

Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

8C 50/2018

Urteil vom 20. Juli 2018

I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Maillard, Präsident,
Bundesrichter Frésard, Wirthlin,
Gerichtsschreiberin Betschart.

Verfahrensbeteiligte

A. _____,
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. André Largier,
Beschwerdeführer,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand

Unfallversicherung (Heilbehandlung),

Beschwerde gegen den Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich
vom 29. November 2017 (UV.2016.00140).

Sachverhalt:

A.

A.a. A. _____, geb. 1964, war seit 1. Dezember 1985 als Verkäufer bei der Genossenschaft B. _____ angestellt und über die Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 24. September 1987 erlitt er bei einer Frontalkollision mit einem entgegenkommenden Fahrzeug ein Polytrauma mit stumpfem Thoraxtrauma, Femurschaftsfraktur rechts, Luxationsfraktur des rechten Ellbogens, Comotio cerebri, traumatische Aortenruptur loco classico und Kontusion des rechten Augenbulbus. Mit Verfügung vom 1. Juni 1994 sprach die Suva A. _____ ab 1. März 1994 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 33.33 % zu. In der Folge erhöhte sie den Invaliditätsgrad zunächst auf 50 % (Verfügung vom 9. September 1994) und später auf 70 % (Verfügung vom 5. Oktober 2004 bzw. 10. Februar 2005).

A.b. Die Suva erbrachte über den Zeitpunkt der Rentenzusprache hinaus u.a. Leistungen für wöchentliche physiotherapeutische Behandlungen. Kreisarzt Dr. med. univ. C. _____, Arzt für Allgemeinmedizin, verneinte aufgrund seiner Untersuchung vom 23. September 2015 die medizinische Notwendigkeit weiterer regelmässiger physiotherapeutischer Behandlungen und hielt fest, dass der Versicherte zum Erhalt des bisherigen Zustands die notwendigen Übungen selbständig zu Hause durchführen könne, wobei ihm diese nach 27 Jahren Physiotherapie geläufig sein sollten. Gestützt auf diesen Bericht verfügte die Suva am 20. Januar 2016, dass die Kosten für eine regelmässige physiotherapeutische Behandlung ab 1. Januar 2016 nicht mehr übernommen würden, weil die Voraussetzungen nach Art. 21 UVG nicht mehr gegeben seien. Die Suva erklärte sich aber bereit, künftig jährlich eine Serie Physiotherapie zu neun Sitzungen zu finanzieren, damit das instruierte Heimprogramm überprüft und bei Bedarf angepasst werden könne. Daran hielt die Versicherung im Einspracheentscheid vom 11. Mai 2016 fest.

B.

Mit Entscheid vom 29. November 2017 wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich die

dagegen erhobene Beschwerde ab.

C.

A. _____ lässt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten führen und beantragen, die Suva sei in Aufhebung des angefochtenen Entscheids zu verpflichten, auch nach dem 31. Dezember 2015 die Kosten für die wöchentliche Physiotherapie-Behandlung zu übernehmen. Das Bundesgericht holte die vorinstanzlichen Akten ein. Ein Schriftenwechsel wurde nicht durchgeführt.

Erwägungen:

1.

1.1. Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzungen gemäss Art. 95 und 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG), doch prüft es, unter Berücksichtigung der allgemeinen Rüge- und Begründungspflicht (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG), nur die geltend gemachten Vorbringen, falls allfällige weitere rechtliche Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (BGE 138 I 274 E. 1.6 S. 280; vgl. auch BGE 141 V 234 E. 1 S. 236; 140 V 136 E. 1.1 S. 137 f.).

1.2. Vorliegend ist streitig, ob die Suva weiterhin für wöchentliche Physiotherapiebehandlungen aufzukommen hat (Art. 10 UVG). Es handelt sich somit um eine Sachleistung (Art. 14 ATSG). Die Ausnahmeregelung des Art. 105 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 97 Abs. 2 BGG kommt daher nicht zur Anwendung. Vielmehr ist das Bundesgericht hier nach Art. 105 Abs. 1 BGG an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden (Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG e contrario; vgl. BGE 135 V 412). Es kann diese Sachverhaltsfeststellung nur berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinn von Art. 95 BGG beruht und wenn die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein kann (Art. 97 Abs. 1 Art. 105 Abs. 2 BGG; vgl. Urteil 8C 281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 1.2).

2.

2.1. Die verunfallte Person hat Anspruch auf Heilbehandlung, solange von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann; mit dem Fallabschluss fallen die vorübergehenden Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld dahin und es ist der Rentenanspruch zu prüfen (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). Nach Festsetzung der Rente werden dem Bezüger gemäss Art. 21 Abs. 1 UVG die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen (Art. 10-13) nur unter besonderen Voraussetzungen gewährt, so bei Berufskrankheit (lit. a), bei Rückfall oder Spätfolgen zur wesentlichen Besserung oder Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (lit. b), wenn der Versicherte zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf (lit. c) oder zur wesentlichen Verbesserung oder zur Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung des Gesundheitszustands im Falle der Erwerbsunfähigkeit (lit. d). Im dazwischen liegenden Bereich, wenn einerseits von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG mehr erwartet werden kann und andererseits die Voraussetzungen von Art. 21 Abs. 1 UVG nicht erfüllt sind, hat der Unfallversicherer keine Heilbehandlung mehr zu übernehmen; an seine Stelle tritt der obligatorische Krankenpflegeversicherer (BGE 140 V 130 E. 2.2 S. 132; 134 V 109 E. 4.2 S. 115).

2.2. Das kantonale Gericht hat zutreffend festgestellt, dass aus medizinischer Sicht von der Fortführung der wöchentlichen physiotherapeutischen Behandlungen keine Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers zu erwarten ist, was dieser nicht bestreitet. Ebenso unumstritten ist, dass es sich weder um eine Berufskrankheit noch um eine Spätfolge bzw. einen Rückfall handelt und der Beschwerdeführer bei einem Invaliditätsgrad von 70 % auch nicht vollumfänglich erwerbsunfähig ist. Somit sind die Voraussetzungen der lit. a, b und d von Art. 21 Abs. 1 UVG nicht erfüllt. Zu prüfen bleibt, ob die physiotherapeutische Behandlung gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG zur Erhaltung der dem Beschwerdeführer verbleibenden Erwerbsfähigkeit notwendig ist.

2.3. Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG setzt voraus, dass beim Rentenbezüger noch eine teilweise Erwerbsfähigkeit - von mehr als 10 % und weniger als 100 % - besteht (BGE 140 V 130 E. 2.3 S. 132 f.; Urteil 8C 191/2011 vom 16. September 2011 E. 5.2, in: SVR 2012 UV Nr. 6 S. 21). Aufgrund des

klaren Wortlauts ist nicht relevant, ob die Erwerbsfähigkeit tatsächlich verwertet wird (KASPAR GEHRING, in: Kommentar KVG/UVG, Kieser/Gehring/Bollinger [Hrsg.], Zürich 2018, Rz. 7 zu Art. 21 UVG). Nach der Rechtsprechung reicht es nicht aus, dass die durchgeführten Behandlungen zu einer Stabilisierung oder gar Verbesserung des Gesundheitszustands, insbesondere von Schmerzen, führen und sich lediglich im sozialen Bereich eingliederungswirksam auswirken (Urteil 8C 1011/2010 vom 19. Mai 2011 E. 5.5). Die Leistungspflicht erfordert vielmehr, dass die medizinischen Massnahmen zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit dienen (vgl. Urteil 8C 518/2016 vom 8. Mai 2017 E. 3.4).

3.

3.1. Das kantonale Gericht stützte sich im Wesentlichen auf die Einschätzungen des Kreisarzts Dr. med. univ. C. _____ im Bericht vom 25. September 2015. Dieser hielt fest, dass von der Fortführung der bisherigen Form der Physiotherapie keine Verbesserung des Gesundheitszustands zu erwarten sei. Der Versicherte könne zum Erhalt des bisherigen Zustands jeden Tag aktiv zu Hause die entsprechenden Übungen selbständig machen. Diese sollten ihm nach über 27 Jahren Physiotherapie geläufig sein. Aus medizinischer Sicht bestehe keine Indikation für eine geführte Physiotherapie mehr. Die Vorinstanz erwog weiter, das Argument des Beschwerdeführers, wonach er die Übungen nur unter ständiger Anleitung und Kontrolle verrichten könne, überzeuge angesichts der Therapiedauer nicht, zumal er nach eigenen Angaben sowie den Angaben der involvierten Medizinalpersonen auch ausserhalb der Therapiesitzungen diversen (auch sportlichen) Aktivitäten nachgehen könne. Zwar habe der Einwand von Dr. med. D. _____, Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, dass gegen die starken muskulären Verspannungen nur manuelle Massnahmen helfen würden, eine gewisse Berechtigung, da sich der Beschwerdeführer nicht selbst massieren könne. Aus rechtlichen

Gründen sei dieser Umstand jedoch nicht relevant. Denn obwohl die Behandlung dem Beschwerdeführer unbestrittenermassen gut tue und sein Wohlbefinden steigern, sei nicht dargetan, dass diese Massnahmen zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit notwendig seien, wobei es keine Rolle spiele, dass er - soweit ersichtlich - keiner Arbeitstätigkeit mehr nachgehe. Die Auffassung, dass der Versicherte zur Erhaltung der Restarbeitsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedürfe, werde von keiner involvierten medizinischen Fachperson vertreten und ergebe sich auch nicht aus den übrigen Akten oder aus den Vorbringen des Beschwerdeführers. Vielmehr habe dieser selbst immer nur von der Erhaltung des Wohlbefindens (oder dergleichen) gesprochen. Die Vorinstanz erachtete die Leistungsvoraussetzungen des Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG daher als nicht erfüllt.

3.2. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag nicht zu überzeugen:

3.2.1. Zunächst ist es unbestritten, dass er zur Aufrechterhaltung des bisherigen Zustands weiterhin körperliche Übungen ausführen soll. Vorinstanz und Beschwerdegegnerin sind der Ansicht, dass dafür ein selbständig vorzunehmendes Heimprogramm grundsätzlich genüge, was dem Beschwerdeführer auch zumutbar sei. Dass die Vorinstanz den Sachverhalt in dieser Hinsicht offensichtlich unrichtig festgestellt hätte (vgl. E. 1.2 hiervor), wird nicht hinreichend substantiiert dargetan und lässt sich auch nicht ersehen. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers steht dazu auch nicht im Widerspruch, dass sich die Beschwerdegegnerin bereit erklärte, weiterhin neun Physiotherapiebehandlungen jährlich zu übernehmen.

Denn zum einen sollen diese Behandlungen der Kontrolle und allfälligen Anpassung des Heimprogramms dienen und bei Bedarf in Anspruch genommen werden können. Damit kann sichergestellt werden, dass der Beschwerdeführer die erforderlichen Übungen auch künftig korrekt durchführt. Zum andern verneinte die Beschwerdegegnerin im Ergebnis die Notwendigkeit der bisherigen, höheren Behandlungsfrequenz. Indem die Vorinstanz die Reduktion der Anzahl Behandlungen schützte, anstatt auf dem Weg der reformatio in peius die Kostengutsprache gänzlich zu verweigern, verletzte sie kein Bundesrecht.

3.2.2. Der Beschwerdeführer verweist sodann darauf, dass die Versicherung die wöchentlichen Physiotherapiebehandlungen während 27 Jahren übernommen habe. Wenn sie sich nun auf den Standpunkt stellen wolle, diese Therapie sei nicht mehr erforderlich, obwohl sich die gesundheitliche Situation nicht verbessert habe, bedürfte sie besonders stichhaltiger Gründe. Solche vermöge sie allerdings nicht aufzuzeigen. Dem ist einerseits zu entgegnen, dass aus bisherigen Kostenvergütungen allein nicht auf eine künftige Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin geschlossen werden kann; auch ergibt sich daraus keine konkrete Zusicherung einer Leistung, die

allenfalls einen Leistungsanspruch gestützt auf den Grundsatz von Treu und Glauben zu begründen vermöchte (Urteil 8C 1011/2010 vom 19. Mai 2011 E. 5.2). Andererseits dringt der Beschwerdeführer auch mit seiner sinngemässe Rüge, dass ein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 2 ATSG fehle, nicht durch. Denn hier liegt keine Dauerleistung gemäss dieser Bestimmung vor, auch wenn sie über lange Jahre ausgerichtet wurde (vgl. BGE 133 V 57 E. 6 S. 61 ff.; Urteil 8C 179/2014 vom 16. März 2015 E. 4.3). Im Übrigen waren die Kostengutsprachen für die wöchentlichen Behandlungen jeweils für einen befristeten

Zeitraum erteilt worden, letztmals z.B. für die Zeit vom 23. Juli 2014 bis 31. Juli 2015. Dies eröffnete der Beschwerdegegnerin folglich auch die Möglichkeit, die Anspruchsgrundlagen jeweils vor der erneuten Kostengutsprache zu überprüfen und die Leistungen bei Bedarf anzupassen oder einzustellen.

3.2.3. Weiter will der Beschwerdeführer die Notwendigkeit einer fortgesetzten wöchentlichen Therapie aus dem Umstand ableiten, dass er die zur Behandlung der starken muskulären Verspannungen nötigen Massagen und Ultraschallanwendungen nicht in Eigentherapie bewerkstelligen könne. Im Übrigen würden die starken muskulären Verspannungen offenkundig nicht nur das Wohlbefinden, sondern auch die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen. Mit der Vorinstanz ist jedoch darauf hinzuweisen, dass er sich damit wiederum auf therapeutische Massnahmen beruft, die zu einer vorübergehenden Steigerung seines allgemeinen Wohlbefühls beitragen mögen, ohne aufzuzeigen, inwiefern sich diese Therapien darüber hinaus konkret auf die Erhaltung seiner Restarbeitsfähigkeit auswirken könnten.

3.2.4. Angesichts der aktenkundigen Aussagen des Beschwerdeführers gegenüber dem Kreisarzt zu den positiven Auswirkungen der Therapie auf sein Wohlbefinden und den Bemerkungen in der von ihm eingereichten Stellungnahme der Dr. med. D. _____ kann der Vorinstanz schliesslich nicht vorgeworfen werden, sie hätte ihre Untersuchungspflicht verletzt, indem sie keine Abklärungen zur Frage traf, ob die bisherige Physiotherapie spezifisch (auch) dem Erhalt der Resterwerbsfähigkeit diene.

3.3. Die Feststellung der Vorinstanz, dass für die Erhaltung des bisherigen Zustands und damit auch der verbleibenden Erwerbsfähigkeit ein (therapeutisch begleitetes) Heimprogramm ausreiche und eine wöchentliche physiotherapeutische Behandlung dafür nicht mehr erforderlich sei, erweist sich somit nicht als bundesrechtswidrig. Daher verneinte sie die Leistungspflicht des Unfallversicherers für die geltend gemachten wöchentlichen physiotherapeutischen Behandlungen zu Recht. Die Beschwerde ist abzuweisen.

4.

Die Gerichtskosten sind dem Ausgang des Verfahrens entsprechend vom Beschwerdeführer als unterliegender Partei zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

3.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 20. Juli 2018

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Maillard

Die Gerichtsschreiberin: Betschart