

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00140 vom 29. November 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-11-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00140

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00140 du 29 novembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00140 del 29 novembre 2017

Erwägungen

E. 1.1

Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu und sind allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen, geht die Unfallversicherung zur Berentung über, wenn der Unfall eine Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) hin terlässt (Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG] e contrario; BGE 116 V 41 E. 2c). Dem Rentenbezüger werden Heilbehandlungsleistungen gemäss Art. 21 Abs. 1 UVG nur noch unter bestimmten Voraussetzungen ausgerichtet.

E. 1.2

Nach Art. 21 Abs. 1 UVG werden nach der Festsetzung der Rente dem Bezüger die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen (vgl. Art. 10-13 UVG) gewährt, wenn er:

a. an einer Berufskrankheit leidet; b.

unter einem Rückfall oder an Spätfolgen leidet und die Erwerbsfähigkeit durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann; c.

zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf; d.

erwerbsunfähig ist und sein Gesundheitszustand durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann.

E. 1.3

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV]). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die

geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

Dagegen liess der Versicherte mit Eingabe vom 2. Juni 2016 (Urk. 1) Beschwerde erheben mit folgendem Antrag: In Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer auch nach dem 31. Dezember 2015 weiterhin wie bisher die Kosten für die wöchentliche Physiotherapie-Behandlung zu übernehmen; unter Entschädigungsfolgen (zzgl. MWSt) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Die Suva schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 7. Juli 2016 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde. Replicando und duplicando hielten die Parteien an den gestellten Anträgen fest (Urk. 9 und 12).

Auf die Ausführungen der Parteien ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte den Anspruch des Beschwerdeführers auf Erstattung der Kosten für die wöchentlichen Physiotherapie-Behandlungen ab 1. Januar 2016 im angefochtenen Einspracheentscheid vom 11. Mai 2016 (Urk. 2) im Wesentlichen gestützt auf die Beurteilungen von Kreisarzt Dr. A. ___ vom 31. August und 23. September 2015. Danach treffe zwar sicherlich zu, dass dem Beschwerdeführer die Physiotherapie gut tue; allerdings sei von der Fortführung der Therapie keine Besserung zu erwarten. Zum Erhalt des bisherigen Zustands könne der Beschwerdeführer zu Hause die entsprechenden Übungen selbstständig durchführen. Aus medizinischer Sicht bestehe keine Indikation für die durchgeführte Physiotherapie. Nach einer solch langen Therapiedauer sei der Beschwerdeführer in der Lage, die notwendigen Übungen selbstständig auszuführen.

Im Rahmen des vorliegenden Prozesses stellte die Beschwerdegegnerin die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) der wöchentlichen Physiotherapiebehandlungen in Abrede. Mit der selbstständigen täglichen Durchführung der Übungen, welche auf einem von der Physiotherapeutin zusammengestellten Heimprogramm basierten, könne mindestens der selbe Behandlungszweck wie mit geführter Physiotherapie erreicht werden. Da mit sei die Erhaltung des gesundheitlichen Zustands weiterhin möglich; zudem könnten die Kosten gesenkt werden. Folglich erfülle die wöchentlich durchgeführte Physiotherapie die WZW-Kriterien nicht mehr. Sie, die Beschwerdegegnerin habe somit ihre Leistungen zu Recht reduziert (Urk. 6).

E. 2.2

Demgegenüber liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen vortragen, dass die Fortsetzung der regelmässigen Physiotherapie, die seit 27 Jahren wöchentlich durchgeführt werde, weiterhin notwendig sei. Auch der Kreisarzt habe nicht plausibel erklären können, weshalb die wöchentliche Therapie in Ergänzung zum Selbsttraining (insbesondere Schwimmen, Gymnastik, Laufen) nun nicht mehr nötig sein sollte. Die regelmässige Physiotherapie bezwecke die Behandlung der Unfallrestfolgen, insbesondere an der rechten Hüfte, am rechten Ellbogen, am rechten Schultergelenk und am rechten Bein. Es sei sodann

notorisch, dass mit zunehmendem Alter der Aufwand für die Erhaltung des Status quo immer grösser und die gezielte, fachkundige Behandlung immer wichtiger würden. Vor diesem Hintergrund erscheine es erst recht nicht nachvollziehbar, weshalb die physiotherapeutische Behandlung nicht mehr nötig sein sollte. Der Kreisarzt erkläre dies nicht und erhebe nicht einmal den aktuellen Befund bezüglich jedes einzelnen Gesundheitsschadens. Damit fehle der kreisärztlichen Beurteilung die Basis. Es fehle auch eine Beschreibung des Selbsttraining-Programms. Aus dem Bericht von Dr. med. B.____, Fachärztin FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 18. März 2016 (Urk. 3) sei ersichtlich, dass und weshalb die Fortsetzung der regelmässigen Physiotherapie im bisherigen Umfang aus medizinischer Sicht zur Erhaltung des Status quo beziehungsweise zur Bewahrung vor einer namhaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes indiziert sei. Die kreisärztliche Beurteilung, die nicht hinreichend begründet sei, bilde keine genügende Entscheidungsgrundlage, weshalb - sollte nicht auf die Einschätzung von Dr. B.____ abgestellt werden - die Einholung eines Gutachtens notwendig sei (Urk. 1 und 9).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine physiotherapeutische Behandlung im bisherigen Rahmen (eine Behandlung pro Woche) ab 1. Januar 2016 zu Recht verneint oder ob der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch darauf hat.

E. 3.1

Die Physiotherapeutin C.____ führte in ihrem Verlaufsbericht vom Sommer 2015 (Urk. 7/454/2 [Bericht nicht datiert]) aus, dass der Beschwerdeführer als Folge des Ereignisses vom 24. September 1987 seit Jahren ein Mal pro Woche bei ihr in Behandlung sei. Die Therapie beinhalte Massage, Mobilisation und Gymnastik und bezwecke die Erhaltung des Zustandes. Der Beschwerdeführer habe nur noch selten Kopfschmerzen; die Beweglichkeit werde gut erhalten. Der Beschwerdeführer sei sehr zuverlässig und kooperativ. Auch ausserhalb der Therapiesitzungen sei er sehr aktiv: Er laufe sehr viel, gehe schwimmen und mache seine Gymnastik. Man empfehle deshalb, die Therapie im gleichen Umfang weiterzuführen.

E. 3.2

Kreisarzt Dr. A.____ erklärte am 26. August 2015, dass eine medizinische Indikation für die wöchentliche Physiotherapie nicht ersichtlich sei. 28 Jahre nach dem Unfall sei der Beschwerdeführer in der Lage, entsprechende Übungen selbstständig durchzuführen. So werde denn auch von der Physiotherapeutin festgehalten, dass er viel laufe, schwimmen gehe und seine Gymnastik mache. Von Massagen, welche offenbar durchgeführt würden, sei keine nachhaltige Verbesserung zu erwarten. Ein Kostenzuschuss für ein Fitness-Abonnement könne befürwortet werden (Urk. 7/455).

E. 3.3

Im kreisärztlichen Bericht vom 25. September 2015 (Urk. 7/464) wurden folgende Diagnosen (herrührend vom Unfall vom 24. September 1987) festgehalten (S. 1): -
traumatische Aortenruptur loco classico -
Femurmehrfragmentfraktur rechts -
Ellbogenluxationsfraktur rechts -

Verdacht auf Bulbus-Perforation Auge rechts -

Commotio cerebri -

Thoraxkontusion mit Contusio cordis

Im Verlauf sei es noch zu einer lateralen Schenkelhalsfraktur rechts gekommen, welche mittels DHS-Platte versorgt worden sei. Anlässlich der Untersuchung vom 25. September 2015 erklärte der Beschwerdeführer, dass es ihm den Umständen entsprechend gut gehe, er jedoch jeden Tag mit seinen unfallbedingten Problemen lebe. Alles sei ein Hauptproblem; es sei ein schwieriger Fall. Gemäss den Suva-Berichten sei alles sehr gut gelaufen, tatsächlich sei es jedoch nicht so. Die Behandlung sei nicht richtig gewesen. Es sei niemals eine stationäre Rehabilitation durchgeführt worden; er habe nur ambulante Physiotherapie bekommen. Das reiche nicht aus; das sei auch die Meinung anderer Ärzte. Er könne nicht akzeptieren, dass die bisher geleistete Kostenübernahme für die Physiotherapie einfach mit einem Schreiben abgelehnt werde. Die Physiotherapie tue ihm gut und sei zur Erhaltung des Wohlbefindens und des jetzigen Zustandes notwendig. Er versuche auch selber etwas zu machen: Er gehe schwimmen und habe auch Aqua-Fit gemacht. Zudem laufe er jeden Tag. Zuhause mache er keine Gymnastik; er müsse nach draussen. Wenn er Gymnastik mache, wolle er eine Instruktion und Verhaltensratschläge, damit er nichts falsch mache. Der Beschwerdeführer klagt über einen wechselhaften Zustand. Durch die Einschränkung der Beweglichkeit im Ellbogengelenk komme es immer wieder zu Beschwerden im rechten Schultergelenk und zu Verspannungen der Schulter- und Nackenmuskulatur. Auch die Narbe dorsal schmerze zeitweise. Bei Bedarf nehme er Brufen 600 mg bis zirka 10 Stück pro Monat (S. 2 ff.).

Dr. A.____ erhob folgende Befunde (S. 4): Der Beschwerdeführer habe die 28 Stufen in den ersten Stock etwas langsam, jedoch im Wechselschritt bewältigt. Beim Gehen auf ebener Fläche zeige sich ein leichtes Entlastungshinken links. Die Muskulatur des rechten Arms sei im Seitenvergleich hypotroph. Die Beweglichkeit im rechten Ellbogen sei stark eingeschränkt mit einer Flexion/Extension von 90-60-0°. Die Pronation sei seitengleich, die Supination rechts 60°, links 80°.

Der Beschwerdeführer habe zweifellos schwere Verletzungen erlitten; die Physiotherapie tue dem Beschwerdeführer gut. Von der Fortführung dieser Form der Physiotherapie sei jedoch keine Verbesserung zu erwarten. Zum Erhalt des bisherigen Zustands könne er jeden Tag aktiv zuhause die entsprechenden Übungen selbstständig machen. Nach vielen Jahren Physiotherapie sollten dem Beschwerdeführer die Übungen geläufig sein. Der Beschwerdeführer habe ihm mitgeteilt, dass er zuhause keine Übungen mache, da er „hinaus“ müsse. Er wolle auch nicht auf die Verhaltensratschläge, die Instruktion und die Kontrolle durch den Physiotherapeuten verzichten. Aus medizinischer Sicht gebe es - so Dr. A.____ weiter - keine Indikation für eine geführte Physiotherapie (S. 4 f.).

E. 3.4

Dr. med. B.____, Fachärztin FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, führte in ihrem Bericht vom 18. März 2016 (Urk. 3) aus, dass der Beschwerdeführer unter Restbeschwerden nach einem schweren Polytrauma 1987 mit klinisch vor allem zervikovertebralem bis zephallem Schmerzsyndrom, einer deutlichen muskulären Dysbalance, massiver Einschränkung der Ellbogenbeweglichkeit sowie vor allem schmerzhaften Störungen im Bereich des rechten Oberschenkels leide. Im Vergleich zur Untersuchung im Jahr 2010 habe sich der Zustand wenig verändert; der Beschwerdeführer

sei weiterhin auf nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) angewiesen. Da er noch immer an Schmerzen leide, sei ihres Erachtens die Fortsetzung der physiotherapeutischen Massnahmen sinn voll. Da die Beschwerden durch den Unfall aufgetreten seien, sollten die Massnahmen durch die Beschwerdegegnerin vergütet werden. „Dies zumal keine Besserung des Zustandes eingetreten ist, die Therapien dem Patienten aber doch helfen, sodass er einigermaßen mit Restbeschwerden leben kann.“ Sie sehe die physiotherapeutischen Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes als sinnvoll an, insbesondere da dadurch auch der Schmerzmittelkonsum reduziert werden könne. Der Beschwerdeführer sei sehr aktiv und versuche mit Schwimmen und Übungen seinen Zustand zu verbessern respektive zu erhalten. Gegen die starken muskulären Verspannungen würden aber nur manuelle Massnahmen helfen.

E. 4

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber Gräub-Stocker

E. 4.1.1

Aufgrund der oben wiedergegebenen Arztberichte steht fest, dass der Beschwerdeführer nach wie vor an den Folgen des am 24. September 1987 erlittenen Autounfalls leidet. Weiter ist evident, dass der medizinische Zustand des Beschwerdeführers seit vielen Jahren unverändert ist. Der Beschwerdeführer ist zu 70 % erwerbsunfähig; folglich besteht eine gewisse Restarbeitsfähigkeit, die er aber - soweit ersichtlich - nicht verwertet.

Aus den medizinischen Akten ist weiter ersichtlich, dass die physiotherapeutischen Massnahmen (Massage, Mobilisation und Gymnastik [vgl. dazu die Angaben der Physiotherapeutin C.____; E. 3.1]) die Erhaltung des Zustandes bezwecken. Diese Einschätzung machte nicht nur die behandelnde Physiotherapeutin C.____, sondern auch Dr. B.____ (vgl. E. 3.4): Eine Besserung des Zustandes sei zwar nicht eingetreten, sie erachte aber die physiotherapeutischen Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes als sinnvoll. In dieses Bild fügt sich auch die kreisärztliche Einschätzung ein, denn letztlich war auch Dr. A.____ der Ansicht, dass dem Beschwerdeführer die Physiotherapie zwar gut tue, aber keine Verbesserung des Zustandes zu erwarten sei (vgl. E. 3.3). Angesichts dessen, dass die physiotherapeutische Behandlung bereits seit vielen Jahren durchgeführt wurde und dass sich der Zustand des Beschwerdeführers in dieser Zeit nicht verbessert hat, leuchten die genannten Einschätzungen ohne Weiteres ein.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass aus medizinischer Sicht von der Fortführung der physiotherapeutischen Massnahmen keine Verbesserung des Gesundheitszustandes des

Beschwerdeführers zu erwarten ist.

E. 4.1.2

Ob die physiotherapeutische Behandlung zur Erhaltung des Zustandes notwendig ist, wird von den Parteien kontrovers beurteilt. Diesbezüglich leuchtet je doch die kreisärztliche Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer nach so vielen Jahren nunmehr in der Lage sein sollte, die notwendigen Übungen selbstständig durchzuführen, ohne Weiteres ein. Das Vorbringen des Beschwerdeführers, dass er diese Übungen nur unter ständiger Anleitung und Kontrolle ausführen könne, überzeugt nach einer Therapiedauer von fast dreissig Jahren nicht, zumal der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben sowie gemäss den Angaben der involvierten Medizinalpersonen auch ausserhalb der Therapiesitzungen diversen (auch sportlichen) Aktivitäten nachgehen kann. Eine gewisse Berechtigung mag hingegen der Einwand von Dr. B. ___ haben, wonach gegen die starken muskulären Verspannungen nur manuelle Massnahmen helfen würden (vgl. E. 3.4). Es ist nachvollziehbar, dass sich der Beschwerdeführer nicht selbst massieren kann. Dieser Umstand ist vorliegend - wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird - aber aus rechtlichen Gründen nicht relevant.

E. 4.2.1

Wie in E. 1.2 dargelegt, werden nach der Festsetzung der Rente dem Rentenbezügler Pflegeleistungen und Kostenvergütungen nur noch unter den besonderen Bedingungen von Art. 21 Abs. 1 UVG gewährt. Im Ergebnis werden somit diese Leistungen restriktiver gewährt als die Heilbehandlungsleistungen vor Festsetzung der Rente (vgl. dazu E 1.1). Somit hat die Anspruchsprüfung basierend auf den in Art. 21 Abs. 1 UVG aufgeführten Voraussetzungen zu erfolgen:

E. 4.2.2

Eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 21 Abs. 1 lit. a UVG kommt offensichtlich nicht in Frage, da keine Berufskrankheit vorliegt.

E. 4.2.3

Art. 21 Abs. 1 lit. b UVG ist nicht erfüllt, weil weder ein Rückfall noch Spätfolgen im Sinne der oben in E. 1.3 wiedergegebenen Definitionen gegeben sind. Namentlich leidet der Beschwerdeführer nicht unter Spätfolgen im Sinne des Gesetzes, denn davon spricht man lediglich, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können. Das ist hier nicht der Fall; es liegt kein scheinbar geheiltes Leiden vor.

E. 4.2.4

Im Urteil 8C_1011/2010 vom 19. Mai 2011 erwog das Bundesgericht, dass es zwar zutreffen mag, dass die durchgeführten Behandlungen zu einer Stabilisierung oder gar Verbesserung des Gesundheitszustandes, insbesondere der Schmerzen, führen würden, dass dies aber für eine Leistungspflicht unter dem Titel von Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG nicht ausreicht. Es sei vielmehr darzutun, inwiefern entsprechende Vorkehren zur „Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit“ erforderlich seien (E. 5.5).

Im vorliegenden Fall verhält es sich entsprechend. Es ist unbestritten, dass die physiotherapeutischen Massnahmen dem Beschwerdeführer gut tun und sein Wohlbefinden steigern. Nicht dargetan ist hingegen, dass diese Massnahmen zur Erhaltung seiner

verbleibenden Erwerbsfähigkeit notwendig sind. Das geht aus den medizinischen Akten nicht hervor und wurde auch vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht. Dieser sprach selbst immer von der Erhaltung des Wohl befindens (vgl. etwa oben E. 3.3) oder dergleichen - niemals aber von der Erhaltung der Restarbeitsfähigkeit. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer - so weit ersichtlich - keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, ändert daran nichts. Ein Anspruch gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG besteht - unabhängig davon, ob der Rentenbezüger seine Restarbeitsfähigkeit verwertet oder nicht - lediglich dann, wenn die entsprechenden Massnahmen zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit notwendig sind. Die Auffassung, dass der Beschwerdeführer dazu dauernd der Behandlung und Pflege bedarf, wird jedoch von keiner involvierten medizinischen Fachperson vertreten und ergibt sich auch sonst weder aus den Ausführungen des Beschwerdeführers noch aus den übrigen Akten. In sofern ist der vorliegende Sachverhalt deckungsgleich mit demjenigen, der dem oben genannten Urteil 8C_1011/2010 zugrunde lag (vgl. dort insbesondere E. 5.5).

E. 4.2.5

Schliesslich werden gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG Leistungen gewährt, wenn der Rentenbezüger erwerbsunfähig ist und sein Gesundheitszustand durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann.

Zwar ist unbestritten, dass die durchgeführte Physiotherapie einen günstigen Einfluss auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und dessen Wohl befinden hat. Trotzdem kann er seinen Leistungsanspruch nicht auf Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG stützen, weil sich diese Bestimmung ausschliesslich auf voll invalide Rentner bezieht (Urteil 8C_1011/2010 vom 19. Mai 2011 E. 3.2 sowie André Ghélew/Olivier Ramelet/Jean-Baptiste Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents [LAA], Lausanne 1992, S. 113, jeweils mit Hinweisen). Angesichts dessen, dass der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers 70 % beträgt, gilt er (ungeachtet dessen, dass er seine Restarbeitsfähigkeit - soweit er ersichtlich - nicht verwertet) nicht als vollinvalid.

E. 4.3

Da vorliegend keine der in Art. 21 Abs. 1 lit. a-d UVG aufgeführten Varianten gegeben ist, besteht kein Anspruch auf weitere physiotherapeutische Massnahmen. Demzufolge erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist somit abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier - Suva -
Bundesamt für Gesundheit

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