Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

8C 616/2013 {T 0/2}

Urteil vom 28. Januar 2014

I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichterin Leuzinger, Präsidentin,
Bundesrichter Maillard, Bundesrichterin Heine,
Gerichtsschreiberin Riedi Hunold.

Verfahrensbeteiligte
E._____,
vertreten durch Rechtsanwalt Urs Schlegel,
Beschwerdeführer,

gegen

Zürich Versicherungsgesellschaft AG,
8085 Zürich,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Unfallversicherung,

Beschwerde gegen den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen
vom 25. Juni 2013.

Sachverhalt:

A.
E._____, geboren 1967, war ab April 1991 beim Zentrum X._____ angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Zürich) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 29. Juni 2000 zog er sich bei einem Auffahrunfall ein HWS-Distorsionstrauma zu und klagte in der Folge über Schmerzen im Bereich der rechten Schulter, des linken Knies und in der Lumbalgegend. Es erfolgten verschiedene medizinische Behandlungen. Mit Verfügung vom 24. Oktober 2006 sprach die Zürich ihm eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 15 % zu und hielt fest, er könne seine bisherige Tätigkeit ohne Einkommenseinbusse ausüben. Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft.
Am 4. August 2009 liess E._____ die Übernahme der Kosten seiner Physiotherapie beantragen. Nach Prüfung eines Rückfalls teilte die Zürich mit, sie werde keine Behandlungskosten übernehmen. Auf Intervention von E._____ verfügte die Zürich am 15. April 2011 die verweigerte Übernahme weiterer Behandlungskosten, da weder ein Rückfall noch eine Spätfolge vorliege und mangels Rentenanspruch die Heilbehandlungen auch nicht nach Art. 21 UVG übernommen werden könnten, ungeachtet dessen, dass die Physiotherapie entgegenkommenderweise noch bis 5. Oktober 2009 übernommen worden sei. Dies bestätigte sie mit Einspracheentscheid vom 1. März 2012.

B.
Mit Entscheid vom 25. Juni 2013 wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die dagegen erhobene

Beschwerde ab.

C.
E._____ lässt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten führen mit dem Antrag, es seien der vorinstanzliche Entscheid sowie der Einspracheentscheid vom 1. März 2012 und die Verfügung vom 15. April 2011 aufzuheben und die Zürich zu verpflichten, die Kosten für die Heilbehandlungen auch nach dem 26. April 2006 zu übernehmen. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.
Die Zürich schliesst auf Abweisung der Beschwerde. Das Bundesamt für Gesundheit verzichtet auf eine Vernehmlassung.

Erwägungen:

1.
Die Beschwerde kann wegen Rechtsverletzung gemäss Art. 95 und Art. 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist somit weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen und es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen (vgl. BGE 130 III 136 E. 1.4 S. 140). Gemäss Art. 42 Abs. 1 BGG ist die Beschwerde hinreichend zu begründen, andernfalls wird darauf nicht eingetreten (Art. 108 Abs. 1 lit. b BGG). Das Bundesgericht prüft grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen; es ist nicht gehalten, wie eine erstinstanzliche Behörde alle sich stellenden rechtlichen Fragen zu prüfen, wenn diese vor Bundesgericht nicht mehr vorgetragen wurden. Es kann die Verletzung von Grundrechten und von kantonalem und interkantonalem Recht nur insofern prüfen, als eine solche Rüge in der Beschwerde vorgebracht und begründet worden ist (Art. 106 Abs. 2 BGG).

2.
In formeller Hinsicht rügt der Versicherte die Aktenführung der Zürich. Weiter macht er eine Verletzung seines Anspruchs auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) und ein faires Verhalten sowie eine unvollständige und den Untersuchungsgrundsatz verletzende Sachverhaltsfeststellung geltend.

2.1. Laut Art. 43 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger (und gemäss Art. 61 lit. c ATSG auch das Sozialversicherungsgericht) den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1 S. 377). Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum - auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden - Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360; 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des
Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148; 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (SVR 2010 AlV Nr. 2 S. 3 E. 2.2 mit Hinweis, 8C 269/2009).
Es liegt nicht im Belieben der Behörde, im Beschwerdeverfahren dem Gericht nur diejenigen Akten einzureichen, welche sie als notwendig und für die Beurteilung des Falles entscheidend betrachtet. Andernfalls würden die dargelegten Beweisgrundsätze ihres Gehalts entleert (BGE 135 V 194 E. 3.1 S. 196; SVR 2010 AlV Nr. 2 S. 3 E. 5.2.2, 8C 269/2009; Urteil 8C 751/2009 vom 24. Februar 2010 E. 4.3.2). Der verfassungsmässige Anspruch auf eine geordnete und übersichtliche Aktenführung verpflichtet die Behörden und Gerichte, die Vollständigkeit der im Verfahren eingebrachten und erstellten Akten sicherzustellen (SVR 2011 IV Nr. 44 S.

131 E. 2.2.1, 8C 319/2010; Urteil 5A 341/2009 vom 30. Juni 2009 E. 5.2). Für die dem Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts unterstellten Versicherer wurde in Art. 46 ATSG die Aktenführungspflicht auf Gesetzesstufe konkretisiert. Danach sind für jedes Sozialversicherungsverfahren alle Unterlagen, die massgeblich sein können, vom Versicherungsträger systematisch zu erfassen (BGE 138 V 218 E. 8.1.2 S. 223). Ferner sind die Unterlagen von Beginn weg in chronologischer Reihenfolge abzulegen; bei Vorliegen eines Gesuchs um Akteneinsicht und spätestens im Zeitpunkt des Entscheids ist das Dossier zudem
durchgehend zu paginieren (SVR 2011 IV Nr. 44 S. 131 E. 2.2.2, 8C 319/2010). In der Regel ist auch ein Aktenverzeichnis zu erstellen, welches eine chronologische Auflistung sämtlicher in einem Verfahren gemachter Eingaben enthält (Urteil 2C 327/2010 vom 19. Mai 2011 E. 3.2, nicht publiziert in BGE 137 I 247; SVR 2011 IV Nr. 44 S. 131 E. 2.2.2, 8C 319/2010).

2.2. Der Versicherte rügt eine rechtsverletzende Aktenführung durch die Zürich. Soweit er auf die Lücke zwischen den Aktenstücken Z188 und Z201 verweist, ist mit der Vorinstanz festzuhalten, dass es sich dabei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um die Belege zur Abrechnung der Fahrspesen gemäss Schreiben des Rechtsvertreters vom 14. September 2006 (Z203) handelt, befindet sich diese Lücke doch zwischen den beiden Zusammenstellungen der Fahrspesen (Z188 und Z201). Als letztes vor den eingereichten Belegen bezüglich Fahrspesen, Heilbehandlungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Z184-Z188 und Z201-Z202) ist das Schreiben der Zürich vom 1. September 2006 (Z183) erfasst, mit welchem ein Vorschlag zum Fallabschluss gemacht wird, welcher nur Heilbehandlungen im Rahmen von Rückfällen und Spätfolgen gewährt. Weiter erwähnt das Schreiben des Rechtsvertreters zwar ein Telefongespräch (ohne genauere Datenangabe), doch ergibt sich aus dem gesamten Text weder eine Einschränkung bezüglich der von der Zürich vorgeschlagenen Fallerledigung noch eine davon abweichende telefonische Vereinbarung. Die übrigen geltend gemachten Lücken beziehen sich auf (viel frühere) Zeitpunkte, welche für die vorliegend strittige Frage nicht relevant sind.
Nach dem Gesagten ist keine Verletzung der Aktenführungspflicht nach Art. 46 ATSG in dem Sinne ausgewiesen, dass die Zürich ein für die Fallerledigung massgebliches Dokument nicht erfasst hätte. Damit hat die Vorinstanz weder den Anspruch auf rechtliches Gehör resp. auf ein faires Verfahren noch den Untersuchungsgrundsatz verletzt.

3.
In materieller Hinsicht macht der Versicherte einen andauernden Anspruch auf Übernahme der Heilbehandlungskosten geltend. Er stützt sich dabei auf den Grundsatz des Vertrauensschutzes und rügt eine falsche Auslegung der Art. 10, 19 und 21 UVG durch die Vorinstanz.

3.1.

3.1.1. Die verunfallte Person hat Anspruch auf Heilbehandlung, solange von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann; mit dem Fallabschluss fallen die vorübergehenden Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld dahin (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). Gemäss Art. 21 UVG besteht nach Festsetzung einer Rente nur unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf Übernahme der Heilbehandlung.
Ist einerseits der Abschluss der vorübergehenden Leistungen erfolgt, weil von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG mehr erwartet werden konnte, und sind andererseits die Voraussetzungen von Art. 21 Abs. 1 UVG nicht erfüllt, hat die obligatorische Krankenpflegeversicherung für notwendige Heilbehandlung aufzukommen (BGE 134 V 109 E. 4.2 S. 115).
Nach dem Wortlaut des Art. 21 Abs. 1 UVG wird vorausgesetzt, dass die entsprechenden Leistungen "nach der Festsetzung der Rente" einem "Bezüger" ausgerichtet werden. Die Bestimmung gemäss lit. c bezieht sich demnach eindeutig auf Personen, die bereits eine Rente beziehen, aber noch erwerbsfähig sind, also einen Invaliditätsgrad zwischen 10 % und weniger als 100 % (für vollständig Erwerbsunfähige kommt lit. d des Art. 21 Abs. 1 zur Anwendung; vgl. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. 1989, S. 384) aufweisen. Diese Interpretation ergibt sich auch bei Konsultation der französischen ("Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais [art. 10 à 13]sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants: c. lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain") und der italienischen ("Determinata la rendita, le prestazioni sanitarie e il rimborso

delle spese [art. 10 a 13]sono accordati se il beneficiario: c. abbisogna durevolmente di trattamento e cure per mantenere la capacità residua di guadagno") Fassung des Gesetzes. Es ist jeweils von einer Situation "nach der Rentenfestsetzung" die Rede. Andere
Interpretationsmöglichkeiten bestehen nicht.
Zum gleichen Ergebnis führt die Konsultation von Lehre und Rechtsprechung. Gemäss Maurer (a.a.O., S. 387) ist Art. 21 UVG nicht mehr anwendbar, sobald eine Rente eingestellt wird, weil sie beispielsweise revisionsweise aufgehoben wurde. Umso weniger besteht der Anspruch einer versicherten Person, der gar nie eine Rente zugesprochen wurde, weil sie keine (oder nur eine sehr geringe von weniger als 10 %) Erwerbsunfähigkeit ausweist. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless (Unfallversicherungsrecht, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2. Aufl., N. 211 ff. S. 910 Fn. 373) präzisieren sogar, dass eine Rentenverfügung in Rechtskraft erwachsen sein muss, damit gegebenenfalls Leistungen auf Grund von Art. 21 Abs. 1 UVG beansprucht werden können. Vorher besteht allenfalls ein Anspruch gemäss Art. 10 UVG (mit Hinweis auf Urteil U 252/01 vom 17. Juni 2002). Bei der Beurteilung eines anders gelagerten Sachverhaltes hatte das ehemalige Eidgenössische Versicherungsgericht bereits mit Urteil U 368/01 vom 9. April 2002 in E. 7b/bb ausgeführt, dass Leistungen auf Grund von Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG nicht in Frage kämen, da "der Versicherten bis anhin gar keine Invalidenrente ausgerichtet werde". Ebenso hat es im Urteil U 12/04 vom
28. Juli 2004 in E. 3.2 bekräftigt, ein Anspruch auf Heilbehandlungsmassnahmen im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG stehe nicht zur Diskussion, weil dem Versicherten kein Anspruch auf eine Invalidenrente nach UVG zustehe. Schliesslich wird in BGE 116 V 41 E. 3c S. 46 ausgeführt, die anspruchsbegründenden Tatbestände des Art. 21 Abs. 1 lit a - c UVG setzten voraus, dass ein Versicherter entweder an einer Berufskrankheit leide oder noch über eine teilweise Erwerbsfähigkeit verfüge. Damit bleibt für eine Interpretation des Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG, wonach eine Leistungspflicht des Unfallversicherers für den status quo erhaltende Heilbehandlung auch über den rentenausschliessenden Fallabschluss hinaus besteht, kein Raum. Wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Heilbehandlung hat vielmehr die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu gewähren (Art. 32 KVG). Vorbehalten bleibt einzig der Anspruch auf weitere Heilbehandlung auf Grund von Art. 11 UVV in Verbindung mit Art. 10 UVG, (Rückfall oder Spätfolgen; SVR 2012 UV Nr. 6 S. 21 E. 5, 8C 191/2011).

3.1.2. Der Versicherte hat keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten seiner Physiotherapie, da der Anspruch auf vorübergehende Leistungen wie Heilbehandlung und Taggeld mit dem Fallabschluss (Verfügung vom 24. Oktober 2006) dahingefallen ist, weder ein Rückfall noch Spätfolgen ausgewiesen sind und mangels Zusprechung einer Rente eine Übernahme auch nicht im Rahmen der (restriktiven) Voraussetzungen von Art. 21 UVG in Frage kommt.

3.2.

3.2.1. Will der Unfallversicherer bisher gewährte Taggelder und Heilbehandlung zurückfordern, muss er den hiefür erforderlichen Rückkommenstitel der prozessualen Revision oder der Wiedererwägung ausweisen. Will er aber nicht so weit gehen, sondern die bisher zu Unrecht ausgerichteten Leistungen stehen lassen, ist Verfügungsgegenstand nur die zukünftige Leistungseinstellung, welche - wenn materiell-rechtlich begründet und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen - der Unfallversicherer ohne Rückkommensvoraussetzungen und damit ohne Bindung an früher ausgerichtete Leistungen vornehmen kann. Vorbehalten bleiben lediglich Fälle, in denen der Vertrauensschutz einem sofortigen Leistungsstopp entgegensteht (BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384 mit Hinweisen).
Der in Art. 9 BV verankerte Grundsatz von Treu und Glauben verleiht einer Person Anspruch auf Schutz des berechtigten Vertrauens in behördliche Zusicherungen oder sonstiges, bestimmte Erwartungen begründendes Verhalten der Behörden (BGE 126 II 377 E. 3a S. 377 mit Hinweisen). Voraussetzung (vgl. dazu 137 II 182 E. 3.6.2 S. 193 mit Hinweisen) dafür ist, dass:
a) es sich um eine vorbehaltlose Auskunft der Behörden handelt;
b) die Auskunft sich auf eine konkrete, den Bürger berührende Angelegenheit bezieht;
c) die Amtsstelle, welche die Auskunft gegeben hat, hiefür zuständig war oder der Bürger sie aus zureichenden Gründen als zuständig betrachten durfte;
d) der Bürger die Unrichtigkeit der Auskunft nicht ohne weiteres hat erkennen können;
e) der Bürger im Vertrauen hierauf nicht ohne Nachteil rückgängig zu machende Dispositionen getroffen hat;

f) die Rechtslage zur Zeit der Verwirklichung noch die gleiche ist wie im Zeitpunkt der Auskunftserteilung;
g) das Interesse an der richtigen Durchsetzung des objektiven Rechts dasjenige des Vertrauensschutzes nicht überwiegt.

3.2.2. Vorliegend beruft sich der Beschwerdeführer auf eine (angebliche) telefonische Zusicherung der Leistung sowie darauf, dass die bisherige Leistungsausrichtung eine Vertrauensgrundlage geschaffen habe, auf welche er sich habe verlassen dürfen. Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern der Versicherte eine nicht ohne Nachteil rückgängig zu machende Disposition getroffen hätte. Denn bei ausgewiesener medizinischer Notwendigkeit der Physiotherapie - was auch Voraussetzung für die Übernahme durch die Unfallversicherung ist - sind deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen (vgl. E. 3.1.1). Da für eine gesetzeswidrige Leistungszusprechung gestützt auf den Vertrauensgrundsatz sämtliche Voraussetzungen kumulativ erfüllt sein müssen, ist der Berufung auf den Grundsatz von Treu und Glauben kein Erfolg beschieden. Es ist demnach nicht zu beanstanden, dass die Zürich trotz zu Unrecht übernommener Heilbehandlung nach Fallabschluss eine zukünftige Ausrichtung weiterer Kosten der Physiotherapie ablehnte.

4.
Das Verfahren ist kostenpflichtig. Der unterliegende Versicherte hat die Gerichtskosten 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 Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 28. Januar 2014

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Die Präsidentin: Leuzinger

Die Gerichtsschreiberin: Riedi Hunold