



1. Im Rahmen einer Heilbehandlung ist der Einsatz einer motorbetriebenen Bewegungsschiene hinsichtlich der Notwendigkeit und Geeignetheit der Leistung auf den stationären Bereich beschränkt. Es besteht daher kein Anspruch auf Kostenerstattung, wenn sich ein Versicherter diese Leistung für den ambulanten Bereich selbst beschafft.
2. Der Anwendungsbereich des § 131 Abs. 5 SGG betrifft nur die Anfechtungsklage, nicht dagegen eine kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage.

§ 26 SGB VII, § 13 Abs 3 SGB V, § 131 Abs 5 SGG

Urteil des Bayerischen LSG vom 19.09.2007 – L 2 U 290/06 –
Aufhebung des Urteils des SG Augsburg vom 07.08.2006 - S 5 U 5036/06 L

Streitgegenstand war die Kostenerstattung für eine motorbetriebene Bewegungsschiene.

Zu 1:

Das LSG hat eine Verpflichtung des UV-Trägers, dem Kläger die Kosten für die selbstbeschaffte Heilbehandlungsleistung zu erstatten, abgelehnt. Zwar sei grundsätzlich eine Kostenerstattung für selbstbeschaffte Heilbehandlung analog § 13 Abs 3 SGB V auch in der UV möglich. Die Voraussetzungen dafür seien vorliegend aber nicht gegeben, da die Versorgung des Klägers mit einer motorbetriebenen Bewegungsschiene nicht notwendig und geeignet im Sinne des § 26 SGB VII gewesen sei. Nur im stationären Bereich könne nämlich die Funktionstüchtigkeit der Maschine kontrolliert werden, bei einer Anwendung im ambulanten Bereich - wie hier - sei die erforderliche Kontrolle jedoch nicht möglich.

Zu 2:

Ferner hat der Senat ausgeführt, dass das SG auch zu Unrecht das Verfahren nach § 131 Abs 5 SGG zurückverwiesen habe, da der Anwendungsbereich dieser Vorschrift auf die reine Anfechtungsklage beschränkt sei. Wie schon das BSG festgestellt habe (im Urteil zitiert) lasse sich eine Ausdehnung des Anwendungsbereichs von § 131 Abs.5 Satz 1 SGG auf die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage weder im Wege der Auslegung noch im Wege der Analogie rechtfertigen. Im Übrigen hätten auch die Voraussetzungen des § 131 Abs 5 SGG (Erforderlichkeit einer weiteren, nach Art und Umfang erheblichen Sachaufklärung) nicht vorgelegen. Insbesondere hätte die Einholung eines Sachverständigengutachtens vom Sozialgericht ebenso gut und effizient durchgeführt werden können, wie von der Beklagten.

Das **Bayerische Landessozialgericht** hat mit **Urteil vom 19.09.2007 – L 2 U 290/06 –** wie folgt entschieden:

Tatbestand

Streitig ist die Erstattung von Kosten für eine motorbetriebene Bewegungsschiene.

Der 1938 geborene Kläger erlitt am 31. Januar 2006 bei einem Arbeitsunfall eine Tibiakopfluxationsfraktur. Nach stationärer Behandlung vom 31. Januar bis 24. Februar 2006 im Kreiskrankenhaus K. berichtete der Chefarzt Chirurg Dr. W. , nach der Operation am 6. Februar 2006 sei das Bein auf Bewegungsschiene mobilisiert und eine intensive krankengymnastische Übungsbehandlung durchgeführt worden. Wegen einer Peronäusschwäche sei eine Peronäusschiene verordnet und angelegt worden. Die krankengymnastische Übungsbehandlung solle zuhause fortgeführt werden. Am 20. Februar 2006 verordnete Dr. W. eine Bewegungsschiene (leihweise), elektrisch angetrieben. Als Diagnose gab er die Tibiakopfooperation an. In einem Attest vom 1. März 2006 bestätigte Dr. W. , die Benützung

einer Bewegungsschiene im häuslichen Bereich sei wegen der Peronäuslähmung medizinisch notwendig.

Mit Bescheid vom 10. März 2006 lehnte die Beklagte die Übernahme der Kosten für die motorbetriebene Bewegungsschiene ab. Es habe sich gezeigt, dass keine indikationsbezogenen, wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse unter Berücksichtigung der medizinisch relevanten Kriterien vorlägen, die den Einsatz von Bewegungsschienen im häuslichen Bereich aus medizinischer Sicht rechtfertigten. Der therapeutische Nutzen sei nicht nachgewiesen.

Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 3. Mai 2006 zurück. Da der therapeutische Nutzen nicht nachweisbar sei, sei die verordnete Bewegungsschiene nicht in der Lage, den Erfolg der Heilbehandlung zu beeinflussen. Damit seien die rechtlichen Voraussetzungen, unter denen im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung ein Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden könne, nicht erfüllt.

Am 9. März 2006 erfolgte eine Kontrolluntersuchung bei Dr. W. , der angab, die verordnete Krankengymnastik werde regelmäßig durchgeführt, ebenso Lymphdrainagen. Die Lähmung des Nervus peronäus bestehe unverändert fort. Der Kläger trage konsequent die verordnete Peronäusschiene. Nach Untersuchung des Klägers am 30. März 2006 erklärte Dr. W. , die Peronäusschiene werde weiter getragen. Er habe die Fortsetzung der Krankengymnastik und der Lymphdrainage angeordnet. Außerdem sei ein Kompressionsstrumpf verordnet worden. Am 12. April 2006 wurde der Kläger wieder von Dr. W. untersucht. Die Peronäusschiene werde weiterhin konsequent getragen.

Vom 19. April bis 17. Mai 2006 wurde in der Fachklinik I. ein Heilverfahren durchgeführt. Ziel der Behandlung waren die Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit, Abbau des postoperativen Reizzustandes, Kräftigung der Muskulatur und Optimierung des Gangbildes. Der Kläger erhielt ein Therapieprogramm, das aus Krankengymnastik, Trainingstherapie zur Muskelkräftigung, Isokinetik, Anwendungen im Bewegungsbad, Lymphdrainage, Elektrotherapie sowie Quark- und Eisauflagen bestand. Erwähnt wurde, dass der Kläger eine Peronäusschiene trage, ferner einen Oberschenkelkompressionsstrumpf.

Dr. W. berichtete am 31. Mai 2006, der Kläger trage nun eine neue Peronäusschiene. Zur Verbesserung der Kniegelenkbeweglichkeit seien Krankengymnastik, Lymphdrainage sowie Elektrotherapie verordnet worden.

Ab 10. August 2006 bezeichnete Dr. W. den Kläger als arbeitsfähig. Die MdE betrage über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus 30 v.H ...

Zur Begründung der Klage führte der Kläger aus, vom 24. Februar bis 3. April 2006 sei eine Bewegungsschiene im häuslichen Bereich eingesetzt worden. Der Mietpreis betrage 742,40 Euro. Auch in der Zeit des stationären Reha-Aufenthalts in I. vom 19. April bis 17. Mai 2006 sei aus therapeutischen Gründen die Anwendung einer Bewegungsschiene verordnet worden.

Die Beklagte erklärte im Schreiben vom 10. Juli 2006, maßgeblich für ihre Entscheidung seien die von den Krankenkassen gewonnenen Erkenntnisse gewesen, dass der therapeutische Nutzen der Anwendung der Motorschiene im häuslichen Bereich nicht nachgewiesen sei. Nicht die Herausnahme der Motorschiene aus dem Hilfsmittelverzeichnis der Krankenversicherung, sondern die Beweggründe für die Herausnahme rechtfertigten die Ablehnung der Kostenübernahme.



Mit Urteil vom 7. August 2006 hob das Sozialgericht Augsburg den Bescheid vom 10. März 2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Mai 2006 auf und verurteilte die Beklagte, nach weiterer Aufklärung des Sachverhalts über die Frage der Kostenübernahme für die vom Kläger in Anspruch genommene motorbetriebene Bewegungsschiene erneut zu entscheiden. Die Zurückverweisung stütze sich auf § 131 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG), der auch auf Leistungs- und Verpflichtungsklagen anwendbar sei. Es seien noch weitere Ermittlungen erforderlich, da die Beklagte die Ablehnung der Kostenerstattung nicht auf den formalen Gesichtspunkt stützen könne, dass die Bewegungsschiene aus dem Hilfsmittelverzeichnis gestrichen sei. Die Einholung eines Sachverständigengutachtens stelle einen erheblichen Ermittlungsaufwand dar, zumal Kosten der Staatskasse anfielen. Die Zurückverweisung sei sachdienlich, da die Erstellung von medizinischen Sachverständigengutachten im Auftrag der Träger der Unfallversicherung regelmäßig schneller und kostengünstiger erfolge, als dies beim gerichtlichen Gutachten der Fall wäre. Zudem verfüge die Beklagte auch über Beratungsärzte.

Mit der Berufung vom 31. August 2006 wandte die Beklagte ein, § 131 Abs. 5 SGG sei nicht auf eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage anwendbar. Eine weitere Sachaufklärung sei nicht erforderlich. Zur Entscheidung der Frage, ob zur Beseitigung oder Besserung des unfallbedingten Gesundheitsschadens der Einsatz einer Bewegungsschiene ein geeignetes Mittel sei, seien die vorliegenden Grundsatzgutachten ausreichend. Die Zurückverweisung sei nicht sachdienlich, zumal das Gericht die Beklagte zur Vorlage einer beratungsärztlichen Stellungnahme ohne weiteres hätte auffordern können. Die Beklagte übersandte ein Gutachten der Chirurgen Prof. Dr. B. und Prof. Dr. H. vom 5. Februar 2007. Die Verordnung der motorbetriebenen Bewegungsschiene stelle keine geeignete Maßnahme der Heilbehandlung dar, denn die Bewegungsschiene sei zur Behandlung der Peronäuslähmung kontraindiziert. Sie habe keinen therapeutischen Nutzen gehabt; zur Behandlung des Kniegelenks sei krankengymnastische Übungsbehandlung anzuwenden gewesen, bezüglich der Peronäuslähmung eine Peronäusschiene. Der Heilverlauf sei nicht durch die Anwendung der Bewegungsschiene, sondern durch die Krankengymnastik und das Heilverfahren positiv beeinflusst worden. Deshalb sei die Bewegungsschiene für die Zeit vom 24. Februar bis 3. April 2006 im ambulanten Bereich nicht zusätzlich erforderlich gewesen. In der Stellungnahme vom 28. Februar 2007 führten Prof. Dr. B. und Prof. Dr. H. aus, die Bewegungsschiene sei lediglich zur Behandlung der Kniegelenksproblematik einsetzbar. Dr. W. habe im Abschlussbericht nach der stationären Heilbehandlung lediglich eine Weiterbehandlung durch krankengymnastische Übungen, aber nicht mit einer Bewegungsschiene erwähnt. Zudem könne eine Bewegungsschiene nur im stationären Bereich durch regelmäßige Kontrollen in ihrer Wirkung überprüft werden. Im ambulanten Bereich sei eine derartige Kontrolle nicht möglich.

Der Kläger übersandte eine Stellungnahme von Dr. W. vom 26. April 2007, in der ausgeführt wurde, die Bewegungsschiene sei in der postoperativen Phase zusätzlich zur krankengymnastischen Übung eingesetzt worden. Sie sei nicht mit der Intention verordnet worden, den Peronäusschaden zu behandeln; hierfür habe der Kläger eine Peronäusschiene erhalten. Die Notwendigkeit der zusätzlichen Beübung des Kniegelenks mit der Bewegungsschiene zuhause sei zwar im Entlassungsbericht nicht erwähnt, jedoch per Rezept vom 20. Februar 2006 indiziert worden. Der Behandlungserfolg sei ambulant am 9. März 2006, 30. März 2006 und 12. April 2006 kontrolliert worden.



Die Beklagte wies darauf hin, dass das Bewegungsausmaß des Kniegelenks bei der Nachuntersuchung am 9. März 2006 0-15-90 betragen habe, am 12. April 2006 0-10-90. Dies zeige, dass der Einsatz der Bewegungsschiene praktisch keinen Einfluss auf die Beweglichkeit gehabt habe. Die ambulanten Kontrollen seien nicht ausreichend gewesen, denn es müssten auch die Funktionstüchtigkeit der Maschine, die eingestellten Bewegungsausmaße, die Reaktion des Kniegelenks bei der tatsächlichen Anwendung sowie der Anwendungszeitrahmen kontrolliert werden. Dies sei nur im stationären Bereich möglich. Außerdem wies die Beklagte darauf hin, dass Dr. W. im Attest vom 1. März 2006 die Bewegungsschiene wegen der Peronäuslähmung verordnet habe, obwohl deren Einsatz bei einer Peronäuslähmung kontraindiziert sei.

In einer Stellungnahme vom 20. Juni 2007 führte Dr. W. aus, der Forderung nach einer Bewegungsschiene habe durch das Aufführen der Begleitkomplikationen Nachdruck verliehen werden sollen. Natürlich könne ein Nervenschaden nicht durch eine Bewegungsschiene behandelt werden. Ob der Einsatz einer solchen Schiene einen therapeutischen Nutzen habe, sei im Vorhinein schwer zu beurteilen und von der Verletzung und dem Patienten selbst abhängig. Die Forderung, dass der Patient zur Kontrolluntersuchung die Bewegungsschiene mit 5 kg Gewicht mitbringen solle, um deren Funktionstüchtigkeit zu überprüfen, halte er für überzogen.

Die Beklagte wiederholt die Anträge aus dem Schriftsatz vom 31. August 2006.

Der Kläger stellt den Antrag, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig und sachlich begründet.

Die Zurückverweisung gemäß § 131 Abs. 5 SGG an die Beklagte war nicht begründet.

Zum einen betrifft der Anwendungsbereich des § 131 Abs. 5 SGG die Anfechtungsklage, nicht dagegen eine kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage, wie sie hier vorliegt. Wie das Bundessozialgericht in der Entscheidung vom 17. April 2007 (B 5 RJ 30/05 R) ausgeführt hat, lässt sich eine Ausdehnung des Anwendungsbereichs von § 131 Abs. 5 Satz 1 SGG auf die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage weder im Wege der Auslegung noch im Wege der Analogie rechtfertigen. Deutliche Indizien dafür, dass § 131 Abs. 5 Satz 1 SGG auch die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage erfassen will, sind nicht festzustellen. Im Zeitpunkt des Entwurfs des Gesetzes zur Modernisierung der Justiz durch die Bundesregierung vom 2. September 2003 hatte das Bundesverwaltungsgericht bereits in gefestigter Rechtsprechung entschieden, dass § 113 Abs. 3 Satz 1 VwGO nur auf die reine Anfechtungsklage anwendbar ist. Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass diese Rechtsprechung der Bundesregierung und dem Gesetzgeber unbekannt gewesen ist, lässt sich die erklärte Absicht, für das sozialgerichtliche Verfahren eine dem § 113 Abs. 3 Satz 1 VwGO entsprechende Regelung schaffen zu wollen, nur im Sinne eines auf die reine Anfechtungsklage beschränkten Geltungsbereichs des § 131 Abs. 5 Satz 1 SGG verstehen (vgl. Meyer-Ladewig, SGG, § 131, RdNr. 18).



Zum anderen liegen die Voraussetzungen für die Anwendung des § 131 Abs. 5, nämlich die Erforderlichkeit einer weiteren Sachaufklärung, die nach Art und Umfang erheblich ist, nicht vor. Eine weitere Sachaufklärung ist nicht erforderlich, da der rechtliche und medizinische Sachverhalt durch die vorliegenden umfangreichen ärztlichen Unterlagen, so auch durch die von der Beklagten übersandten Stellungnahmen von Prof. Dr. B. und Prof. Dr. H., hinreichend geklärt ist. Im Übrigen könnte die Einholung eines Sachverständigengutachtens vom Sozialgericht ebenso gut und effizient durchgeführt werden, wie von der Beklagten. Die Beiziehung von beratungsärztlichen Stellungnahmen der Beklagten ist während des sozialgerichtlichen Verfahrens jederzeit zur Verfahrensbeschleunigung möglich.

Zu Recht hat die Beklagte die Erstattung der Kosten für die Miete der motorbetriebenen Bewegungsschiene abgelehnt.

Gemäß § 26 Abs. 1 des Siebten Sozialgesetzbuches (SGB VII) haben Versicherte Anspruch auf Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Gemäß Abs. 2 der Vorschrift hat der Unfallversicherungsträger mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig den Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mindern. Gemäß Abs. 4 haben Qualität und Wirksamkeit der Leistungen zur Heilbehandlung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Sie werden als Dienst- und Sachleistungen zur Verfügung gestellt. Gemäß Abs. 5 bestimmen die Unfallversicherungsträger im Einzelfall Art, Umfang und Durchführung der Heilbehandlung nach pflichtgemäßem Ermessen.

Kostenerstattung für selbstbeschaffte Heilbehandlung ist analog § 13 Abs. 3 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) möglich. § 13 Abs.3 Satz 1 SGB V bestimmt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Diese Voraussetzungen liegen nicht vor.

Eine nicht rechtzeitige Leistung im Sinne eines Notfalls ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nur gegeben, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Versicherten notwendig ist und ein Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann (vgl. BSG vom 1. Februar 1995, SozR 3-2500 § 76 Nr. 2). Das war hier nicht der Fall. Denn bei der Behandlung des Kniegelenks handelte es sich um einen zeitlich geplanten Vorgang.

Die Beklagte hat die Versorgung des Klägers mit einer motorbetriebenen Bewegungsschiene nicht zu Unrecht abgelehnt, denn sie war nicht notwendig und geeignet im Sinne des § 26 Abs.2 SGB V. Die Bewegungsschiene hat den Erfolg der Heilbehandlung nicht positiv beeinflusst. Zwar wurde sie von Dr. W. für den Zeitraum vom 24. Februar bis 3. April 2006 verordnet. Dr. W. erwähnte aber gleichwohl in den Berichten über die Kontrolluntersuchungen vom 9. März 2006 und 30. März 2006 die Bewegungsschiene überhaupt nicht, sondern wies lediglich auf die verordnete regelmäßige Krankengymnastik und Lymphdrainage sowie die Peronäusschiene hin. Auch während der stationären Heilbehandlung in der Fachklinik I. erhielt der Kläger ein Therapieprogramm, das im wesentlichen aus Krankengymnastik, Training zur Muskelkräftigung, Isokinetik, Lymphdrainage und Elektrotherapie bestand; der Einsatz der motorbetriebenen Bewegungsschiene ist nicht erwähnt, auch wurde von den Klinikärzten der weitere Gebrauch der Bewegungsschiene nicht verordnet.



Wenn auch der Erfolg einer Behandlung im Vorhinein nicht immer beurteilt werden kann, so spricht doch gegen die Geeignetheit der motorbetriebenen Bewegungsschiene im Fall des Klägers nicht nur die Tatsache, dass durch die Bewegungsschiene tatsächlich kein positives Ergebnis erzielt werden konnte, sondern auch das Verhalten des behandelnden Arztes Dr. W ... Denn Dr. W. , der die Bewegungsschiene am 20. Februar 2006 verordnete, hat im Attest vom 1. März 2006 bescheinigt, dass die Benützung einer Bewegungsschiene im häuslichen Bereich wegen der Peronäuslähmung medizinisch notwendig sei. Dies, obwohl ihm, wie er inzwischen erklärt hat, bewusst war, dass eine Bewegungsschiene zur Behandlung einer Peronäuslähmung kontraindiziert ist. Dr. W. hat eingeräumt, dass der therapeutische Nutzen der Bewegungsschiene von der Verletzung und dem Patienten selbst abhängig ist. Insofern überzeugen die Ausführungen von Prof. Dr. B. und Prof. Dr. H. zu der Notwendigkeit einer Kontrolle. Denn nur im stationären Bereich kann die Funktionstüchtigkeit der Maschine kontrolliert werden, ihre Anwendung im notwendigen Zeitrahmen, ebenso wie die Reaktion des betroffenen Kniegelenks auf die eingestellten Bewegungsausmaße. Im ambulanten Bereich ist, wie die Sachverständigen betonen, eine derartige Kontrolle nicht möglich. Der Kläger hat daher keinen Anspruch auf Kostenerstattung gem. § 26 SGB VII i.V.m. § 13 Abs.3 SGB V. Auf die Berufung der Beklagten war das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 7. August 2006 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß § 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG liegen nicht vor.