

S2 11 73

URTEIL VOM 16. JULI 2012

**Kantonsgericht Wallis
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

Es wirken mit: Kantonsrichter/in Dr. Lionel Seeberger, Präsident, Eve-Marie Dayer-Schmid, Thomas Brunner; Gerichtsschreiberin Renata Kreuzer

In Sachen

X_____, Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin **A**_____

gegen

Y_____, Beschwerdegegnerin

(Kostenübernahme)

Sachverhalt

A. X_____, geboren 1965, war durch ihren Arbeitgeber bei Y_____ obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als sie am 31. Oktober 2008 im Hobby-Baumarkt B_____ in C_____ zum Betrachten von Blumen in die Hocke ging, beim Aufstehen das Gleichgewicht verlor und einen heftigen Schmerz im rechten Knie verspürte (Dossier Y_____ Nr. 3 und 4). Der erstbehandelnde Arzt, Dr. D_____, Facharzt für Chirurgie FMH, stellte die Diagnose einer Innenmeniskusläsion rechts (Dossier Nr. 6) und ordnete ein MRI an, das am 3. November 2008 durchgeführt wurde und einen kleinen Einriss an der Unterfläche des Innenmeniskus im Hinterhornbereich, eine Veränderung wie bei Patella- und Femurkontusion und/oder Subluxation mit Coup und Contre-coup sowie eine partielle Ruptur des vorderen Kreuzbandes unter Erhalt der Kontinuität und einen Reizerguss ergab (Dossier Nr. 7). Es wurde eine konservative Therapie angeordnet. Am 28. November 2008 führte Dr. E_____, Facharzt für Orthopädie/Traumatologie FMH, in der Hirsländli-Klinik Permanence eine Kniearthroskopie mit medialer und lateraler Teilmeniskektomie und Reduktion der Plica mediopatellaris durch (Dossier Nr. 11). Nachdem Y_____ die Kostenübernahme zuerst mit der Begründung abgelehnt hatte, es liege weder ein Unfall noch eine unfallähnliche Körperschädigung vor (Dossier Nr.12), hiess sie die Einsprache der Versicherten schliesslich gut, anerkannte das Vorliegen einer unfallähnlichen Körperschädigung und übernahm die Folgen des Ereignisses vom 31. Oktober 2008 (Dossier Nr. 21).

Am 26. Februar 2009 sah Dr. E_____ X_____ in seiner Sprechstunde. Er stellte die Diagnose eines Restrehabilitationsdefizits des rechten Knies mit Verdacht auf einen sudeckoiden Zustand und verordnete Physiotherapie zum intensiven Muskelaufbau und zur Optimierung der Beweglichkeit (Dossier Nr. 27). Anfangs Juli 2009 erfolgte die IV-Anmeldung. Am 6. Juli 2009 (Dossier Nr. 54) ersuchte die Uniklinik F_____ um Kostengutsprache für einen stationären Aufenthalt. Am 27. Juli 2009 beantwortete die Klinik die Fragen Y_____ (Dossier Nr. 61). Es wurden bei der Diagnose „Verdacht auf CRPS I Knie rechts“ sowie ausgeschöpfter ambulanter Therapie und drohender Arbeitsunfähigkeit die Anpassung einer Analgesie sowie intensive physikalische Massnahmen in Aussicht gestellt. Am 31. Juli 2009 (Dossier Nr. 60) teilte die Y_____ der Uniklinik F_____ mit, die Heilungskosten im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 31. Oktober 2008 würden übernommen. X_____ war in der Folge vom 3. bis zum 29. August 2009 in der Uniklinik F_____ hospitalisiert. Nach anfänglicher Therapieresistenz besserten sich die Beschwerden. Am 2. Februar 2010 teilte der Hausarzt von X_____, Dr. G_____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen FMH, Y_____ mit, bei seiner Patientin sei aus medizinischen Gründen eine Wassertherapie im Thermalbad indiziert (Dossier Nr. 75). Mit Verfügung vom 24. März 2010 (Dossier Nr. 77) lehnte die IV-Stelle Wallis einen Rentenanspruch von X_____ ab, da sie ab dem 1. Dezember 2009 ihre angestammte Tätigkeit wieder im bisherigen Pensum von 80% ausüben könne. Am 15. Juni 2010 (Dossier Nr. 79)

fragte Y_____ Dr. G_____ an, ob die Behandlung abgeschlossen werden könne. Dieser teilte mit, er habe die Patientin seit Januar 2010 nicht mehr in seiner Sprechstunde gesehen. Im Juni 2010 liess X_____ Y_____ eine Rechnung über CHF 580 für einen VARIOhippo-Hocker (Dossier Nr. 82) und die dazugehörige Verordnung durch die Uniklinik F_____ zukommen.

B. Mit Schreiben vom 14. Juli 2010 (Dossier Nr. 84) lehnte Y_____ die Übernahme ab und retournierte die Rechnungen über CHF 580 für den VARIOhippo-Hocker und über CHF 105 des Thermalbads H_____.

Dagegen erhob X_____ am 5. August 2010 (Dossier Nr. 86) Einsprache.

Mit Schreiben vom 23. August 2010 (Dossier Nr. 87) ersuchte die Uniklinik F_____ erneut um Kostengutsprache für eine dreiwöchige stationäre Behandlung des CRPS I des rechten Knies. Am 22. September 2010 (Dossier Nr. 94) teilte Y_____ mit, sie beabsichtige, ein orthopädisches Gutachten in Auftrag zu geben, es sei ihr derzeit noch nicht möglich, zur Kostenübernahme Stellung zu nehmen. Mit Schreiben vom 16. November 2010 (Dossier Nr. 102) lehnte Y_____ die Kostenübernahme gestützt auf das Gutachten von Dr. I_____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, vom 12. November 2010 ab. Dieser hatte aufgrund einer persönlichen Untersuchung der Versicherten und eines umfassenden Aktenstudiums die Diagnosen eines Status nach Menishektomie, kompliziert durch eine Algodystrophie mit einer Chondritis des inneren Kompartimentes, gestellt. Unfallfremde Diagnosen stellte er keine. Er erachtete die Weiterführung der Therapie für ca. ein Jahr als sinnvoll, stellte jedoch fest, diese könne auch vor Ort ambulant durchgeführt werden, eine stationäre Physiotherapie sei keinesfalls gerechtfertigt. Die Prognose sei relativ günstig, denn die Patientin sei motiviert.

C. Mit Verfügung vom 6. Dezember 2010 (Dossier Nr. 104) teilte Y_____ ihrer Versicherten mit, bei dem VARIOhippo-Hocker handle es sich nicht um ein Hilfsmittel, das in der Liste im Anhang der Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Unfallversicherung vom 18. Oktober 1984 (HVUV) aufgeführt sei, die Rechnung könne deshalb nicht übernommen werden. Auch die zehn Eintritte in das Bad des Hotels H_____ könnten nicht übernommen werden, denn ihre Wirksamkeit und Zweckmässigkeit im Sinne von Art. 10 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG) sei nicht erwiesen. Die Kostengutsprache für einen erneuten stationären Aufenthalt in der Uniklinik F_____ werde abgelehnt, die vorgesehenen Physiotherapien könnten auch ambulant vor Ort durchgeführt werden.

In der am 4. Januar 2011 erhobenen Einsprache (Dossier Nr. 107) verlangte X_____ die Bezahlung des VARIOhippo-Hockers mit der Begründung, es handle sich um ein ärztlich verordnetes Hilfsmittel i. S. von Art. 10 lit. e UVG, das durch Entlastung des Knies der Schmerzlinderung diene, nicht jedoch körperliche Schädigungen oder Funktionsausfälle ausgleiche. Die Badekur im Heilbad in Breiten sei, entgegen der Annahme Y_____, sehr wohl ärztlich verordnet. Breiten sei vom

Eidgenössischen Departement des Innern als Heilbad anerkannt. Eine Rehabilitation, wie sie in der Uniklinik F_____ stationär durchgeführt werde, sei ambulant vor Ort nicht möglich, denn sie daure drei Wochen lang von morgens bis abends. Mit dem Gutachten von Dr. I_____ zeigte sich X_____ in mehreren Punkten nicht einverstanden.

Y_____ legte das Dossier ihrem Vertrauensarzt, Dr. J_____, vor, der am 17. Januar 2011 feststellte, die Kriterien für die Kostenübernahme des Hockers, der Badeeintritte sowie für die Kostengutsprache für den stationären Aufenthalt seien nicht erfüllt. (Dossier Nr. 108). Mit Entscheid vom 20. Juni 2011 (Dossier Nr. 112) wurde die Einsprache abgewiesen, die 2x10 Eintritte ins Heilbad Breiten jedoch – ohne weitere Prüfung und ohne Anerkennung einer Rechtspflicht – übernommen.

D. Dagegen erhob X_____ am 11. August 2011 Beschwerde bei der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts Wallis. Sie beantragte die Aufhebung des angefochtenen Entscheids und die Rückweisung an die Vorinstanz. Es seien die Kosten für die beantragten Leistungen (Spezialstuhl, Wassertherapie soweit noch nicht übernommen, stationäre Rehabilitation) zu vergüten bzw. zu bewilligen. Y_____ habe ihre grundsätzliche Leistungspflicht für den Unfall vom 31. Oktober 2008 anerkannt und die Behandlung sei noch nicht abgeschlossen. Die in Frage stehenden Leistungen trügen wesentlich zur Heilbehandlung bei und sie seien ärztlich verordnet. Die ambulanten Physiotherapiemassnahmen hätten nicht den gewünschten Erfolg gezeigt, trotzdem habe Y_____ die Einsprache ohne eine Überprüfung der Spitalbedürftigkeit abgewiesen. Damit sei der entscheidungswesentliche Sachverhalt zu wenig abgeklärt.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 12. September 2011 hielt Y_____ an ihrem Einspracheentscheid fest und beantragte die Abweisung der Beschwerde. Die Beschwerdeführerin habe Anspruch auf Leistungen, die wissenschaftlich anerkannt und wirtschaftlich seien. Der VARIOhippo-Hocker sei nicht zur Behandlung von Kniebeschwerden konzipiert, weshalb die Kostenübernahme zu Recht abgelehnt worden sei. Dasselbe sei zur Wassertherapie zu sagen, bei der es sich in casu nicht um die zweckmässige Behandlung handle. Im Weiteren sei keine Spitalbedürftigkeit der Beschwerdeführerin gegeben, die ambulanten Behandlungsalternativen seien nicht ausgeschöpft. Der Vorwurf der ungenügenden Abklärung gehe fehl, es lägen Y_____ Berichte von Dr. J_____, dem beratenden Arzt der Versicherung, vom 17. Januar 2011 und von Dr. K_____ von der Uniklinik F_____ vom 18. Mai 2011 vor.

Mit Replik vom 6. Oktober 2011 bestätigte die Beschwerdeführerin ihre Vorbringen und reichte einen Bericht von Dr. K_____ vom 14. September 2011 ein. Am 10. Oktober 2011 reichte sie eine Bestätigung der Firma Rückenzentrum Thergofit über den VARIOhippo-Hocker ein.

Y_____ hielt in der Duplik vom 7. November 2011 an ihren Anträgen fest.

Auf weitere Vorbringen wird, soweit entscheidungswesentlich, in den Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1. a) Gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) auf das UVG anwendbar, soweit dieses nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt.

Gemäss Art. 56 Abs. 1 ATSG kann gegen Einspracheentscheide innerhalb von 30 Tagen nach deren Eröffnung Beschwerde bei einem vom Kanton bestellten Versicherungsgericht eingereicht werden (Art. 57 ATSG und Art. 60 ATSG). Die am 11. August 2011 eingereichte Beschwerde erfolgte fristgerecht.

b) Die Versicherte hat ihren Wohnsitz in L_____, weshalb die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts gestützt auf Art. 7 Abs. 2 des Gesetzes über die Rechtspflege vom 11. Februar 2009 (RPfIG), Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) i.V.m. Art. 1 Abs. 2 des Verfahrensreglements vom 2. Oktober 2001 (RVG) und Art. 81bis des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren und die Verwaltungsrechtspflege vom 6. Oktober 1976 (VVRG) als Kantonales Versicherungsgericht für die Behandlung von Beschwerden auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts zuständig ist (vgl. BGE 127 V 176 E. 2). X_____ ist durch den Einspracheentscheid vom 20. Juni 2011 berührt (Art. 59 ATSG) und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung. Sie ist somit zur Beschwerde legitimiert. Auf die fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten (Art. 60 ATSG).

2. a) Die Beschwerdeinstanz hat nicht zu prüfen, ob sich er angefochtene Entscheid unter schlechthin allen in Frage kommenden Aspekten als korrekt erweist, sondern im Prinzip nur die vorgebrachten Beanstandungen zu untersuchen (Rügeprinzip). Von den Verfahrensbeteiligten nicht aufgeworfene Rechtsfragen werden von der Beschwerdeinstanz nur geprüft, wenn hiezuhin aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichend Anlass besteht (BGE 119 V 347 Erw. 1a).

b) Unbestritten ist die Leistungspflicht der Y_____ für die Folgen des Ereignisses vom 31. Oktober 2008. Streitig und zu prüfen ist, ob die Y_____ die Kostenübernahme für den VARIOhippo-Hocker und weitere Badeeintritte sowie die Kostengutsprache für den dreiwöchigen stationären Aufenthalt in der Uniklinik F_____ zu Recht abgelehnt hat.

3. a) Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, nämlich auf: a. die ambulante Behandlung durch den Arzt, den Zahnarzt oder auf deren Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson sowie im weiteren durch den Chiropraktor; c. die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals; d. die ärztlich verordneten Nach- und Badekuren; e. die der Heilung dienlichen Mittel und Gegenstände. Der Anspruch besteht so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist (Art. 19 Abs. 1 UVG). Die Zweckmässigkeit einer Behandlung wird aufgrund von medizinischen Kriterien bestimmt. Besteht eine klare medizinische Indikation für eine Behandlung, kann ohne weitere Abklärungen von der Zweckmässigkeit ausgegangen werden. Bei gleichzeitiger Zweckmässigkeit verschiedener Massnahmen ist das Kriterium der Wirtschaftlichkeit ausschlaggebend (Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zürich/Basel/Genf 2003, S. 91). Die Wirtschaftlichkeit wird in Art. 54 UVG umschrieben. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit wird verletzt, wenn die Leistungserbringer mehr oder kostspieligeres tun als angezeigt und angemessen wäre (Maurer/Scartazzini/Hürzeler, Bundessozialversicherungsrecht, Basel 2009, S. 421). Der Versicherer darf die diagnostischen und therapeutischen Massnahmen im Einzelfall und unter angemessener Rücksichtnahme auf den Versicherten festlegen, sofern dies für die zweckmässige Behandlung und nach dem Gebot der wirtschaftlichen Betrachtungsweise erforderlich erscheint (Bundesgerichtsurteil U 482/05 vom 3. Oktober 2006 Erw. 3.1)

b) Nach Art. 11 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die Hilfsmittel, die körperliche Schädigungen oder Funktionsausfälle ausgleichen. Die Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Unfallversicherung (HVUV) vom 18. Oktober 1984 zählt in der Liste die Kategorien der Hilfsmittel abschliessend auf. Hingegen muss innerhalb jeder Kategorie gesondert geprüft werden, ob die Aufzählung im Sinne von Beispielen erfolgt oder abschliessend ist (Maurer/Scartazzini/Hürzeler, a.a.o., S. 421).

4. a) Der VARIOhippo-Hocker wurde durch Dr. K_____ von der Uniklinik F_____ am 17. Mai 2010 verordnet. Die Firma Rückenzentrum THERGOfit bestätigte mit Schreiben vom 3. Oktober 2011, mit dem VARIOhippo Arbeitsstuhl mit hohem Lift sei eine ideale Entlastung des verletzten Knies möglich. Aus dem Internetauftritt der Firma geht hervor, dass ihre Sitzmöbel eine ergonomische Haltung begünstigen und durch eine natürliche Stimulation der Rückenmuskulatur Rücken- und Nackenschmerzen verhindern helfen sollen. Ein der Heilung dienlicher Gegenstand müsste demgegenüber direkt den Heilungsprozess fördern, ohne jedoch ein Arzneimittel zu sein. Zu denken ist in diesem Zusammenhang etwa an Krücken, die der Versicherte braucht, um wieder gehen zu lernen, oder an Gehschienen (Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Bern 1985). Der VARIOhippo-Hocker hilft X_____ bei der Bewältigung des Alltags, indem sie trotz Entlastung des Knies von einer optimalen Bewegungsfreiheit profitieren kann. Damit erfüllt er nicht die Kriterien an einen der Heilung dienenden Gegenstand im Sinne von Art. 10 lit. e UVG, sondern vielmehr jene an ein Hilfsmittel, das die körperliche Schädigung oder

Funktionsausfälle ausgleicht (gemäss Art. 11 UVG) und müsste somit in der Liste der HVUV aufgeführt sein, was indessen – auch im Sinne einer beispielhaften Aufzählung – nicht der Fall ist. Y_____ hat die Übernahme der Kosten für den VARIOhippo-Hocker somit zu Recht abgelehnt.

b) Dr. G_____ orientierte Y_____ mit Schreiben vom 2. Februar 2010 über die Indikation einer Wassertherapie im Thermalbad bei seiner Patientin. Die Uniklinik F_____ verordnete am 6. September 2010 Physiotherapie in Form von „Einzeltherapie“ und „Gruppentherapie Wasser“ und am 27. Dezember 2010 sowie am 15. September 2011 ein „Abonnement Wassertherapie“, 9x im Heilbad. Mit „Kurbestätigungen“ des Badehotels H_____ vom 16. Januar 2010 und vom 8. September 2010 werden der Beschwerdeführerin 10er Abonnemente für das Solebad in der Höhe von je CHF 105 in Rechnung gestellt. Dabei handelt es sich offensichtlich um eine Badekur und nicht um die von Dr. G_____ und der Uniklinik F_____ verordneten Physiotherapien in Form von Wassertherapie. Da für eine Badekur keine ärztliche Verordnung vorliegt (Art. 10 Abs. 1 lit. d UVG), hat Y_____ eine weitere Übernahme zu Recht abgelehnt.

c) Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, die ambulanten Physiotherapiemassnahmen hätten nicht den gewünschten Erfolg gezeigt, weshalb sich eine stationäre Rehabilitation aufdränge. Die Y_____ habe die Spitalbedürftigkeit ohne nähere Prüfung, zu der sie verpflichtet gewesen wäre, abgelehnt. Die Y_____ stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, die erforderlichen muskelaufbauenden Therapien könnten ambulant vollzogen werden.

Unbestritten ist die Behandlungsbedürftigkeit der Beschwerdeführerin. Allerdings kann deswegen nicht schon die Spitalbedürftigkeit bejaht werden. Spitalbedürftigkeit ist gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital (d.h. unter Inanspruchnahme eines Spitalbettes) zweckmässig durchgeführt werden können, weil sie zwingend der dortigen apparativen und personellen Voraussetzungen bedürfen, oder sofern die Möglichkeiten ambulanter Behandlungen erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht (Bundesgerichtsurteil 9C_107/2011 vom 28. Februar 2011 Erw. 2.2). Dr. K_____ schreibt in seinem Bericht über die Verlaufskontrolle vom 14. September 2011: „...Von der durchgeführten Therapie profitiert die Patientin aus funktioneller Sicht und ist auch entsprechend motiviert. Dadurch kann die Arbeitsfähigkeit in einem 80%-Pensum (vorwiegend stehend) gewährleistet werden. In diesem Sinne ist die Weiterführung der Physiotherapie und der Wassertherapie als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich anzusehen. Bei erneuter Verschlechterung des Zustandes und drohender Arbeitsunfähigkeit wäre ich nach wie vor überzeugt, dass die Patientin von einem stationären Aufenthalt profitieren würde.“ Demzufolge besteht eine Übereinstimmung sämtlicher beurteilender Ärzte darüber, dass eine Weiterführung der ambulanten Physiotherapie sinnvoll und ein stationärer Aufenthalt im zu beurteilenden Zeitpunkt nicht notwendig ist. Die Y_____ hat die Kostengutsprache für den stationären Aufenthalt demzufolge zu Recht verweigert.

5. a) Auf weitere Abklärungen kann im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung verzichtet werden, da sie zu keinem andern Ergebnis zu führen vermöchten (Bundesgerichtsurteil 8C_818/2008).

b) Nach dem Gesagten erweist sich der Entscheid der Y_____ als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

6. Den im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde obsiegenden Behörden oder mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen darf in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen werden. In Anwendung dieser Bestimmung hat das Eidgenössische Versicherungsgericht der SUVA und den privaten UVG-Versicherern sowie - von Sonderfällen abgesehen - den Krankenkassen keine Parteientschädigungen zugesprochen, weil sie als Organisationen mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben zu qualifizieren sind (BGE 123 V 309 Erw. 10 mit Hinweisen). Das Verfahren ist, von hier nicht massgebenden Ausnahmen abgesehen, kostenlos.

Demnach wird erkannt

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch Parteientschädigungen zugesprochen.

Sitten, 16. Juli 2012