



Fall-Nr.: UV 2011/21
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 01.04.2020
Entscheiddatum: 28.12.2011

Entscheid Versicherungsgericht, 28.12.2011

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).

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider,
Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Marcel Kuhn

Entscheid vom 28. Dezember 2011

in Sachen

SWICA Krankenversicherung AG Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur,

Beschwerdeführerin,

gegen

Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG, Rue du Nord 5, 1920 Martigny,

Beschwerdegegnerin,

und

A.____,

Beigeladene,



betreffend

Versicherungsleistungen i/S A.____

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) war beim Alters- und Pflegeheim B.____ angestellt und dadurch bei der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG (nachfolgend: Groupe Mutuel) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie sich am 7. Januar 2010 bei einem Sturz beim Skifahren eine multifragmentäre Oberarmkopfrümmfraktur links und eine Ruptur des ulnaren Daumenseitenbandes links zuzog (UV-act. 1). Vom 7. bis 16. Januar 2010 erfolgte eine stationäre Hospitalisation im Landeskrankenhaus C.____ mit Implantation einer Schulterprothese links und konservativer Therapie des gerissenen Daumenseitenbands links. Im Nachbehandlungsplan wurden ein Schulterverband für sechs Wochen, forcierte passive Bewegungsübungen ab der dritten Woche, aktive Bewegungsübungen ab der vierten Woche, eine Skidaumenschiene für sechs Wochen und eine Nahtentfernung am 20. Januar 2010 vorgesehen (UV-act. 4). Mit Schreiben vom 27. Februar 2010 informierte Dr. med. E.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH, die Klinik D.____ über den Krankheitsverlauf der Versicherten, nachdem sich diese auf eigene Initiative zu einem stationären Rehabilitationsaufenthalt angemeldet hatte. Sie wies insbesondere auf eine bekannte psychiatrische Erkrankung mit depressiven Episoden und dissoziativer Störung mit Bewegungsstörung hin (UV-act. 5 und 6).

A.b Am 2. März 2010 liess die Klinik D.____ der Groupe Mutuel ein Gesuch um Kostengutsprache für einen ca. drei wöchigen stationären Aufenthalt per sofort zukommen (UV-act. 7). Mit Schreiben vom 5. März 2010 lehnte die Groupe Mutuel die Kostenübernahme für den Rehabilitationsaufenthalt ab. Aus den medizinischen Unterlagen gehe hervor, dass die stationäre Behandlung nicht überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 7. Januar 2010 stehe (UV-act. 8). Im Schreiben vom 12. März 2010 führte Dr. E.____ u.a. aus, dass eine stationäre Rehabilitation dringend indiziert sei, da unter ambulanter Behandlung die Schulter nicht



St.Galler Gerichte

aktiv mobilisiert werden könne, was einen invalidisierenden Verlauf vorzeichnen würde (UV-act. 10). Gestützt auf die Beurteilung des Vertrauensarztes, Dr. med. F.____, Facharzt FMH Chirurgie, lehnte die Groupe Mutuel mit Schreiben vom 19. März 2010 das Gesuch um Kostenübernahme für den stationären Aufenthalt erneut ab (UV-act. 11 und 12). Am 24. März 2010 stellte die Klinik D.____ für die Versicherte ein Gesuch um Verlängerung der Kostengutsprache für weitere zwei Wochen, bis und mit 11. April 2010 (UV-act. 13). Mit Schreiben vom 1. April 2010 lehnte die Groupe Mutuel auch das Gesuch um Verlängerung des stationären Aufenthalts ab (UV-act. 16). Am 13. April 2010 forderte die Krankenversicherung der Versicherten, Swica Krankenversicherung AG (nachfolgend: Swica), die Groupe Mutuel auf, für die gesamte Hospitalisation in der Klinik D.____ Kostengutsprache zu erteilen bzw. ihre Leistungspflicht anzuerkennen (UV-act. 17).

A.c Mit Verfügung vom 30. April 2010 lehnte die Groupe Mutuel die Übernahme der Kosten für die stationäre Behandlung ab, da diese nicht überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 7. Januar 2010 stehe (UV-act. 18). Gegen diese Verfügung erhob die Swica am 25. Mai 2010 Einsprache und führte u.a. aus, dass gestützt auf den Austrittsbericht der Klinik D.____ erstellt sei, dass die nach dem Unfall vom 7. Januar 2010 aufgetretenen Schulterbeschwerden behandelt worden seien, weshalb der Aufenthalt in der Klinik D.____ im Zusammenhang mit dem Skiunfall stehe (UV-act. 22). Zur Ergänzung der Einsprache reichte die Swica am 22. Juni 2010 zusätzlich einen Bericht der Klinik D.____ vom 1. Juni 2010 ein (UV-act. 24). Auf Veranlassung der Groupe Mutuel nahm Dr. F.____ am 29. September 2010 nochmals zum stationären Aufenthalt in der Klinik D.____ Stellung (UV-act. 37).

A.d Mit Einspracheentscheid vom 14. Februar 2011 hiess die Groupe Mutuel die Einsprache der Swica teilweise gut und anerkannte für den Aufenthalt in der Klinik D.____ vom 16. März bis 10. April 2010 eine 10%ige Kostenbeteiligung von Fr. 1'424.--. Im Übrigen wurde die Einsprache abgewiesen (UV-act. 48).

B.

B.a Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die von der Swica eingereichte Beschwerde vom 16. März 2011 mit den Anträgen, der Einspracheentscheid vom 14.



Februar 2011 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, für die stationäre Rehabilitation in der Klinik D.____ aufzukommen. Die Versicherte habe sich nicht selbst der Klinik D.____ zugewiesen. Die stationäre Rehabilitationsbedürftigkeit sei von Dr. E.____ und der Klinik D.____ klar befürwortet worden. Das Bewegungsausmass habe klar verbessert werden können. Aus dem Bericht der Klinik D.____ vom 24. März 2010 gehe deutlich hervor, dass die Schulterrehabilitation im Vordergrund gestanden habe. Die ganze Rehabilitation sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen, auch wenn anamnestisch weitere Beschwerden behandelt worden seien. Dementsprechend habe die Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 36 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vollumfänglich für die stationäre Rehabilitation in der Klinik D.____ aufzukommen, auch wenn krankheitsbedingte Faktoren mitgewirkt hätten (act. G 1).

B.b Mit Schreiben vom 5. April 2011 nahm die zum Prozess beigeladene Versicherte zur Beschwerde Stellung (act. G 3).

B.c In der Beschwerdeantwort vom 5. Mai 2011 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Der Aufenthalt in der Klinik D.____ entspreche nicht dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit, da die Therapien für die Schulter auch ambulant hätten durchgeführt werden können und zudem die Beweglichkeit in solchen Fällen sowieso eingeschränkt bleibe (act. G 5).

B.d Mit Replik vom 23. Mai 2011 hält die Beschwerdeführerin an den gestellten Anträgen fest (act. G 7). Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet.

Erwägungen:

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).

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 Gelenkbeweglichkeit 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 Fussreflexzonentherapie, 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 Fussreflexzonentherapie 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.

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.