



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 21. Dezember 2017 (725 16 221 / 337)

Unfallversicherung

Leistungspflicht des Unfallversicherers zur Erbringung weiterer Physiotherapien zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit nicht mehr indiziert. Durch die diversen Therapien lässt sich eine zunehmende Einschränkung der bisherigen Erwerbsfähigkeit nicht vermeiden.

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Urs Hochstrasser, Rechtsanwalt, Rain 41, 5000 Aarau

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Andrea Tarnutzer, Advokat, Güterstrasse 106, 4053 Basel

Betreff Leistungen

A. Der 1960 geborene A.____ war ursprünglich bei der B.____ AG angestellt und bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Nachdem er im Februar 1991 bereits einmal auf Glatteis

ausgerutscht und Prellungen am Rücken erlitten hatte, glitt er erneut am 15. April 1998 auf einer Treppe aus und fiel auf die linke Körperseite. In der Folge entwickelten sich bis heute anhaltend chronische Nacken- und Kopfschmerzen mit Konzentrationsstörungen, einem Tinnitus sowie eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS), Schulterschmerzen und Schwindel. Trotz verschiedenen physiotherapeutischen, chiropraktischen und osteopathischen Behandlungsstrategien persistierten die Beschwerden, insbesondere nachdem der Versicherte im Dezember 2003 erneut auf den Rücken gefallen war und sich im Dezember 2004 an einem Lavabo den Kopf angeschlagen hatte. Sein Arbeitsverhältnis wurde per Ende Oktober 2004 gekündigt. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse sprach ihm die Suva mit Verfügung vom 9. Oktober 2009 auf der Basis einer Erwerbsunfähigkeit von 50% eine Rente der Unfallversicherung zu.

B. In der Folge übernahm die Suva weiterhin die Kosten insbesondere für diverse Physiotherapien. Mit Verfügung vom 26. Mai 2015 lehnte sie nach Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse die Übernahme weiterer Kosten mit der Begründung ab, dass die Voraussetzungen für eine Kostengutsprache gestützt auf Art. 21 Abs. 1 lit. c des Gesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 nicht mehr erfüllt seien. Daran hielt sie nach ergänzender kreisärztlicher Berichterstattung mit Einspracheentscheid vom 2. Juni 2016 fest und führte aus, dass die vom Versicherten geltend gemachten Behandlungen nicht mehr zur Erhaltung seines Gesundheitszustandes indiziert seien, zumal er durch Eigenübungen im Heimprogramm dieselben Erfolge erzielen könne.

C. Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Urs Hochstrasser, am 4. Juli 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, dass ihm in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids weiterhin Erhaltungstherapien gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG zuzusprechen seien. Zur Begründung liess er im Wesentlichen geltend machen, dass die SUVA den Leistungsanspruch ohne umfassende medizinische Grundlage abgelehnt und somit den Untersuchungsgrundsatz verletzt habe. Der Bericht des Kreisarztes, der die Grundlage für die Einstellung der Leistungen darstelle, sei nicht nachvollziehbar begründet, weshalb ein externes medizinisches Gutachten eingeholt werden müsse. Ohne die verordneten Therapien würde der Beschwerdeführer an Erwerbsfähigkeit einbüssen. Die Therapien seien zwingend notwendig, um seinen medizinischen Status aufrechterhalten zu können. Ausserdem habe die Suva ihre Begründungspflicht verletzt, da der Beschwerdeführer gestützt auf die Verfügungsmotivierung den Leistungsstopp nicht nachvollziehen könne.

D. Die Suva, vertreten durch Advokat Andrea Tarnutzer-Münch, schloss mit Vernehmlassung vom 8. September 2016 auf Abweisung der Beschwerde. Aus den in der Beschwerde aufgeführten Berichten gingen keine neuen medizinischen Tatsachen hervor. Diese stellten keine konkreten und differenzierten Einwände gegen die Beurteilung des Kreisarztes dar. Die kreisärztliche Beurteilung geniesse daher vollen Beweiswert. Gemäss dieser Beurteilung könne der Beschwerdeführer die erforderliche Therapie durch Eigenübungen durchführen, so dass keine Physio- oder Fussreflexzonen-Therapien mehr indiziert seien.

E. Anlässlich der Parteiverhandlung vom 21. Dezember 2017 hielten die Parteien sowohl an ihren Rechtsbegehren als auch an ihren bereits in den Rechtsschriften dargelegten Begründungen fest. Auf deren Vorbringen ist soweit notwendig in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde beim örtlich wie sachlich zuständigen Gericht erhobene Beschwerde ist lediglich insoweit einzutreten, als dass der Beschwerdeführer die Aufhebung des vorinstanzlichen Einspracheentscheids beantragt hat. Strittig und zu prüfen ist, ob die Suva weiterhin für die Heilbehandlung in Form von diversen Therapien aufzukommen hat.

2.1 Der Beschwerdeführer rügt in formeller Hinsicht eine Verletzung des rechtlichen Gehörs infolge Verletzung der Begründungspflicht, weil der von der Beschwerdegegnerin verfügte Leistungsstopp nicht nachvollziehbar sei. Die Suva vertritt in ihrer Vernehmlassung demgegenüber den Standpunkt, dass die Überlegungen, welche zur Einstellung der bisher ausgerichteten Heilbehandlung geführt hätten, aus der dem angefochtenen Einspracheentscheid vorausgehenden Verfügung klar ersichtlich seien.

2.2 Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, hat der Versicherungsträger gemäss Art. 49 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 schriftlich Verfügungen zu erlassen. Aus einer mangelhaften Eröffnung einer Verfügung darf der betroffenen Person kein Nachteil erwachsen (Urteil des EVG vom 17. Juni 2005, I 3/05, E. 3). Die Begründungspflicht gemäss Art. 49 Abs. 3 ATSG steht im Zusammenhang mit dem in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 statuierten Anspruch auf rechtliches Gehör. Danach muss der von einem Entscheid Betroffene in die Lage versetzt werden, diesen sachgerecht anfechten zu können (BGE 124 II 149). Die verfügende Behörde muss daher kurz ihre Überlegungen nennen, von denen sie sich leiten liess und auf die sich ihre Entscheidung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 I 102 E. 2b, 124 V 181 E. 1a; LORENZ KNEUBÜHLER, Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Christoph Auer/Markus Müller/Benjamin Schindler [Hrsg.], Zürich/St. Gallen 2008, zu Art. 35, S. 511). Die Behörde darf sich aber nicht damit begnügen, die von der betroffenen Person vorgebrachten Einwände tatsächlich zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen; sie hat ihre Überlegungen der betroffenen Person gegenüber auch namhaft zu machen und sich dabei ausdrücklich mit den entscheidungswesentlichen Einwänden auseinanderzusetzen oder aber zumindest die Gründe anzugeben, weshalb sie bestimmte Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann (BGE 124 V 182 E. 2b; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 16. August 2004, U 101/04, E. 2.4). Die Begründung muss nicht zwingend in der Verfügung selbst enthalten sein;

die Rechtsprechung hat als genügende Begründung auch den Verweis auf separate Schriftstücke, auf frühere Entscheide oder klare Angaben der Entscheidungsgründe in früheren Schreiben an die Verfügungsadressatinnen oder -adressaten anerkannt (BGE 123 V 31 E. 2c und d). Die Verletzung der Begründungspflicht führt unabhängig davon, ob die fraglichen verfahrensrechtlichen Mängel einen Einfluss auf das Ergebnis haben, grundsätzlich zur Aufhebung des angefochtenen Entscheides. Praxisgemäss kann eine derartige Gehörsverletzung im Rechtsmittelverfahren jedoch geheilt werden, wenn das rechtliche Gehör nachträglich gewährt wurde, die Rechtsmittelinstanz über freie Kognition in Rechts- und Sachverhaltsfragen verfügt, mithin eine Ermessensüberprüfung möglich ist, und dem Betroffenen die gleichen Mitwirkungsrechte wie vor erster Instanz zustehen (BGE 127 V 437 E. 3d/aa sowie 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen). Darüber hinaus ist im Sinne der Heilung eines allfälligen Mangels – selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Gehörsanspruches – von einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wäre (BGE 133 I 201 E. 2.2, 132 V 387 E. 5.1).

2.3 In der dem angefochtenen Einspracheentscheid vorausgehenden Verfügung vom 26. Mai 2015 wird der strittige Leistungsstopp damit begründet, dass die Sachlage kreisärztlich mittlerweile erneut überprüft worden sei und die Voraussetzungen für eine künftige Leistungsausrichtung gemäss Art. 21 Abs.1 lit. c UVG nicht erfüllt seien. Diese Verfügung nimmt Bezug auf ein Schreiben der Suva vom 22. April 2015 und den daraufhin erhobenen Einwand des Versicherten vom 15. Mai 2015 (Suva-Dok 253). Daraus geht hervor, dass die Suva ohne zusätzliche Rückfrage beim behandelnden Hausarzt daran festhalte, dass die beantragten Therapien nicht notwendig seien, um den gesundheitlichen Zustand des Versicherten zu erhalten. Damit aber erhellt, dass bereits im Vorfeld der Verfügung vom 26. Mai 2015 hinreichend klar war, dass und weshalb die Suva keine Heilbehandlungen mehr übernehmen wird. Dem Versicherten bzw. seinem Rechtsvertreter war es somit ohne weiteres möglich zu erkennen, welche tatsächlichen und rechtlichen Überlegungen der Suva zur Einstellung der bisherigen Leistungen geführt haben. Zumal sich die Verwaltung bei der Begründung ihrer Verfügung auf die wesentlichen Gesichtspunkte beschränken darf, kann jedenfalls nicht vom Fehlen eines wesentlichen Aspekts in der Begründung gesprochen werden, da darin auch die für die Einstellung der strittigen Heilbehandlung massgebenden Rechtsgrundlage bezeichnet worden ist. Damit war der Betroffene aber in der Lage, bereits die dem nunmehr angefochtenen Einspracheentscheid vorausgegangene Verfügung sachgerecht anzufechten (KGE SV vom 22. Juni 2008 i.S. N., in BLKGE 2008 III Nr. 51 S. 306 ff., E. .4.3 f.). Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt unter diesen Umständen nicht vor. Es tritt hinzu, dass der Versicherte seine Einwände und Argumente nicht nur bereits im Rahmen des dieser Beschwerde vorangehenden Einspracheverfahrens, sondern auch im Rahmen der vorliegenden Beschwerde umfassend dargestellt hat, und dass das Kantonsgericht diese Streitsache mit voller Kognition überprüft. Soweit in der Vorgehensweise der Suva eine Verletzung des rechtlichen Gehörs läge, würde sie im vorliegenden Verfahren demnach ohnehin geheilt. Von einer Rückweisung der Angelegenheit an die Vorinstanz aus formellen Gründen ist daher abzusehen, zumal eine Rückweisung der Angelegenheit auch zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die letztlich mit

dem Interesse des Versicherten an einer beförderlichen Beurteilung der Streitsache nicht zu vereinbaren wäre.

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 (BGE 128 V 171 E. 1b). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. 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 (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 (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 (BGE 134 V 114 f. E. 4.2).

3.3 Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. 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 Bes-

serung ins Gewicht fallen müsse. Unbedeutende Verbesserungen würden nicht genügen (BGE 134 V 115 E. 4.3 mit weiteren Hinweisen).

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe der Ärztin bzw. des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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 also entscheidend, ob der Bericht 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a).

5. Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Heilbehandlung nach erfolgter Rentenfestsetzung im Sinne von Art. 21 Abs. 1 UVG. Da der Beschwerdeführer weder an einer Berufskrankheit leidet (lit. a) noch gänzlich erwerbsunfähig ist (lit. b; vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_1011/2010 vom 19. Mai 2011, E. 3.2 mit Hinweisen), und die Parteien implizit zu Recht davon ausgehen (Beschwerdebegründung vom 4. Juli 2016, S. 4, ad Ziffer 5), dass weder Rückfall- noch Spätfolgen zu beurteilen sind (lit. b), steht vorliegend einzig die Anspruchsgrundlage gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG zur Diskussion. Der Beschwerdeführer bezieht seit dem 1. Oktober 2009 auf der Basis einer Erwerbsunfähigkeit von 50% unverändert eine Rente der Beschwerdegegnerin (Suva-Dok 217). Zu prüfen bleibt demnach, ob er dauernd der Behandlung namentlich in Form diverser Therapien bedarf, um seine verbleibende Erwerbsfähigkeit von rund 50% (so bereits psychiatrischer Untersuchungsbericht der Suva vom 22. Juni 2009, S. 11, ad Frage 2, Suva-Dok 207; ebenso Protokoll der Parteiverhandlung vom 21. Dezember 2017) auch weiterhin zu erhalten.

5.1 Dem Gutachten des C.____ vom 5. Juli 2006 kann in diesem Zusammenhang entnommen werden, dass der Versicherte an einem chronischen zervikozephalen sowie zervikospondylogenen Schmerzsyndrom bei Status nach wiederholten Traumatisierungen mit Entwicklung einer prolongierten Anpassungsstörung leide. Aus somatischer Sicht sei die Fortführung der ambulanten Physiotherapien sicherlich sinnvoll. Der Explorand habe bereits ein Heimprogramm erlernt, welches er auch regelmässig durchführe, so dass diesbezüglich keine weiteren therapeutischen Massnahmen vorzuschlagen seien.

5.2 Gemäss Schreiben der behandelnden Physiotherapeutin vom 28. März 2011 (Suva-Dok 220) wolle der Versicherte die bisherige Therapie einmal wöchentlich gerne weiterführen. Im bisherigen Verlauf habe objektiv im Alltag mehr Qualität erreicht werden können, subjektiv sei eine bessere Haltung und eine verbesserte Mobilität in der Wirbelsäule verzeichnet worden. Es werde empfohlen, eine Verordnung für eine Langzeittherapie anzustreben.

5.3 Dem ärztlichen Zwischenbericht von Dr. med. D.____, FMH Innere Medizin, vom 15. Februar 2013 (Suva-Dok 227) zufolge habe es der Versicherte nicht geschafft, seine selbständige Erwerbstätigkeit über ein Pensum von 50% hinaus zu steigern. Dies werde damit begründet, dass stärkere Belastungen die Symptomatik mit Nackenschmerzen, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Tinnitus sowie Müdigkeit deutlich verstärken würden.

5.4 Gemäss Bericht der Physiotherapie der Reha Rheinfelden vom 12. August 2013 (Suva-Dok 237) habe die bisherige Therapie in Form von ambulanten Physiotherapien, Fussreflexzonenmassage sowie Hochvolttherapie mit mässigem Erfolg durchgeführt werden können. Die Schmerzproblematik habe sich durch einen Sturz anfangs April (recte: 2013) sowie durch eine Reise mit dem Auto verstärkt. Der Versicherte habe in der Therapie ein umfangreiches Heimprogramm erlernt, welches er auch weiterhin durchführen sollte. Um eine weitere Verbesserung zu erreichen, sei zwei Mal wöchentlich die Weiterführung der Therapie zu empfehlen.

5.5 Der Physiotherapie-Verordnung von Dr. D.____ vom 24. Dezember 2013 (Suva-Dok 241) ist zu entnehmen, dass zwecks Langzeit-Therapie für das ganze Jahr 2014 mit einer wöchentlichen Sitzung die Erhaltung eines möglichst geringen Schmerzzustands durch die Entlastung und die segmentale Stabilisation der Halswirbelsäule mittels Spiraldynamik erreicht werden soll.

5.6 Gemäss Therapie-Verordnung von Dr. D.____ vom 18. Dezember 2014 (Suva-Dok 250) werde zwecks Reduktion von muskulären Verspannungen im Bereich von Nacken, Schultergürtel und Kopf die Weiterführung der bisherigen Therapien in Form von Manualtherapie, Fussreflexzonen-Therapie und myofaszialen Techniken alle zwei Wochen für die Dauer eines Jahres beantragt.

5.7 Der kreisärztlichen Kurzbeurteilung vom 21. April 2015 (Suva-Dok 251) zufolge bestehe gemäss Aktenlage keine Indikation für die beantragten Therapien. Indiziert seien Eigenübungen. Durch den Unfall habe der Versicherte keine strukturell objektivierbaren Läsionen erlitten.

5.8 Dem Konsultationsbericht der Klinik E.____ vom 28. Juli 2015 (Suva-Dok 264) ist zu entnehmen, dass sich im aktuellen klinischen Status keine klaren Hinweise auf ein peripheres bzw. zentral-neurologisches Ausfallsyndrom finden liessen. Das MRI des Schädels aus dem Jahre 2008 sei trotz vollem Beschwerdebild normal. Eine Teilkomponente der Beschwerden könnte durch vorliegende Spondylosen erklärt werden. Für die restlichen Symptome sei keine neurologische Ursache zu erkennen. Bei linksseitigen Schmerzen könnte therapeutisch eine Infiltration der Facettengelenke durchgeführt werden. Bezüglich der empfundenen Gleichgewichtsstörung und zwecks Aufbaus der Halsmuskulatur bei dort degenerativen Veränderungen sowie zur Detonisierung der Schultergürtelmuskulatur sei eine Physiotherapie rezeptiert worden.

5.9 Gemäss kreisärztlicher Beurteilung vom 4. September 2015 (Suva-Dok 268) sei auf die Darstellung der bildgebenden Befunde der letzten Jahre und Jahrzehnte zu verweisen, wonach sich bildgebend nie eine strukturell objektivierbare Läsion infolge eines Unfalls gezeigt habe. Auch im Bericht der Klinik E.____ vom 27. Juli 2015 würden ausschliesslich degenerative Befunde angesprochen. Ebenfalls sei gestützt auf die objektiven Befunde einer gut erhaltenen Sensomotorik der oberen Extremitäten anlässlich der Untersuchung durch die Klinik E.____ vom 14. Juli 2015 davon auszugehen, dass sich keine strukturell objektivierbaren Läsionen belegen liessen. Da der Versicherte durch das Unfallereignis keine strukturell objektivierbaren Läsionen erlitten habe, bestehe keine medizinische Indikation zur Physiotherapie bzw. für eine Fussreflexzonen-therapie. Eine alternative Übernahme von Massagen anstelle von Physiotherapie sei nicht indiziert. Der Versicherte könne grosse Erfolge durch Eigenübungen erzielen.

5.10 Der kreisärztlichen Beurteilung vom 30. November 2015 (Suva-Dok 277) ist zu entnehmen, dass die Physiotherapiebehandlungen, die Fussreflexzonenmassage und die Infiltrationsbehandlungen nicht mehr indiziert seien. Eine Erhaltung des unfallbedingten Gesundheitszustandes könne dadurch nicht mehr erreicht werden. Eine Behandlung der Beschwerden könne mit einem Heimprogramm und mittels Durchführung von Eigenübungen stattfinden. Der Zustand könne dadurch genauso gut erhalten werden wie mit den derzeit besuchten Physiotherapien. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit würde auch ohne die bisher besuchten Massnahmen der Physiotherapie und der Massage keine Verschlechterung eintreten. Die durchgeführten Infiltrationsbehandlungen in der Klinik E.____ könnten nur zu einer vorübergehenden Verbesserung der Beschwerden führen. Weitere Infiltrationsbehandlungen seien nach dem langen Verlaufszeitraum nicht mehr indiziert.

5.11 Dem Arztbericht der Klinik E.____ vom 18. Dezember 2015 zufolge (Suva-Dok 278) zeige sich im Vergleich zur klinischen Voruntersuchung im Juli 2015 bezüglich der Beweglichkeit der Halswirbelsäule eine deutliche Verbesserung und eine deutlich reduzierte Reizsituation. Bei weiterhin jedoch noch ausgeprägtem Muskelhartspann werde unbedingt ein Fortsetzen der aktiven Physiotherapie empfohlen. Aufgrund des bisher guten Ansprechens auf die zervikale Facettengelenksinfiltration könne im weiteren Verlauf bei Bedarf über eine erneute Infiltrationstherapie nachgedacht werden. Aktuell sollte jedoch die Physiotherapie, welche bisher schon einen guten Effekt gezeigt habe, fortgesetzt werden.

5.12 Dem ärztlichen Zwischenbericht von Dr. D.____ vom 4. Januar 2016 (Suva-Dok 279) kann entnommen werden, dass unter anderem an der Klinik E.____ eine medizinische Trainingstherapie begonnen worden sei. Zusätzliche Therapien mit myofaszialen Techniken und Manualtherapien würden sich jedenfalls günstig auswirken. Unter diesen Bedingungen habe die Situation wieder etwas beruhigt werden können, so dass nach einer Exazerbation der Beschwerden wieder ein einigermaßen erträglicher Zustand bestehe. Konkrete Therapievor schläge wurden keine empfohlen.

6. Die Beschwerdegegnerin geht im angefochtenen Einspracheentscheid davon aus, dass die vom Versicherten ersuchten Behandlungen zur Erhaltung seines Gesundheitszustandes nicht indiziert seien. Der Versicherte sei mittlerweile gehalten, alles ihm Zumutbare selbst zu unternehmen, um die Unfallfolgen bestmöglich zu lindern und seinen Gesundheitszustand mit verbleibender Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Der Beschwerdeführer stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass er zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit diverse therapeutische Behandlungsmassnahmen benötige, welche von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen seien.

6.1 Den medizinischen Unterlagen zufolge leidet der Versicherte bis heute im Wesentlichen an einem ausgeprägten Muskelhartspann seiner Nacken- und Schultergürtelmuskulatur. Trotz seiner geklagten Beschwerden konnten keine klaren Hinweise auf ein neurologisches Ausfall-syndrom gefunden werden. Das im Jahre 2008 angefertigte MRI des Schädels zeigte vielmehr bereits dazumal einen Normalbefund. Auch für die restlichen Symptome konnten bei gut erhal- tener Sensomotorik der oberen Extremitäten keinerlei neurologischen Ursachen erhoben werden (Suva-Dok 264 und 268, oben Erwägungen 4.9 f.). Die medizinische Aktenlage erweist sich im Weiteren insofern als kongruent, als sich bildgebend bis heute keine strukturell objektivierba- re Läsion infolge der erlittenen Unfälle hat erheben lassen (Suva-Dok 268). In den Akten beste- hen jedenfalls keine Hinweise, dass der Versicherte aktuell an allfälligen, bildgebend dokumen- tierten Unfallfolgen leiden würde. Es ist im Gegenteil davon auszugehen, dass der bereits im Sommer 2006 diagnostizierten zervikozephalen und zervikospondylogenen Schmerzproblema- tik bei schwacher Halsmuskulatur auch degenerative Veränderungen zu Grunde liegen (Suva- Dok 264 und 268). Bei dieser Aktenlage erweist es sich als nachvollziehbar, dass dem Versi- cherten zwecks Aufbaus der Halsmuskulatur und Entspannung seiner Schultergürtelmuskulatur mittlerweile seit Jahren diverse Physiotherapien und sonstige Therapien in Form von Manual- therapien, Fussreflexzonentherapien sowie myofaszialen Techniken empfohlen worden sind (Suva-Dok 250, 264 und 278). Aus den dargelegten Berichten geht allerdings einzig hervor, dass die bisher erbrachten Physiotherapieleistungen dem Befinden des Beschwerdeführers im Sinne einer Schmerzlinderung zuträglich waren und es auch heute noch sind (Suva-Dok 220). Der Umstand, dass der Versicherte unter diesen Umständen die bisherige Therapie jeweils wei- terführen wollte, weil damit in objektiver Hinsicht eine erhöhte Lebensqualität im Alltag erreicht werden konnte (Suva-Dok 220), reicht den dargelegten Voraussetzungen alleine jedoch nicht aus, eine Weiterführung der bisher verordneten Therapien des Beschwerdeführers zu rechtfertigen. Nicht anders verhält es sich mit der Tatsache, dass die Physiotherapie bisher einen guten Effekt gezeigt habe (Suva-Dok 278). Auch wenn die bisherigen Therapieleistungen dem Befin- den des Beschwerdeführers nicht abträglich gewesen sein dürften, genügt dies mit anderen

Worten nicht für eine weiterführende Leistungspflicht des Unfallversicherers. Damit der Beschwerdeführer zu Lasten der Beschwerdegegnerin über den Zeitpunkt vom 26. Mai 2015 hinaus (vgl. Verfügung der Suva vom 26. Mai 2015) die bisherigen Therapien auch weiterhin beanspruchen könnte, müsste eine entsprechende medizinische Indikation gegeben sein. Dies aber ist hier nicht der Fall.

6.2 Die Berichte der behandelnden Ärzte enthalten keine Angaben, welche darauf schliessen lassen, dass die bisher erbrachten Therapien, insbesondere auch nicht die Physiotherapien im engeren Sinne, zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers medizinisch weiterhin indiziert wären. Zumal ausser der Empfehlung zur Durchführung des erlernten Heimprogramms gutachterlich schon früh keine weiteren therapeutischen Massnahmen vorgeschlagen worden waren (C.____-Gutachten vom 5. Juli 2006, Erwägung 4.2 hiervor), liegt diesbezüglich auch aktuell keine überzeugende Begründung in den Akten. Jedenfalls kann es in dieser Hinsicht nicht genügen, wenn der behandelnde Arzt in seinem Zwischenbericht vom 4. Januar 2016 davon ausgeht, dass sich die fraglichen Therapien „jedenfalls günstig“ auswirken würden (Suva-Dok 279). Unbesehen der zu berücksichtigenden Tatsache, dass die behandelnden Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc), vermag ebenso wenig der Hinweis zu überzeugen, dass durch die Langzeit-Therapie die Erhaltung eines möglichst geringen Schmerzzustands erreicht werden soll. Aus den vorliegenden medizinischen Berichten ist jedenfalls nicht ersichtlich, dass sich durch die diversen Therapien eine zunehmende Einschränkung der bisherigen Erwerbsfähigkeit des Versicherten vermeiden liesse, wie dies gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG indessen für eine weiterführende Heilbehandlung vorausgesetzt wäre. Daran ändert auch nichts, dass der Versicherte es bisher nicht geschafft hat, seine Erwerbstätigkeit über ein Pensum von 50% hinaus zu steigern (Suva-Dok 227), bzw. dass die Weiterführung der Therapien der weiteren Verbesserung der gesundheitlichen Situation dienen würden (Suva-Dok 237). Ob und in welcher Form die bestehenden, muskulären Verspannungen die Erwerbsfähigkeit des Versicherten mittel- und langfristig massgebend einschränken, ist medizinisch jedenfalls nicht dargetan. Hinzu tritt ein Weiteres: Den Akten zufolge haben die bisher durchgeführten Therapien offensichtlich schon länger einen nur mässigen Erfolg erzielt (Suva-Dok 237). Das im Sozialversicherungsrecht allgemein geltende Prinzip der Schadenminderungspflicht gebietet deshalb umso mehr, dass der Versicherte nach Eintritt des Gesundheitsschadens alle ihm möglichen und zumutbaren Massnahmen trifft, um diesen selbst zu mindern oder gar zu beheben (BGE 134 V 109 E. 10.2.7). In Erfüllung dieser Pflicht ist es ihm den medizinischen Akten zufolge ohne weiteres zumutbar, zur Erhaltung seiner Erwerbsfähigkeit das schon früh erlernte, umfangreiche Heimprogramm auch weiterhin selbst durchzuführen (C.____-Gutachten vom 5. Juli 2006; ebenfalls Suva-Dok 237) und damit – wie der Kreisarzt mithin nachvollziehbar und zutreffend festgestellt hat (Suva-Dok 268) – gar eine Verschlechterung seiner gesundheitlichen Situation zu vermeiden. Dies gilt umso mehr, als der Beschwerdeführer mittlerweile seit Jahren bei im Wesentlichen unverändertem Beschwerdebild in physiotherapeutischer Behandlung gestanden ist. Alleine diese Tatsache stellt ein gewichtiges Indiz dar, dass der gesundheitliche Zustand durch die dem Beschwerdeführer aufgrund der Schadenminderungspflicht ohne weiteres zumutbare Durchführung des bereits seit langem etablierten Heimprogramms stabil gehalten werden kann. Zusammenfassend können die bisher ausge-

richteten Therapien unter diesen Umständen für die Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit nicht als notwendig qualifiziert werden. Dies führt im Ergebnis – soweit darauf eingetreten werden kann (oben, Erwägung 1 hiervor) – zur Abweisung der Beschwerde.

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

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten werden kann.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.