\_ in beantragter Höhe von Fr. 1'896.85 aus dem Jahr 2006 (Suva-act. I-388-14, 42 ff.) sowie die Fahrtkosten zum Spital G. \_\_\_ in geltend gemachter Höhe von Fr. 61.20 aus dem Jahr 2006 (Suva-act. I-388-14, 62 f.). Bezüglich der Arztrechnung von Dr. F. \_\_\_ von Fr. 319.75 (Suva-act. I-388-14) fehlt es an einem Beleg (Suva-act. I-388-24) oder einer Bestätigung seitens des Arztes, weshalb diese Kosten mangels rechtsgenügenden Nachweises einer unfallkausalen Behandlung nicht zu ersetzen sind. Dasselbe gilt für die Kosten von Fr. 1'561.05 betreffend geltend gemachter Behandlung im KSSG vom 26. November 2012 (Suva-act. I-388-14, 29, wobei die über die Behandlung hinausgehenden, das Inkasso betreffenden Kosten ohnehin nicht vom Unfallversicherer zu tragen wären). Nicht nachgewiesen sind im Weiteren die "4 verschiedenen Arzttermine à Fr. 50.80" (Suva-act. I-388-14). Bezüglich der Behandlungskosten gemäss Rechnung des KSSG vom 25. Januar 2019 in Höhe von Fr. 1'000.20 (Suva-act. I-388-36 f.: u.a. MRI der Wirbelsäule) und gemäss Rechnung von Dr. C. \_\_\_ vom 1. April 2020 (Suva-act. I-388-48 f., "Unfalldatum 10. Juli 2019") fehlt es, wie die Beschwerdegegnerin richtig ausführt, am

Nachweis von Behandlungen aufgrund eines der erwähnten Unfälle aus den Jahren 2002 und 2007. Anders sieht es bezüglich der beantragten Kostentragung in Bezug auf die Rechnung des KSSG vom 14. März 2019 in Höhe von Fr. 694.25 aus. Anlässlich jener Konsultation vom 4. Dezember 2018 ging es um die Behandlung der linken Hand (Suva-act. I-388-41: Unfalldatum 5. April 2002, Diagnose Hand li). Diese Kosten beschlagen dementsprechend Unfallfolgen und sind von der Beschwerdeführerin zu ersetzen. Dasselbe gilt für die Behandlungen gemäss Rechnungen vom 15. März 2010 bei Dr. F.\_\_\_\_ in Höhe von Fr. 217.70 und Fr. 186.10 (act. G 5.15 f.). Auch diesfalls adressierten die Behandlungen Folgen aus einem versicherten Unfallereignis (Unfalldatum 21. April 2007). Es resultiert damit ein Anspruch für ärztliche Behandlungen in Höhe von Fr. 4'533.80 (Fr. 3'435.75 + Fr. 1'098.05). Im Weiteren beantragt der Beschwerdeführer die Übernahme von privaten Fahrtkosten in Höhe von 46 x Fr. 19.20 (insgesamt Fr. 883.20) für unfallkausale Behandlungen in St. Gallen sowie von Fr. 112.-- für den unfallkausalen Arzttermin in E.\_\_\_\_ (Suva-act. 388-14). Nach Art. 13 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden die notwendigen Reise-, Transport- und Rettungskosten vergütet. Gemäss Empfehlung der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG Nr. 1/94 Kostenvergütungen (Rettungs-, Bergungs-, Reise- und Transportkosten, Unterkunfts- und Verpflegungskosten), in der Fassung vom 16. November 2018 (nachfolgend: Ad-hoc-Kommission), haben sich Ersatzansprüche auf Auslagen zu beschränken, die ohne Unfall nicht entstanden wären (Ziff. 4.1). Ausgewiesen sind Reisekosten zu den unfallbedingten Behandlungen vom 9., 12. und 18. Oktober 2018 (Suva-act. I-388-39 f.) sowie vom 4. Dezember 2018 (Suva-act. I-388-41) nach St. Gallen ins Kantonsspital sowie vom 22. August 2011 ins E.\_\_\_\_ (Suva-act. I-388-34). Daraus resultieren Ersatzansprüche für Fahrtkosten mit einer Distanz von 464 Kilometer (4 x 46 Kilometer [H.\_\_\_\_ – I.\_\_\_\_ – H.\_\_\_\_] + 1 x 280 Kilometer [H.\_\_\_\_ – E.\_\_\_\_ – H.\_\_\_\_]) bzw. Fr. 278.40 (464 Kilometer x Fr. 0.60 [vgl. Ad-hoc-Kommission Ziff. 5.4]). Zwar werden grundsätzlich Kosten für die Benutzung des Öffentlichen Verkehrs vergütet (vgl. Ad-hoc-Kommission Ziff. 5.1). Nachdem indes die Kosten des Öffentlichen Verkehrs die Kosten des Privatautos übersteigen, rechtfertigt sich die Kostenübernahme für die Benutzung des privaten Fahrzeugs. Die im Weiteren zu entschädigenden Behandlungen bei Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ führten zu keinen weiteren Reisekosten, nachdem sich deren Praxen am Wohnort des Beschwerdeführers befinden. Zur Beurteilung steht ferner die Höhe der zu entschädigenden Kosten für die Jahresabonnemente im Bäderteil des B.\_\_\_\_ ab Januar 2009. Im Recht liegen Vertragsbestätigungen für das Jahr 2020 Abo Bad + Sauna 12 Monate in Höhe von Fr. 1'090.-- (Suva-act. I-388-50), für das Jahr 2019 Abo Bad + Sauna 12 Monate in Höhe von Fr. 981.-- (Suva-act. I-388-51), für das Jahr 2018 Abo Bad + Sauna 12 Monate in Höhe von Fr. 981.-- (Suva-act. I-388-52), für das Jahr 2017 Abo Bad Erwachsene 12 Monate in Höhe von Fr. 801.-- (Suva-act. I-388-53), für das Jahr 2016 Bad + Sauna Erwachsene 12 Monate in Höhe von Fr. 890.-- (Suva-act. I-388-54), für Juni 2014 bis Juni 2015 Bad + Sauna Erwachsene 12 Monate in Höhe von Fr. 840.-- (Suva-act. I-388-55), für Oktober 2009 bis Oktober 2010 Bad + Sauna Erwachsene 12 Monate in Höhe von Fr. 840.-- (Suva-act. I-388-56), für Oktober 2008 bis Oktober 2009 Bad + Sauna Erwachsene 12 Monate in Höhe von Fr. 840.-- (Suva-act. I-388-57) sowie für Oktober 2007 bis Oktober 2008 Bad + Sauna Erwachsene 12 Monate in Höhe von Fr. 840.-- (Suva-act. I-388-58), insgesamt Fr. 8'103.--. Der Beschwerdeführer beantragt einen Anspruch in Höhe von Fr. 9'733.-- (Suva-act. I-388-15). Insgesamt löste der Beschwerdeführer im relevanten Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis und mit dem Jahr 2020 acht Jahresabonnemente für grösstenteils Bad und Sauna.

Ein Anspruch besteht indes nur für den Bäderteil. Die Abklärung der Beschwerdegegnerin beim B. \_\_\_ hat ergeben, dass das Jahresabonnement für den Bäderteil ohne Sauna in den Jahren 2009 bis 2014 Fr. 640.--, in den Jahren 2015 und 2016 Fr. 690.--, in den Jahren 2017 bis 2019 Fr. 801.-- und im Jahr 2020 Fr. 980.-- betragen hat (Suva-act. I-392). Diese Auskünfte sind nicht in Zweifel zu ziehen. Entsprechend resultiert im relevanten Zeitraum ein Anspruch in Höhe von Fr. 5'993.-- (Fr. 640.-- für 2009 + Fr. 640.-- für 2009/2010 + Fr. 640.-- für 2014/2015 + Fr. 690.-- für 2016 + Fr. 801.-- für 2017 + Fr. 801.-- für 2018 + Fr. 801.-- für 2019 + Fr. 980.-- für 2020). Anerkanntermassen hat die Beschwerdegegnerin davon das Abonnement für das Jahr 2017 in Höhe von Fr. 801.-- bereits bezahlt (Suva-act. I-388-15, act. G 1.2). Damit reduziert sich der Betrag auf Fr. 5'192.-- (Fr. 5'993.-- - Fr. 801.--). Bezüglich der geltend gemachten Rückerstattung für weitere unfallkausale Kosten im Zusammenhang mit den im B. \_\_\_ in Anspruch genommenen Leistungen misslingt dem Beschwerdeführer mangels Nachweises durch Quittungen der Beweis, dass in diesem Zeitraum auch tatsächlich Kosten entstanden sind. Zusammengefasst ist festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer aus Heilbehandlung (inkl. Fahrten zu den Behandlungen sowie Jahresabonnemente für den Bäderteil des B. \_\_\_) ab 1. Januar 2009 bis Ende 2020 bzw. bis zum Erlass des Einspracheentscheids grundsätzlich ein Anspruch von Fr. 10'004.20 zusteht (Fr. 4'533.80 für unfallkausale Behandlungen + Fr. 278.40 für nachgewiesene Fahrspesen zu den unfallkausalen Behandlungen + Fr. 5'192.-- für die Jahresabonnemente für den Bäderteil des B. \_\_\_ ab 2009 bis 2020). Damit ist die Beschwerde im Umfang von Fr. 575.45 (geschuldete Leistungen: Fr. 10'004.20 minus anerkannte Leistungen: Fr. 3'435.75 + Fr. 5'993.-- [Fr. 9'428.75]; vgl. dazu vorstehende E. 3.2 ff.) gutzuheissen, im weiteren Umfang abzuweisen. Die Fahrspesen in Höhe von Fr. 278.40 sowie die Jahresabonnementskosten in Höhe von Fr. 5'192.-- sind dem Beschwerdeführer, soweit noch nicht passiert, von der Beschwerdegegnerin auszuführen. Dies wird seitens der Beschwerdegegnerin grundsätzlich auch nicht in Frage gestellt. Uneinigkeit besteht hingegen darüber, ob auch die unfallkausalen Behandlungen in Höhe von Fr. 4'533.80 dem Beschwerdeführer auszuführen sind. Der Beschwerdeführer beantragt dies, die Beschwerdegegnerin verweigert die Auszahlung dieses grundsätzlich anerkannten Anspruchs mangels Kenntnis der Krankenkasse des Beschwerdeführers bzw. zufolge Gefahr einer Doppelzahlung. Sie tut dies zu Recht, wie sich im Folgenden zeigt. Zwar hat es die Beschwerdegegnerin unterlassen, den Beschwerdeführer vorab in Anwendung von Art. 43 Abs. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) auf die Rechtsfolgen der Auskunfts- und Mitwirkungspflichten hinzuweisen. Dies wurde indes im Beschwerdeverfahren nachgeholt (act. G 11) und damit der Mangel geheilt. Begründet ein Versicherungsfall einen Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen, bestehen aber Zweifel darüber, welche Sozialversicherung die Leistungen zu erbringen hat, so kann die berechtigte Person Vorleistung verlangen. Vorleistungspflichtig ist die Krankenversicherung für Sachleistungen und Taggelder, deren Übernahme durch die Krankenversicherung, die Unfallversicherung, die Militärversicherung oder die Invalidenversicherung umstritten ist (Art. 70 Abs. 1 und 2 lit. a ATSG). Gestützt auf diese Bestimmungen besteht eine Vorleistungspflicht seitens der Krankenkasse gegenüber der Unfallversicherung für Heilbehandlung. Sofern Vorleistungen für die genannten unfallkausalen Leistungen von der Krankenkasse des Beschwerdeführers erbracht wurden, hat die Beschwerdegegnerin diese der Krankenversicherung zurückzuerstatten (Art. 71 ATSG). Die Krankenkasse des Beschwerdeführers ist nicht bekannt und wird von diesem – aus welchen Gründen auch

immer – in Verletzung der Auskunfts- und Mitwirkungspflichten (vgl. dazu bereits E. 8.2 im Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. April 2019, UV 2017/79) und nach förmlicher Androhung der Säumnisfolgen auch dem Gericht nicht bekanntgegeben (vgl. act. G 7, G 11 f.). Die veranlassten Abklärungen der Beschwerdegegnerin führten zu keinem Ergebnis (Suva-act. I-400 ff.). Damit kann nicht geklärt werden, ob unfallkausale Behandlungskosten bereits von der Krankenkasse des Beschwerdeführers im Sinne von Vorleistungen übernommen wurden. Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin zur allfälligen Vermeidung von Doppelzahlungen zu Recht darauf verwiesen, dass die Auszahlung der unfallkausalen Behandlungskosten erst erfolgen könne, wenn die Krankenkasse bekannt sei und eine Bestätigung vorliege, dass diese die Kosten nicht bereits vergütet hat. Die Beschwerde ist damit in diesem Punkt abzuweisen. Es steht dem Beschwerdeführer jederzeit frei, der Beschwerdegegnerin für den relevanten Zeitraum seine Krankenkasse(n) bekannt zu geben, so dass die Beschwerdegegnerin die notwendigen Abklärungen veranlassen kann. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 2. Februar 2021 aufzuheben und die Beschwerde insofern teilweise gutzuheissen, als festzustellen ist, dass dem Beschwerdeführer für Heilbehandlung (inkl. Fahrten zu den Behandlungen sowie Jahresabonnemente für den Bäderteil des B.\_\_\_\_) ab 1. Januar 2009 bis Ende 2020 bzw. bis zum Erlass des Einspracheentscheids ein Anspruch von Fr. 10'004.20 zusteht. Im Übrigen ist die Beschwerde im Sinne der Erwägungen abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im UVG keine zu erheben (vgl. dazu Art. 61 lit. f bis ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 2. Februar 2021 teilweise gutgeheissen und dem Beschwerdeführer werden für die geltend gemachten Heilbehandlungen und Spesen Fr. 10'004.20 zugesprochen, wobei ihm im Sinne der Erwägungen davon Fr. 4'533.80 einstweilen nicht auszubezahlen sind. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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