

200 17 841 UV
SCP/FRN/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. Dezember 2017

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Basler Versicherung AG
Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel
vertreten durch Advokat C. _____
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 21. August 2017 (Schaden-Nr-
29/220042/07.1)



Sachverhalt:

A.

Der 1973 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erlitt am 26. Juni 2007 einen Motorradunfall und zog sich ein Polytrauma zu. Er war über seine Arbeitgeberin bei der Basler Versicherung AG (Basler bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten obligatorisch versichert (Akten der Basler [act. II] 122). Die Basler sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 17. Juni 2013 (act. II 285) eine Rente bei einem IV-Grad von 39%, eine Integritätsentschädigung sowie Heilbehandlungen zu (act. II 285). Im Januar 2017 liess sie ihn im F._____ mittels Funktionsorientierter Medizinischer Abklärung (FOMA; act. II 234) untersuchen. Mit Verfügung vom 27. März 2017 passte sie die von ihr zu erbringenden Heilbehandlungen an (act. II 279). Die dagegen erhobene Einsprache des Versicherten (act. II 278), vertreten durch Rechtsanwalt B._____, wies sie mit Entscheid vom 21. August 2017 ab (act. II 275).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 20. September 2017 Beschwerde und beantragt die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 21. August 2017 sowie die Aufhebung der Verfügung vom 27. März 2017.

Mit Beschwerdeantwort vom 20. November 2017 schliesst die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Advokat C._____, auf Abweisung der Beschwerde.

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 grundsätzlich einzutreten. Soweit der Beschwerdeführer jedoch beantragt, die Verfügung vom 27. März 2017 (act. II 279) sei aufzuheben, ist darauf nicht einzutreten. Die ursprüngliche Verfügung wurde durch den Einspracheentscheid vom 21. August 2017 ersetzt (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 60 N. 7).

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 21. August 2017 (act. II 275). Streitig und zu prüfen ist die Anpassung der dem Behandlungszweck dienlichen Heilbehandlungen.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 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 UVG und die Änderung vom 9. November 2016 der UVV 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 26. Juni 2007 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 Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, namentlich auf die ambulante Behandlung durch den Arzt, den Zahnarzt oder auf deren Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson (lit. a).

Wer für die Unfallversicherung tätig ist, hat sich in der Behandlung, in der Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln sowie in der Anordnung und Durchführung der Heilanzeigen und Analysen auf das durch den Behandlungszweck geforderte Mass zu beschränken (Art. 54 UVG).

Die Leistungen sind nach Massgabe des Verhältnismässigkeitsprinzips (Art. 5 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]) an die Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) gebunden (vgl. Art. 48 und 54 UVG; GABRIELA RIEMER-KAFKA, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, 5. Auflage, 2016, S. 48 f., Rz. 1.62 f.; S. 186, Rz. 5.51).

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 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Auch jede andere formell rechtskräftig zugesprochene Dauerleistung wird von Amtes wegen oder auf Gesuch hin erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der ihr zu Grunde liegende Sachverhalt nachträglich erheblich verändert hat (Abs. 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 26. Juni 2007 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 2.2 hiavor) und sich dabei multiple Verletzungen der linken unteren Extremität sowie eine Kontusion der linken Schulter zugezogen hat (act. II 220). Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Umstritten ist hingegen, ob die Beschwerdegengerin zu Recht die Heilbehandlungen angepasst hat bzw. die mit Verfügung vom 17. Juni 2013 zugesprochene dreimal wöchentliche Physiotherapie (act. II 285 S. 4 Ziff. 11) auf drei Serien zu neun Sitzungen pro Jahr sowie eine osteopathische Behandlung, initial ein bis zweimal pro Woche, im Verlauf maximal einmal pro Monat, reduziert hat (act. II 275).

Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

3.1.1 Dr. med. D. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im orthopädischen Gutachten vom 17. Januar 2013 (act. II 251) insbesondere einen Zustand nach Polytrauma anlässlich des Verkehrsunfalls vom 26. Juni 2007 mit einem Zustand nach drittgradig offener Femurschaftfraktur links, zweitgradig offener Unterschenkelfraktur links à deux étages inklusive Kompartmentsyndrom, nicht näher präzisierten Verletzungen des linken Fusses und der linken Hüfte, eine Kontusion der Schulter links mit inkompletter Läsion des Nervus suprascapularis, einen Zustand nach mehrfachen Eingriffen an der linken unteren Extremität sowie Dauerschmerzen im linken Bein mit massiver Zunahme unter Belastungen (S. 21). Fünfeinhalb Jahre nach dem Polytrauma habe der Gesundheitszustand ein stabiles Niveau erreicht, wobei bleibende, relevante gesundheitliche Schäden bestünden (S. 22). Um den aktuellen Zustand zu erhalten, seien die Fortführung der dreimal wöchentlich ambulanten Physiotherapie inklusive die permanent selbständig durchgeführten Dehnungs- und Mobilisierungsübungen sowie das zweimal wöchentliche, angepasste Krafttraining unabdingbare Voraussetzungen für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit. Verbesserungen seien nicht zu erwarten, in erster Linie gehe es um die Verhinderung respektive Verzögerung von Verschlechterungen vor allem des linken Beins (S. 25).

3.1.2 In der Stellungnahme vom 26. September 2016 (act. II 124) führte die beratende Ärztin, Dr. med. E. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zur Frage, ob der Beschwerdeführer zur Erhaltung seiner verbleibenden Arbeitsfähigkeit als Folge des Unfalls voraussichtlich dauernd der ärztlichen Behandlung und Pflege bedürfe, Folgendes aus: Nach Durchsicht der ihr wiederum vorliegenden ausführlichen Akten sei aus orthopädisch/traumatologischer Sicht die immer noch durchgeführte Physiotherapie dreimal pro Woche nicht mehr indiziert. Der Beschwerdeführer gehe bereits in ein Fitnesscenter, um dort seine Übungen selbständig durchzuführen. Zur Korrektur der Übungen seien zwei bis drei Serien Physiotherapie ausreichend.

3.1.3 Im Bericht des F. _____ vom 7. Februar 2017 (act. II 234) führten die Ärzte aus, die Kernfrage laute, ob als Folge des Unfalls dauernd die bisherige ärztliche Behandlung und Pflege notwendig erscheine. Diesbezüglich sei zurzeit die dreimal wöchentlich durchgeführte Physiotherapie im Fokus, welche von der Evidenzlage her schwierig begründbar sei. Hingegen sei eine aktive muskuläre Stabilisation nicht nur im Bereich der linken unteren Extremität, sondern auch im Rückenbereich sinnvoll zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit. Diesbezüglich sei ein regelmässiges Krafttraining zwei bis drei Mal pro Woche wie z.B. in einem Fitnesscenter zu empfehlen. Darüber hinaus seien physiotherapeutische Massnahmen zur Überprüfung der Stabilisationsfähigkeit und muskulären Behandlung (z.B. Triggerpunktbehandlung) intermittierend in Betracht zu ziehen, wobei drei Serien zu neun Sitzungen pro Jahr ausreichen dürften. Begleitend dazu sei eine osteopathische Behandlung, initial ein bis zweimal pro Woche, im Verlauf maximal einmal pro Monat, zu empfehlen, um mit spezifischen Weichteiltechniken positiven Einfluss auf die multiplen Symptome des Bewegungsapparates zu nehmen (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 Der Beschwerdeführer bringt vor, dass es sich bei Heilbehandlungen nach Festsetzung der Rente gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. a bis d UVG um Dauerleistungen handle, auf die nur zurückgekommen werden könne, wenn ein Rückkommenstitel (Wiedererwägung, Revision) bestehe. Da kein Revisionsgrund vorliege, habe er weiterhin Anspruch auf die mit Verfügung vom 17. Juni 2013 zugesprochene dreimal wöchentliche Physiotherapie (Beschwerde S. 5 ff.).

Der Beschwerdeführer verkennt dabei, dass auch die Leistungen nach Art. 21 UVG unter dem Vorbehalt der Zweckmässig- und Wirtschaftlichkeit stehen und sich demgemäss die Art und Weise der Heilbehandlung stets nach den WZW-Kriterien (Art. 10 und 54 UVG; vgl. E. 2.3 hiervor) auszurichten hat. Denn nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bildet Art. 21 UVG zu den Vorschriften nach Art. 10 ff. UVG nur insofern ein Sonderregime, als Art. 21 UVG die Voraussetzungen umschreibt, die erfüllt sein müssen, damit nach Festsetzung der Rente Leistungen der Art. 10 bis 13 UVG überhaupt wieder in Betracht kommen und gegebenenfalls zugesprochen werden können (BGE 116 V 41 E. 3b S. 45).

3.3.2 Vorliegend ist die Beschwerdegegnerin auf ihren Entscheid vom 17. Juni 2013 (act. II 285), weiterhin für die zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit erforderlichen Behandlungskosten aufzukommen, keineswegs zurückgekommen. Diesbezüglich weist sie zutreffend darauf hin, dass bloss das Dispositiv der leistungszusprechenden Verfügung in Rechtskraft erwachsen ist (Beschwerdeantwort S. 8). Am Anspruch, gestützt auf Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG die für die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit erforderlichen Pflegeleistungen weiter zu erhalten, hat sich mit dem angefochtenen Entscheid somit nichts geändert. Vielmehr erfolgt mit dem angefochtenen Entscheid lediglich eine Anpassung der dem Behandlungszweck dienlichen Pflegeleistungen. Die Frage, ob es sich beim Anspruch auf Weiterausrichtung von Behandlungs- und Pflegeleistungen um Dauerleistungen im Sinne

von Art. 17 Abs. 2 ATSG handelt, muss deshalb vorliegend nicht abschliessend geprüft werden.

3.3.3 Bei den Behandlungsleistungen nach UVG handelt es sich um Naturalleistungen, welche der Unfallversicherer dem Versicherten „in natura“ bzw. der Leistungserbringer im Auftrag des Unfallversicherers erbringt. Somit wird nicht der Versicherte, sondern der Versicherer Schuldner gegenüber dem Leistungserbringer, d.h. gegenüber dem Arzt, der Heilanstalt usw. (vgl. ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, S. 274 m.w.H.). Die Zweckmässigkeit der Behandlungsleistungen kann mit Bezug auf das Behandlungsziel – ohne dass ein Revisionsgrund im Sinne einer wesentlichen Veränderung der gesundheitliche Situation vorliegen müsste – laufend überprüft werden. Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit ist zudem ausschliesslich auf medizinische Kriterien und nicht auf die subjektiven Empfindungen des Beschwerdeführers abzustellen.

Die Beschwerdegegnerin durfte die Zweckmässigkeit der von ihr geschuldeten Heilbehandlungen damit ohne weiteres überprüfen und hat deshalb die Abklärungen beim F. _____ veranlasst. Diese Abklärungen haben ergeben, dass – 10 Jahre nach dem Polytrauma – ein relativ stabiler Zustand eingetreten ist, welcher zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit verschiedene Massnahmen erfordert, wobei drei Serien zu neun Sitzungen Physiotherapie pro Jahr sowie eine osteopathische Behandlung, initial ein bis zweimal pro Woche, im Verlauf maximal einmal pro Monat, ausreichen. Indessen haben die Ärzte und die Physiotherapeutin des F. _____ sowie die beratende Ärztin Dr. med. E. _____ nachvollziehbar ausgeführt, dass die vom Beschwerdeführer dreimal wöchentlich durchgeführte Physiotherapie nicht (mehr) nötig ist (act. II 234 S. 3; 124; vgl. E. 3.1.2 f. hiavor). Darauf ist abzustellen.

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, Dr. med. D. _____ habe in seinem Gutachten (act. II 251) ausgeführt, die Fortführung der dreimal wöchentlichen Physiotherapie sei Voraussetzung für die Erhaltung des aktuellen Zustands (Beschwerde S. 8), kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Denn dieses Gutachten datiert von 2013 und äussert

sich somit nicht zum aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers.

3.4 Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die dem Behandlungszweck dienlichen Pflegeleistungen angepasst. Der angefochtene Einspracheentscheid ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht weder für den unterliegenden Beschwerdeführer (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG) noch für die obsiegende Beschwerdegegnerin (Art. 104 Abs. 4 i.V.m. Art. 2 Abs. 1 lit. c VRPG sowie BGE 126 V 143 E. 4a S. 150) Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Advokat C. _____ z.H. der Beschwerdegegnerin
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

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 Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.