



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 22. Dezember 2016 (725 16 296 / 344)

Unfallversicherung

Da eine namhafte Besserung des unfallspezifischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers durch weitere Physiotherapie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen ist, ist der Fallabschluss korrekterweise erfolgt

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Barbara Vögli

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Roman Felix, Advokat, Hauptstrasse 8, Postfach 732, 4153 Reinach

gegen

Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG,
Dufourstrasse 40, 9001 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG, Rechtsdienst Personenversicherung, Wuhrmattstrasse 19-23, 4103 Bottmingen

Betreff Leistungen

A. Der 1955 geborene A.____ arbeitet seit dem 1. August 1989 bei der B.____ AG und ist in dieser Eigenschaft bei der Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG (Helvetia)

gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 27. August 2005 stürzte er mit dem Velo und zog sich eine starke Prellung mit Hämatom am rechten Oberschenkel sowie eine Schürfwunde am rechten Ellbogen zu. Die Erstversorgung nach dem Unfall erfolgte am Spital C.____. Danach übernahm der Hausarzt Dr. med. D.____, Allgemeine Medizin FMH, die Nachbehandlung, die insbesondere in verordneter Physiotherapie bestand. Eine Arbeitsunfähigkeit trat nicht ein. In der Folge erbrachte die Helvetia die gesetzlichen Leistungen. Am 15. März 2006 meldete die Arbeitgeberin eine neu eingetretene Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf das Unfallereignis vom 27. August 2005. Es bildete sich am rechten Oberschenkel ein grosses Serom, das am 14. März 2006 operativ behandelt wurde. Da im postoperativen Verlauf ein Wundinfekt eingetreten war, musste am 23. März 2006 eine operative Revision vorgenommen werden. In der Folge erachtete Dr. D.____ immer wieder Physiotherapien zur Lösung von Narbenadhäsionen, zur Muskelstabilisierung und zur Serom-Prävention als erforderlich, so dass entsprechende Therapien über Jahre hinweg immer wieder durchgeführt wurden. Am 7. Februar 2014 teilte er mit, dass die Behandlung abgeschlossen worden sei. Der Patient sei sportlich, habe abgenommen und bewege sich viel. Er spüre den Oberschenkel immer wieder, habe aber keine eigentlichen Schmerzen mehr. Mit Schreiben vom 16. August 2015 meldete A.____ einen Rückfall aufgrund von Schmerzen in der rechten Kniekehle. In der Folge wurde erneut Physiotherapie verordnet.

Mit Schreiben vom 30. November 2015 lehnte die Helvetia eine Leistungspflicht für die ab dem 6. August 2015 erfolgte Behandlung des rechten Oberschenkels ab, da die Beschwerden nicht mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Dr. D.____ hielt mit Schreiben vom 8. Januar 2016 fest, dass die Frage bleibe, wie weit das Beschwerdevolumen eine hinreichende Indikation zu gelegentlicher physiotherapeutischer Behandlung der Lokalbeschwerden am rechten Oberschenkel darstelle. Aus hausärztlicher Sicht sollte dem Patienten die gelegentliche physiotherapeutische Behandlung von z.B. 2x9 Sitzungen pro Jahr gewährleistet werden. Mit Verfügung vom 28. Januar 2016 lehnte die Helvetia eine Leistungspflicht für die ab dem 6. August 2015 geklagten Beschwerden im Bereich des Oberschenkels und der rechten Kniekehle ab, da diese nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Die dagegen vom Versicherten am 4. Dezember 2015 erhobene Einsprache wies die Helvetia mit Einspracheentscheid vom 4. August 2016 ab. Darin bejahte sie zwar das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges, lehnte aber ihre weitere Leistungspflicht aufgrund des Erreichens des Endzustands bzw. aufgrund einer mangelnden Wirtschaftlichkeit der durchgeführten Behandlung ab.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Advokat Roman Felix, am 13. September 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. In der Begründung führte er zusammenfassend aus, dass die Unfallkausalität der Beschwerden klar gegeben sei, was von der Beschwerdegegnerin nun auch anerkannt worden sei. Es handle sich nicht um einen eigentlichen Rückfall, denn der Grundfall sei nie abgeschlossen worden, weshalb weiterhin Leistungen zu erbringen seien. Es sei offensichtlich, dass die verstärkte Schmerzsituation

ab dem 4. August 2015 eine weitere Behandlung notwendig gemacht und diese Behandlung schliesslich Besserung gebracht habe. Wenn die Beschwerdegegnerin die Wirtschaftlichkeit der Behandlung anzweifelt, übersehe sie, dass die neuerlichen Schmerzen erst aufgrund der nachfolgenden Behandlung abgeklungen seien, so dass die Behandlung erforderlich gewesen sei. Ob dann für die weitere physiotherapeutische Behandlung, welche nach dem erneuten Abklingen der Schmerzsituation ab dem 4. August 2015 noch durchgeführt worden sei, Kosten von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen seien, sei eine andere Frage. Die Verneinung der Leistungen ab dem 6. August 2015 erweise sich aber auf jeden Fall als rechtswidrig.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 26. Oktober 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin unter o/e-Kostenfolge die Abweisung der Beschwerde. Es könne offen bleiben, ob der Grundfall abgeschlossen worden sei und daher ein Rückfall vorliege oder nicht, da so oder anders der Endzustand eingetreten sei. Für den Endzustand brauche es keine Beschwerdefreiheit, vielmehr genüge es, dass keine wesentliche Besserung des Gesundheitszustands mehr zu erreichen sei. Nachdem der Gesundheitszustand seit längerem stationär sei, sei der Endzustand zweifelsohne eingetreten.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in Z.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde des Versicherten ist demnach einzutreten.

2.1 Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auch nach dem 6. August 2015 Leistungen zu erbringen hat. Sie vertritt die Auffassung, dass der Endzustand schon seit längerem erreicht sei und daher mit der Physiotherapie keine wesentliche Besserung des Gesundheitszustands mehr erzielt werden könne. Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, dass sich die neuerlichen Beschwerden aufgrund der physiotherapeutischen Behandlung ab dem 6. August 2015 erheblich gebessert hätten, weshalb die von der Beschwerdegegnerin angezweifelte Wirtschaftlichkeit der Behandlung in jedem Fall gegeben sei, unabhängig davon, ob diese Behandlung unter den Grundfall oder unter einen Rückfall eingeordnet werde.

2.2 Zu Recht nicht mehr strittig zwischen den Parteien ist die Unfallkausalität der neuerlichen Beschwerden, da diese aufgrund der übereinstimmenden Einschätzungen der Ärzte gegeben ist. Diesbezüglich erübrigen sich weitere Ausführungen.

3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Pflegeleistungen sind solange zu erbringen, als davon eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (vgl. Art. 19 Abs. 1 erster und zweiter Satz UVG e contrario). Erachtet der Unfallversicherer diese Voraussetzung nicht mehr als gegeben oder hält er eine laufende oder wieder beantragte Behandlung für unzweckmässig, kann er deren Fortsetzung gestützt auf Art. 48 Abs. 1 UVG ablehnen (vgl. [BGE 128 V 171](#) E. 1b). Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG).

3.2 Kann von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des unfallbedingt beeinträchtigten Gesundheitszustandes mehr erwartet werden und laufen auch keine Eingliederungsmassnahmen der IV mehr, hat der Versicherer den Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen abzuschliessen und den Anspruch auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen (vgl. BGE 137 V 201 f. E. 2.1, 134 V 114 E. 4.1). Nahtlos an diese Regelung schliesst sich Art. 21 Abs. 1 UVG an. Danach soll eine Heilbehandlung – wie auch die in den Art. 11 bis 13 UVG vorgesehenen Kostenvergütungen – nach Festsetzung der Rente durch den Unfallversicherer nur unter besonderen Voraussetzungen gewährt werden, so bei Berufskrankheit (lit. a), bei Rückfall oder Spätfolgen zur wesentlichen Besserung oder Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (lit. b), zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit (lit. c) und zur wesentlichen Verbesserung oder zur Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes im Falle der Erwerbsunfähigkeit (lit. d). Im dazwischen liegenden Bereich, nämlich wenn einerseits von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung im Sinne 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 alsdann der obligatorische Krankenpflegeversicherer (vgl. BGE 134 V 114 f. E. 4.2).

3.3 Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin – die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen ist, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu

würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.1 Im vorliegenden Fall ist zunächst strittig, ob die Beschwerdegegnerin den Fall bereits abgeschlossen hat und damit ein Rückfall zur Beurteilung steht, oder ob gar nie ein Fallabschluss stattgefunden hat. Dem ärztlichen Bericht von Dr. D._____ vom 7. Februar 2014 ist zu entnehmen, dass er die ärztliche Behandlung abgeschlossen hat. Aus den Akten geht aber nicht hervor, dass die Beschwerdegegnerin den Fall je formell abgeschlossen hat. Ob ein konkludenter Fallabschluss stattgefunden hat oder ob ein solcher Abschluss überhaupt zulässig ist, kann letztlich offen bleiben. Massgeblich und zu prüfen ist, ob die umstrittene Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands herbeiführen kann. Diese Prüfung ist gleichermassen vorzunehmen, unabhängig davon, ob sie unter dem Titel Grundfall oder Rückfall vorgenommen wird.

4.2 Im Gesetz ist nicht näher umschrieben, was unter einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustands zu verstehen ist. Das Bundesgericht hat in BGE 134 V 109 ff. hierzu festgehalten, dies bestimme sich mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet sei, namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der unfallbedingt beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit. Dabei verdeutliche die Verwendung des Begriffes „namhaft“ durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen müsse. Unbedeutende Verbesserungen würden nicht genügen (BGE 134 V 115 E. 4.3 mit weiteren Hinweisen). Nun gilt es allerdings zu beachten, dass diese Rechtsprechung auf Fälle zugeschnitten ist, in denen das Unfallereignis zu einer länger andauernden ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person geführt hat. Sie lässt sich deshalb nicht unbedenken auf sog. Bagatellunfälle, bei denen von Anfang an gar keine Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, oder auf Unfälle, bei denen trotz anhaltender unfallbedingter Gesundheitsbeeinträchtigungen bereits nach kurzer Zeit wieder eine volle Arbeitsfähigkeit besteht, übertragen. In diesen Fällen kann dem Aspekt der Arbeitsfähigkeit für die Beurteilung der Frage, wann der Versicherer den Fall abschliessen darf, keine Bedeutung zukommen; ansonsten hätte dies zur Folge, dass der Unfallversicherer den Fallabschluss sofort oder nach sehr kurzer Zeit herbeiführen könnte und so trotz anhaltender unfallbedingter Gesundheitsbeeinträchtigungen keine Behandlungskosten (mehr) übernehmen müsste. Dass dies nicht so sein kann, bedarf keiner weiteren Erörterungen. Der Zeitpunkt des Fallabschlusses muss deshalb in den Fällen, in denen entweder gar nie eine

Arbeitsunfähigkeit bestanden hat oder die volle Arbeitsfähigkeit innert kürzester Zeit wiedererlangt worden ist, ausschliesslich nach Massgabe der noch zu erwartenden Besserung der unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen bestimmt werden. Es gilt in diesen Fällen anhand der medizinischen Akten zu prüfen, ob noch von einer namhaften Progredienz des Heilungsprozesses ausgegangen werden kann oder ob ein stabilisierter Gesundheitszustand vorliegt, der nicht mehr namhaft verbessert werden kann.

4.3 Im vorliegenden Fall war der Beschwerdeführer – abgesehen von wenigen Tagen – immer zu 100 % arbeitsfähig. Für die Beurteilung der Frage, ob die Beschwerdegegnerin berechtigt gewesen ist, den Fall abzuschliessen, ist deshalb nach dem Gesagten – unabhängig von der Frage der Arbeitsfähigkeit – anhand der medizinischen Akten zu prüfen, ob durch die strittige Heilbehandlung noch eine weitere namhafte Verbesserung des unfallbedingt beeinträchtigten Gesundheitszustandes erreicht werden oder – was damit gleichzusetzen ist – eine drohende namhafte Verschlechterung desselben verhindert werden kann.

5.1 Um diese Frage beantworten zu können, sind die Berichte von Dr. D._____ zu würdigen. Bereits im Bericht vom 28. November 2011 führt er aus, dass sich seit zwei Monaten keine Flüssigkeitsretentionen mehr eingestellt hätten, dass aber nach wie vor physiotherapeutische Behandlung zur Adhäsioolyse und Mobilisation angezeigt sei. Am 11. Februar 2013, also mehr als ein Jahr später berichtet Dr. D._____, dass im Bereich der Operationsnarbe immer wieder Plattenbildungen mit Verhärtungen auftreten würden, welche aber durch Physiotherapie unter Kontrolle gehalten würden. Ein weiteres Jahr später, am 7. Februar 2014 schloss Dr. D._____ die Behandlung ab. Der Patient würde zwar den Oberschenkel immer wieder spüren, er habe aber keine eigentlichen Schmerzen mehr. Am 16. August 2015, rund eineinhalb Jahre später, meldete der Beschwerdeführer auftretende Schmerzen in der Kniekehle. Dr. D._____ hält in seinem Bericht vom 28. Oktober 2015 fest, dass keine Serombildung und kein Infekthinweis festgestellt worden seien, und dass auch angiologisch und orthopädisch Evidenzen fehlen würden. In seinem Bericht vom 8. Januar 2016 schliesslich wirft Dr. D._____ selbst die Frage auf, wie weit das Beschwerdevolumen eine hinreichende Indikation zu gelegentlicher physiotherapeutischer Behandlung darstelle.

5.2 Betrachtet man anhand der Berichte von Dr. D._____ den Verlauf in Bezug auf die Unfallbeschwerden, so fällt auf, dass seit rund vier Jahren ein stabilisierter Gesundheitszustand vorliegt. Es treten zwar offenbar hin und wieder Phasen auf, in denen sich etwas stärkere Beschwerden manifestieren, die aber mittels einfacher Physiotherapie ohne Weiteres zu lindern und zu beseitigen sind. Eine eigentliche ärztliche oder medikamentöse Behandlung war offensichtlich seit langem nicht mehr erforderlich. Damit kann davon ausgegangen werden, dass der eigentliche Heilungsprozess schon seit längerem, in jedem Fall aber schon vor dem 6. August 2015, abgeschlossen war. Trotz der sporadisch auftretenden Beschwerden, die gemäss Dr. D._____ die Zweckmässigkeit physiotherapeutischer Behandlung fraglich erscheinen lassen, erscheint der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bezüglich der Unfallfolgen übers Ganze im Wesentlichen stationär. Weder haben sich die sporadischen Beschwerdephasen über die letzten vier Jahre gehäuft oder verlängert noch sind sie seltener oder kürzer geworden. Insgesamt ist damit übers Ganze gesehen eine namhafte Besserung des unfallspezifischen Ge-

sundheitszustands des Beschwerdeführers durch weitere Physiotherapie und auch schon durch die Physiotherapie nach dem 6. August 2015 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen.

5.3 Mit dem in Bezug auf die vorübergehenden Leistungen erfolgten Fallabschluss stellt sich an und für sich die weitere Frage, ob allenfalls ein Anspruch der versicherten Person auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung besteht (vgl. die in BGE 137 V 199 ff. nicht publizierte E. 3 des Urteils vom 1. Juni 2011, 8C_100/2011, und BGE 134 V 113 E. 3.2 in fine). Vorliegend war der Beschwerdeführer – abgesehen von wenigen Tagen – trotz der Unfallfolgen immer zu 100 % arbeitsfähig. Es steht daher keine Rentenzusprache zur Diskussion. Entsprechende Leistungen werden denn auch vom Beschwerdeführer zu Recht nicht beantragt. Es erübrigt sich daher die Prüfung eines möglichen Leistungsanspruchs unter den Voraussetzungen von Art. 21. Abs. 1 UVG.

5.4 Bei diesem Ergebnis erübrigt sich zudem auch die Prüfung der Frage, ob die Leistungen wirtschaftlich sind. Im Hinblick auf die Leistungspflicht des Krankenversicherers des Beschwerdeführers ist aber auf folgendes hinzuweisen: Damit eine Leistungspflicht gestützt auf das KVG besteht, müssen die Leistungen gemäss Art. 32 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1995 nach den Art. 25 bis Art. 31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Zweckmässigkeit und Wirksamkeit setzen voraus, dass die Massnahme geeignet ist, das angestrebte Ziel zu erreichen. Welche von mehreren in Betracht fallenden Massnahmen als geeignet erscheint, ist im Rahmen dieser Voraussetzungen nicht entscheidend. Nach der gesetzlichen Regelung genügt es, dass die vom Arzt oder der Ärztin angeordnete Massnahme zweckmässig ist. Sind gleichzeitig mehrere Leistungen als zweckmässig zu qualifizieren, beurteilt sich die Leistungspflicht des Krankenversicherers unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit (Art. 56 KVG). Nach dieser Vorschrift haben die Krankenversicherer die Leistungen auf das Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Abs. 1). Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden (Abs. 2). Indem das Gesetz auf das Interesse der Versicherten Bezug nimmt, wird zum Ausdruck gebracht, dass der Begriff der Wirtschaftlichkeit der Behandlung nicht eng auszulegen ist (vgl. RKUV 1999 Nr. KV 64 S. 67 f. E. 3a mit Hinweis).

Vergleicht man die Voraussetzungen von Art. 32 KVG mit dem vorliegend anzuwendenden Art. 10 UVG, so zeigt sich, dass die Voraussetzung der „namhaften Besserung“ weit enger zu verstehen ist. Damit liegt die Hürde für eine Leistungspflicht nach KVG wesentlich tiefer als nach UVG.

6. Zusammenfassend ergibt sich, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. August 2016 nicht zu beanstanden ist. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungen zu Recht per 6. August 2015 eingestellt und den Beschwerdeführer für die künftigen physiotherapeutischen Behandlungen der sporadisch auftretenden Unfallbeschwerden an die obligatorische Krankenversicherung verwiesen. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

7. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>