

200 17 117 UV
SCJ/FRN/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 3. Mai 2017

Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 4. Januar 2017 (E 1635/16 /
5.30733.08.4)



Sachverhalt:

A.

Der 1974 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert. Am 1. April 2008 erlitt er während eines Fussballmatches eine Kontusion und Verdrehung des rechten Knies und verspürte sofort heftige Schmerzen (Akten der SUVA, Antwortbeilage [AB] 3). In der Folge wurde er am Knie und am oberen Sprunggelenk (OSG) operiert (AB 7; 20; 25). Im Zusammenhang mit diesem Nichtberufsunfall holte die SUVA medizinische Unterlagen ein und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld. Unter anderem erteilte sie wiederholt Kostengutsprache für Langzeitphysiotherapie (AB 51; 68). Nach Einholung einer Stellungnahme des SUVA -Versicherungsmediziners, Dr. med. F. _____, praktischer Arzt (AB 103), verneinte sie mit Verfügung vom 16. März 2016 die Kostenübernahme für die am 11. Januar 2016 verordnete Langzeitphysiotherapie (AB 96; 106). Mit Einspracheentscheid vom 4. Januar 2017 (AB 118) wies sie die Einsprache des Versicherten vom 1. April 2016 (AB 110) mit der Begründung ab, dass keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden könne.

B.

Mit Eingabe vom 3. Februar 2017 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde und stellte die folgenden Anträge:

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 4. Januar 2017 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer weiterhin Leistungen gemäss dem Unfallversicherungsgesetz (insbesondere die Übernahme der Physiotherapie) zu gewähren.

2. Eventualiter: Die Sache sei zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

-Unter Kosten- und Entschädigungsfolge-

Mit Beschwerdeantwort vom 7. März 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

In den Schlussbemerkungen vom 21. März 2017 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 4. Januar 2017 (AB 118). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Physiotherapie (Langzeitbehandlung während 12 Monaten, einmal pro Woche).

1.3 Die Kosten für die verordnete Physiotherapie für ein Jahr betragen Fr. 1'728.-- (Beschwerdebeilage [BB] 9) und liegen damit unter dem Streitwert von Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

Das Unfallereignis fand am 1. April 2008 (AB 3) statt, womit auf den vorliegenden Fall die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Rechtslage zur Anwendung gelangt.

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine

Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.3 Gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG sowie gemäss konstanter Rechtsprechung hat der Versicherer – sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – die Heilbehandlung (und das Taggeld) nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 140 V 130 E. 2.2 S. 132, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Die Frage einer zu erwartenden gesundheitlichen Verbesserung ist nur prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2).

2.4 Gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG werden dem Bezüger nach der Festsetzung der Rente die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen gewährt, wenn er zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf.

2.5 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 psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2).

2.6 Um den Leistungsanspruch bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer am 1. April 2008 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 2.2 hiervor) und sich dabei Verletzungen am rechten Knie und am rechten OSG zugezogen hat. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Umstritten ist hingegen, ob der Beschwerdeführer – basierend auf dem besagten Unfall – Anspruch auf Weiterführung der Langzeitphysiotherapie hat. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

3.1.1 Im Bericht des Spitals C. _____ vom 10. März 2015 (AB 83) diagnostizierten Dr. med. D. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. E. _____, Assistenzarzt, eine posttraumatische OSG-Arthrose bei einem Status nach mehrfachen Eingriffen, letztmals OSG-Arthroskopie, laterale Calcaneus-Verlängerungsosteotomie 2009. Sie führten aus, beim Beschwerdeführer bestünden persistierende Schmerzen im OSG-Bereich mit bestehenden Lymphödemen. Er berichte über Beschwerdebesserung durch Lymphdrainage und Physiotherapie. Ausserdem berichte er über eine deutliche Schmerzlinderung. Es empfehle sich weiterhin die Durchführung von Lymphdrainage und Physiotherapie, um weitere kostspielige Operationseingriffe zu vermeiden. Die Physiotherapie diene zum Erhalt der Mobilität vor allem in der Dorsalextension. Bei eingeschränkter Mobilität durch

Schmerzen diene die Physiotherapie auch zur Krafterhaltung des Musculus quadriceps, triceps sowie biceps femoris und tibialis anterior. Dadurch werde ein Erhalt des Arbeitsplatzes sichergestellt und Absenzen vermieden.

3.1.2 In den Berichten des Spitals C._____ vom 7. August 2015 (AB 91) und vom 15. Februar 2016 (AB 101) wurde erneut auf die Wichtigkeit einer kontinuierlichen Physiotherapie zum Erhalt der Berufstätigkeit und Vermeidung bzw. Hinauszögerung eines operativen Procederes hingewiesen. Hierbei gelte es auch das Alter des Beschwerdeführers und den bislang komplizierten klinischen Verlauf zu beachten.

3.1.3 Der Versicherungsmediziner, Dr. med. F._____, führte im Bericht vom 19. August 2015 (AB 92) aus, die Indikation für eine geführte Physiotherapie sei für ihn nicht nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer sollte an sich in der Lage sein, selbständig zu trainieren. Ein Fitnessabonnement sollte ausreichen.

3.1.4 In seiner Stellungnahme vom 24. Februar 2016 (AB 103) legte Dr. med. F._____ dar, anlässlich eines Telefonats der zuständigen Sachbearbeiterin mit der Physiotherapie sei mitgeteilt worden, dass es sich bei der Therapie um die Mobilisation des OSG, USG und Vorfusses inklusive Taping und Lymphdrainage handle. Übungen mache der Beschwerdeführer jeweils zu Hause. In der klinischen Untersuchung habe sich gemäss Bericht eine Beweglichkeit des OSG mit einer Extension/Flexion von 0-0-15°, also einer geringen Beweglichkeit im rechten OSG bei massiver OSG-Arthrose gezeigt. Beschwerden im OSG würden bei Arthrose typischerweise durch Bewegungen gelöst. Die Zweckmässigkeit einer zusätzlichen passiven Mobilisation sei beim vorliegenden Befund nicht erkennbar. In der Medizin sei die Tatsache einer „wohltuenden Einsteifung“ bekannt. Mit zunehmender Bewegungseinschränkung könne es schliesslich zur Einsteifung eines arthrotischen Gelenks mit in Folge deutlicher Schmerzminderung bis Schmerzfreiheit kommen. Zudem sei festzuhalten, dass eine Restbeweglichkeit grundsätzlich durch aktives Bewegen erhalten bleibe, nicht jedoch durch einmal pro Woche durchgeführte passive Massnahmen. Insbesondere sei auch die Indikation für Taping und Lymphdrainage in diesem Zusammenhang nicht ersichtlich. Die Fortführung der passiven Massnahmen entspreche auch nicht den WZW- Kriterien (Wirksamkeit, Zweck-

mässigkeit und Wirtschaftlichkeit). Inwieweit durch passive Massnahmen einmal pro Woche ein operatives Procedere vermieden bzw. hinausgezögert werden könne, sei nicht nachvollziehbar. Gleiches gelte bezüglich der Argumentation mit Erhalt der Berufsfähigkeit.

3.1.5 Im Bericht der Klinik G. _____ vom 20. Mai 2016 (AB 114) führte Dr. med. H. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, aktuell gehe der Beschwerdeführer einmal in der Woche in die Physiotherapie, was ihm die Arbeitsfähigkeit sowie eine gewisse Mobilität im Alltag erlaube. Die Gehdauer sei derzeit minimal eingeschränkt, bei längerem Gehen am Tag komme es jedoch zu einer ausgeprägten Schwellung sowie Schmerzzuständen tief intraartikulär im oberen Sprunggelenk (S. 2). Er empfehle die Weiterführung der Physiotherapie, da diese offensichtlich die Mobilität des Patienten relativ gut gewährleistet habe, bei radiologisch doch sehr ausgeprägtem Befund (S. 3).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. 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, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3

3.3.1 Die Beschwerdegegnerin bringt zu Recht vor, dass von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands im Sinne einer Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erwartet werden kann (AB 118 S. 4; vgl. E. 2.3 hiervor). Der Beschwerdeführer ist unbestrittenermassen seit Jahren voll arbeitsfähig. Er bringt diesbezüglich unter Hinweis auf den Entscheid des Bundesgerichts (BGer) vom 10. Juli 2014, 8C_354/2014, E. 3.2, vor, dass die für den Anspruch auf Heilbehandlung vorausgesetzte namhafte Besserung des Gesundheitszustands nicht anhand der zu erwartenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit bestimmt werden könne (Beschwerde S. 8 f.). Die Beschwerdegegnerin hat dazu richtigerweise ausgeführt, dass der diesem Urteil zu Grunde liegende Sachverhalt nicht mit dem zu Beurteilenden vergleichbar ist, weil der Beschwerdeführer nach seinem Unfall während mehreren Monaten zu 100% arbeitsunfähig war (Beschwerdeantwort S. 3 f.; AB 9, 15, 16). Beim Versicherten im besagten Urteil bestand vom Unfall (Achillessehnenruptur) bis zur Operation eine volle Arbeitsfähigkeit und danach lediglich operationsbedingt eine kurze Arbeitsunfähigkeit. Aus diesem Urteil (in Dreierbesetzung gefällt) kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten.

Auch der Umstand – wie der Beschwerdeführer mit Verweis auf seine behandelnden Ärzte geltend macht –, dass die wöchentliche Physiotherapie notwendig ist, um weitere Operationen hinauszuzögern und um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten (Beschwerde S. 9), ändert daran nichts. Da von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine IV-Rente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (vgl. E. 2.3 hiervor). Aufgrund der vollen Arbeitsfähigkeit besteht offensichtlich kein Anspruch auf Rentenleistungen oder eine Integritätsentschädigung.

3.3.2 Des Weiteren besteht entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 9 ff.) kein Anspruch auf Physiotherapie im Sinne einer Pflegeleistung nach Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG. Die Beschwerdegegnerin

rin hat richtigerweise auf die gefestigte bundesgerichtliche Rechtsprechung verwiesen (Beschwerdeantwort S. 7 f.), wonach für die Auffassung, dass eine Leistungspflicht des Unfallversicherers für den status quo erhaltende Heilbehandlung auch über den rentenausschliessenden Fallabschluss hinaus anhalte, kein Raum bestehe (BGer vom 16. September 2011, 8C_191/2011, E. 5.2). Die Ausführungen in der Beschwerde vermögen daran nichts zu ändern.

3.3.3 Da von der Fortsetzung der Physiotherapie keine namhafte Besserung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG erwartet werden kann und die Voraussetzungen von Art. 21 Abs. 1 UVG nicht erfüllt sind, hat die obligatorische Krankenversicherung für notwendige Heilbehandlungen aufzukommen. Die WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) sind – entgegen den Vorbringen in der Beschwerde, S. 12 – in der Unfallversicherungsgesetzgebung nicht anwendbar (BGer vom 16. September 2011, 8C_191/2011, E. 5.1 und 5.3).

3.3.4 Aus dem Umstand, dass die Beschwerdegegnerin nach Abschluss der ursprünglichen Heilbehandlung Physiotherapie in Form einer Langzeitbehandlung übernommen (AB 68) und nach der Stellungnahme des Versicherungsmediziners (AB 92) nochmals Kostengutsprache für je eine Serie Physiotherapie und eine Serie medizinische Trainingstherapie erteilt hat (AB 94), kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten. Hierzu ist entsprechend den Ausführungen in der Beschwerdeantwort, S. 5 f., festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die Physiotherapie in den letzten Jahren ohne rechtliche Verpflichtung übernommen hat. Dies weil bereits seit längerer Zeit keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands im Sinne der Unfallgesetzgebung mehr zu erwarten war.

3.3.5 Schliesslich war das OSG-Leiden des Beschwerdeführers nie (vermeintlich) geheilt, sondern immer vorhanden, womit weder ein Rückfall noch Spätfolgen vorliegen (vgl. E. 2.5 hiervor).

3.4 Zusammenfassend wurde der Anspruch des Beschwerdeführers auf Langzeitphysiotherapie zu Recht verneint. Der angefochtene Einspracheentscheid ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - SUVA (samt Kopie der Eingabe vom 21. März 2017)
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.