

L 5 KR 3737/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 9 KR 817/06
Datum
07.05.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 3737/07
Datum
02.07.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 7. Mai 2007 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht die Versorgung mit einem therapeutischen Bewegungsgerät (fremdkraftbetriebener Beintrainer) "MOTOMed viva2" im Streit.

Die 1958 geborene, bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Klägerin leidet an einem Zustand nach Poliomyelitis akuta als Kind (1959) mit Beinbeteiligung rechts. Sie beantragte im Juni 2005 mit der Verordnung der H. -Klinik B. E. vom 1./2. Juni 2005 die Versorgung mit dem hier streitigen Hilfsmittel "MOTOMed viva2". Mit dem beantragten Hilfsmittel solle die Gehfähigkeit und die Gangsicherheit durch Stärkung der Muskulatur und trainieren der Ausdauer gefördert, einem weiteren Muskelabbau vorgebeugt und die Gelenkbeweglichkeit erhalten werden. Beabsichtigt ist nach den Angaben in der Verordnung auch ein teilweises Ersetzen täglicher Physiotherapie und Ergotherapie.

In dem von der Beklagten daraufhin eingeholten Sozialmedizinischen Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 15. Juni 2005 vertrat Dr. Werle die Auffassung, dass ein fremdkraftbetriebenes Bewegungsgerät dann in Betracht komme, wenn die Erkrankung eine kontinuierliche, ggf. auch tägliche krankengymnastische Behandlung erfordere und das Hilfsmittel diese Maßnahmen teilweise oder ganz ersetze. Sollte ein Hilfsmittel nur zur Durchführung ergänzender Maßnahmen dienen, dann wäre das Maß des notwendigen überschritten. Nachdem bei der Klägerin wohl kein weitesgehender Funktionsverlust der rechten unteren Extremität vorliege, sei die Versorgung mit dem beantragten Hilfsmittel medizinisch nicht begründbar. Mit Bescheid vom 29. Juni 2005 lehnte die Beklagte die Versorgung mit dem Bewegungstrainer ab.

Dagegen erhob die Klägerin Widerspruch und führte aus, dass Dr. R. von der H. -Klinik B. E. eine inkomplette Lähmung bestätige. Außerdem sei sie mit einer Orthese für das rechte Bein versorgt, um einem weiteren Beinbruch vorzubeugen. In dem daraufhin eingeholten weiteren sozialmedizinischen Gutachten vom 7. November 2005 gelangte Dr. P. zum Ergebnis, dass bei der Klägerin kein weitesgehender Funktionsverlust der unteren Extremitäten vorliege, weshalb ein herkömmlicher Ergometer ausreichend sei. Er verwies außerdem auf ein fortgesetztes Gehtraining am Rollator und darauf, dass eine aktive Krankengymnastik effektiver sei als eine passive Bewegungstherapie. Mit Widerspruchsbescheid vom 2. Februar 2006 wies die Beklagte daraufhin den Widerspruch zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 28. Februar 2006 Klage vor dem Sozialgericht Ulm (SG) erhoben. Zur Begründung hat sie geltend gemacht, in ihrer Person seien die Voraussetzungen zur Versorgung mit dem begehrten Hilfsmittel erfüllt.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung sachverständiger Zeugenauskünfte der behandelnden Ärzte. Der Allgemeinmediziner Dr. G. gab in seiner Auskunft vom 18. Juli 2006 an, dass die Klägerin laufend Physiotherapie verordnet erhalte, welche zur Erhaltung der Beweglichkeit und Muskelkraft dringend erforderlich sei. Allerdings sei außerdem eine zeitlich begrenzte Anwendung des "MOTOMed viva2" für ca. 4-6 Monate erforderlich um die Beweglichkeit zusätzlich zu verbessern. Der Orthopäde Dr. W.-V. gab in seiner Auskunft vom 18. Juli 2006 an, dass bei der Klägerin Krankengymnastik bzw. Ergotherapie zur Erhaltung ihres Gehvermögens laufend notwendig seien. Ein zusätzlicher Beitrag durch ein häusliches Training könne der Klägerin nur weiterhelfen. Dadurch sei eine Ergänzung der bisherigen Therapie zu erreichen. Auf Grund des aktuellen Gesundheitszustandes der Klägerin sei der zusätzliche Einsatz eines passiven Trainers als medizinisch

sinnvoll zu betrachten. Dies könnte bei der Klägerin eine weitere Besserung des Gangablaufes und der Muskelkoordinierung erreichen. Somit zeige sich der Einsatz eines Heimtrainers als vorübergehend medizinisch notwendig. Der Neurologe und Psychiater Dr. T. gab in seiner Auskunft vom 1. August 2006 an, dass eine kontinuierliche krankengymnastische Übungsbehandlung ein- bis zweimal wöchentlich durch einen mit dem Krankheitsbild Post-Polio-Syndrom vertrauten Physiotherapeuten erforderlich sei. Grundsätzlich werde ein aktiver/passiver Bewegungstrainer nicht allgemein beim Post-Polio-Syndrom eingesetzt. Manche Patienten profitierten hiervon, manche nicht, ohne dass sich dies systematisieren ließe. Ein aktiver/passiver Bewegungstrainer könne die krankengymnastischen Übungsbehandlungen jedoch weder ganz noch teilweise ersetzen. Auf Grund des Krankheitsbildes der Klägerin sei zusammenfassend der zusätzliche Einsatz eines Bewegungstrainers medizinisch nicht notwendig. Sollte die Klägerin in einer stationären Reha-Maßnahme ein solches Gerät angewandt und hiermit positive Erfahrungen gemacht haben, dann sollten aus seiner Sicht die dort dokumentierten Erfahrungen jedoch in die Entscheidungsfindung mit einbezogen werden.

Der leitende Arzt der Abteilung Orthopädie der Klinik B. E. Dr. R. erklärte in seiner Auskunft vom 24. Juli 2006, dass die Therapie mit dem "MOTomed viva2" die krankengymnastische Behandlung nicht ersetzen könne. Die krankengymnastische Behandlung bei Post - Polio Patienten mit muskulär völlig ungleichgewichtigen Lähmungen, mit asymmetrischen Befall durch eine Zweiterkrankung 40 Jahre nach dem Durchmachen der Kinderlähmung bedinge ein krankengymnastisches Übungskonzept mit manuellen Therapien zum Verhindern von sogenannten Kontrakturen. Auch ergotherapeutische Therapien, durch die das korrekte Gehen trotz bestehender Lähmungsbefunde und einschränkender Gelenkbeweglichkeit geübt werden müsste, könnten das muskulär dosierte Training an isokinetisch in der Kraftform arbeitenden Bewegungstrainern nicht ersetzen. Es sei nachweislich der geltenden Literatur in der Fachwelt bereits bekannt, dass die vorher erprobte und in ihrer Dosierung festgelegte Therapie mit dem Hilfsmittel MOTomed viva2 eine notwendige Maßnahme sei, um die Restleistungsfähigkeit bei Post-Polio-Patienten zu erhalten, ohne eine weitere Verschlechterung der neuromuskulären Leistungsfähigkeit durch Überforderung der Alpha-Motoneurone und ein damit entstehendes Abschalten von neuen Muskeln zu riskieren. Auch seien die nicht zu vernachlässigenden Herz- und Atmungsbefunde für Post-Polio-Patienten zu berücksichtigen. Ein regelmäßiges Training, wie es für Post-Polio-Patienten zur Vermeidung von Pflege, Rollstuhlpflichtigkeit und Verlust von Mobilität nötig sei, sei nur durch trainingstherapeutische Methoden, das bedeute wiederholbare, messbare Übungsbehandlung z. B. an Geräten, die Restfunktionen übernehmen könnten, notwendig. Dabei sei insbesondere durch die Lähmung ein normales auxochthones Fahrradergometer nicht in der Lage, dem Polio-Patienten zur Benutzung zur Verfügung zu stehen, da er durch seine Lähmungen in gewissen Abschnitten der Bewegung auf Fremdhilfe angewiesen sei und deswegen die sogenannte Restmuskelverstärkung oder besser im sportphysiologischen Bereich auch isokinetisch genannten Modus zur Erreichung von Drehkubelarbeit notwendigerweise dieses Gerät benutzen müsse. Dies könne sowohl für Beintrainer als auch für Armtrainer zutreffen. Weiter hat Dr. R. darauf verwiesen, dass dieses Training sicherlich nicht in einem erforderlichen Zeitraum von täglich 30 Minuten durch Krankengymnastik wirtschaftlich zu erbringen sei und durchaus in der Eigenverantwortlichkeit zusammen mit dem daraus erzielenden Trainingseffekt vom betroffenen Patienten durch gerätegestützte Therapie selbst erbracht werden könnte. Dies müsse als additives Verfahren, nicht als ersetzendes Verfahren erkannt werden, wenn auch das Benutzen eines solches isokinetischen Fahrradergometers, das im Sitzbetrieb zur Verfügung stehe, physiotherapeutische Einzeltherapien eines passiven Durchbewegens von Kontrakten und in der Muskelführung gelähmten Gelenken möglich mache. Abschließend hat Dr. R. darauf verwiesen, dass es sich bei dem hier streitigen Hilfsmittel MOTomed viva2 um keinen passiven Bewegungstrainer handele, sondern um einen sogenannten aktiven/passiven Bewegungstrainer, der auf Grund seines Modus mit Restmuskelverstärkung durch elektrisches Messen des Widerstandes im sogenannten Realtime-Modus den widerstandsentsprechenden Fähigkeiten des Patienten sofort umsetzen könne, um Drehkubelarbeit durchführen zu lassen. Daher sei ein rein passiver Bewegungstrainer für Polio-Patienten nicht sinnvoll, da ein insokinetisch, das bedeute aktiv/passiv elektrisch gesteuertes Trainingsgerät die notwendigen Restleistungsfähigkeiten sinnvoll nutze und in Momenten der nicht möglichen Gelenkbeweglichkeit durch die Lähmungen bis zur passiven Vollübernahme dem Patienten zur Verfügung stehe, in Winkelgraden, in denen aber muskelkräftig ein Gelenk, z.B. Knie-, Hüft- oder Schultergelenk wiederum eingesetzt werden könne, ein aktiver Widerstand zur Verfügung stehe, der die Restleistungsfähigkeit stärke bzw. erhalte.

In einer weiteren Stellungnahme der Beklagten verwies diese unter Hinweis auf das Gutachten von Dr. P. vom MDK vom 22. September 2006 darauf, dass die Voraussetzungen zur Versorgung der Klägerin mit dem beantragten Hilfsmittel nicht vorlägen. Laut Hilfsmittelverzeichnis sei ein weitestgehender Funktionsverlust der unteren Extremitäten erforderlich, vorliegend sei daher bei der Klägerin aber ein Heimtrainer ausreichend. Auch Dr. W.n.Voiculesco habe in seiner Stellungnahme lediglich den vorübergehenden Einsatz eines Heimtrainers (nicht eines fremdkraftbetriebenen Arm-Beintrainers) als medizinisch notwendig erachtet.

Mit Urteil vom 7. Mai 2007 hat das SG den Bescheid der Beklagten vom 29. Juni 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Februar 2006 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin einen Bewegungstrainer MOTomed viva2 zur Verfügung zu stellen. Das SG hat hierbei die Auffassung vertreten, die Klägerin habe einen Anspruch auf Versorgung mit einem Bewegungstrainer MOTomed viva2. Gem. [§ 33 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) hätten Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich seien, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach [§ 34 Abs. 4 SGB V](#) ausgeschlossen seien. Unter Berücksichtigung der hier zu ergangenen umfangreichen Rechtsprechung des BSG beantworte sich die Frage, welche Qualität und Ausstattung ein Hilfsmittel haben müsse um den gesetzlichen Anforderungen zu genügen, danach, welchem konkreten Zweck die Versorgung im Einzelfall diene. Solle ein Hilfsmittel die Ausübung einer beeinträchtigten Körperfunktion unmittelbar ermöglichen, ersetzen oder erleichtern (z. B. Prothesen), so sei grundsätzlich ein Hilfsmittel zu gewähren, dass die ausgefallene bzw. gestörte Funktion möglichst weit kompensiere, also den umfassendsten Gebrauchsvorteil biete. Gehe es hingegen um einen Ausgleich ohne Verbesserung elementarer Körperfunktionen allein zur Befriedigung eines sonstigen allgemeinen Grundbedürfnisses des täglichen Lebens (z. B. Kommunikation, Schaffung eines geistlichen und körperlichen Freiheits, selbstständigen Wohnens, Bewegungen im Nahbereich einer Wohnung, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben), bemesse sich der Umfang der Leistungspflichten nicht nach dem technisch machbaren (Hinweis auf BSG Urteil vom 2. Juli 2002 - [B 3 KR 66/01 R](#) - in [SozR 3 - 2500 § 33 Nr. 45](#)). Wie die anderen Leistungen der Krankenbehandlung nach [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) unterliege auch die Versorgung mit Hilfsmitteln den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Wissenschaftlichkeit. Im Weiteren hat das SG darauf verwiesen, dass im Hinblick darauf, dass die ärztliche Verordnung eines bestimmten Hilfsmittels sich rechtlich lediglich als ärztliche Empfehlung darstelle, die Krankenkasse im Verhältnis zum Versicherten nicht daran gebunden sei. Des Weiteren habe über die Verordnungsermächtigung des [§ 34 Abs. 4 SGB V](#) der Bundesminister für Arbeit eine Verordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis in der gesetzlichen Krankenversicherung erlassen, über die bestimmte Hilfsmittel von der Versorgung ausgeschlossen seien. Die Hilfsmittel-Richtlinie konkretisiere das Verfahren zur Verordnung von Hilfsmitteln und nehme

Bezug auf das Hilfsmittelverzeichnis, das nach [§ 128 SGB V](#) von den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu erstellen sei. In diesem seien die von der Leistungspflicht erfassten Hilfsmitteln aufzuführen und die dafür vorgegebenen Festbeträge oder vereinbarten Preise anzugeben. Diesem Hilfsmittelverzeichnis werde als Meinungsäußerung der Spitzenverbände nur informatorischer Charakter zuerkannt. Nach ständiger Rechtsprechung handele es sich um eine Auslegungshilfe, die für die Gerichte nicht verbindlich sei (u. a. mit Hinweis auf das Urteil des BSG vom 3. August 2006 - [B 3 KR 25/05 R](#) -). Unter Berücksichtigung dieser dargestellten rechtlichen Grundlagen habe nach Auffassung des SG die Klägerin Anspruch auf Versorgung mit dem Hilfsmittel MOTomed viva2. Hierbei sei zu beachten, dass die Klägerin wochentags von Montag bis Donnerstag jeweils von 07:00 Uhr bis 12:00 Uhr berufstätig sei und außerdem nach ihrem glaubhaften Vortrag in der mündlichen Verhandlung aus subjektiver Sicht eine häufigere Krankengymnastik aus Zeit- und Erschöpfungsgründen nicht für praktikierbar halte. Im Schnitt erhalte die Klägerin derzeit zweimal in der Woche Krankengymnastik. Im Rahmen dieser tatsächlichen Bedingungen sei es auch aus rechtlicher Sicht gerechtfertigt, die Klägerin zusätzlich zu den bisher erfolgenden Maßnahmen der Krankengymnastik mit dem beantragten Hilfsmittel auszustatten. Das SG stütze sich hierbei insbesondere auf die Ausführungen des verordnenden Orthopäden Dr. R. ... Danach sei für den Gesundheitszustand der Klägerin medizinisch erforderlich, ein tägliches Bewegungstraining an einem isokinetischen Fahrradergometer zusätzlich zur in Anspruch genommenen Krankengymnastik zu absolvieren. Es sei auch zu beachten, dass die Klägerin derzeit weiterhin berufstätig sei, und für sie deshalb ein aktiver/passiver Bewegungstrainer auch aus Zeitgründen erforderlich sei. Soweit das LSG B.en-Württemberg in seinem Urteil vom 5. April 2005 ([L 11 KR 2161/04](#)) davon ausgehe, dass unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach [§ 12 SGB V](#) die Erforderlichkeit für ein Hilfsmittel zu Lasten der Krankenversicherung nicht vorliege, wenn die Verordnung des Geräts nicht sonstige physikalische personengebundene Behandlungen kompensiere und dadurch finanziell erspare, sei vorliegend gerade unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten die Versorgung der Klägerin mit dem beantragten Hilfsmittel erforderlich. Eine höher frequente Krankengymnastik sei bei der Klägerin aus persönlichen und beruflichen Gründen nicht möglich (nach Dr. R. auch medizinisch nicht geboten), andererseits trage das begehrte Hilfsmittel unter anderem auch dazu bei, die Klägerin in ihrem Status der Berufstätigkeit zu erhalten, und Sorge - unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten- damit dafür, dass die Klägerin der Solidargemeinschaft als Beitragszahlerin erhalten bleibe.

Die Beklagte hat gegen das ihr mit Empfangsbekanntnis am 9. Juli 2007 zugestellte Urteil am 31. Juli 2007 Berufung eingelegt. Zur Begründung macht sie unter Verweis auf das sozialmedizinische Gutachten von Dr. K. vom 30. Juli 2007 geltend, die Kostenübernahme für das beantragte Hilfsmittel MOTomed viva2 sei medizinisch nicht begründet und darüber hinaus wäre die Kostenübernahme mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach [§ 12 SGB V](#) auch nicht vereinbart, da die erforderliche Krankengymnastik durch das Hilfsmittel nicht (teilweise) ersetzt werden könne. So habe Dr. K. im Gutachten des MDK unter anderem im Ergebnis festgestellt, dass der Einsatz des Bewegungstrainers die therapeutisch gestützte und angeleitete Übung nicht ersetzen könne, eine additive Wirkung zusätzlich zur ohnehin notwendigen Heilmittelbehandlung sei - auch nicht ansatzweise - bisher durch Studien mit der nötigen Evidenz (randomisierte Studien) belegt. Ferner lägen auch keine wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über Langzeitbehandlungsfolgen und mögliche nachteilige Folgen einer häuslichen gerätegestützten Therapie mit Bewegungstrainer beim Post-Polio Syndrom vor. Als notwendige Maßnahme sei der Einsatz eines Bewegungstrainers in der Fachwelt nicht anerkannt. Auch ein handelsüblicher Ergometer wäre nur sinnvoll, wenn er in das individuell der Schwere der Einschränkungen und Lähmungen angepasste Behandlungskonzept im Einzelfall integriert werden könne.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 7. Mai 2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend. Ergänzend führt die Klägerin über ihren Bevollmächtigten noch aus, da sie in Teilzeit berufstätig sei, wäre sie mit diesem Trainingsgerät in der Lage, selbst und unabhängig zu Hause einem weiteren Funktionsverlust der Beinbewegung vorzubeugen und damit ihre Gehfähigkeit und Mobilität zu erhalten. Sie nehme derzeit regelmäßig Krankengymnastik in Anspruch, allerdings aus Zeit- und Erschöpfungsgründen nur zweimal die Woche. Weitere erforderliche Trainingseinheiten - durch Bewegen der Gelenke zur verbesserten Durchblutung und schonendes Muskeltraining - könnte sie mit dem Bewegungstrainer absolvieren um so ihr Restleistungsvermögen zu erhalten und einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes entgegen zu wirken. Insbesondere der Orthopäde Dr. R., der die Klägerin in der Fachklinik B. E. betreut und das streitgegenständliche Hilfsmittel verordnet habe, mache in seiner sachverständigen Zeugenaussage deutlich, dass eine regelmäßige Therapie mit dem Bewegungstrainer zusätzlich zur krankengymnastischen Behandlung sinnvoll und erforderlich sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der bis zum 31. März 2008 geltenden Fassung (alte Fassung) liegt nicht vor. Im Streit steht letztlich die Übernahme der Kosten für die Zurverfügungstellung des Bewegungstrainers. Der hier noch maßgebliche Beschwerdewert von 500 EUR ist damit überschritten.

II.

Die Berufung der Beklagten ist auch begründet. Entgegen der Auffassung des SG besteht kein Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte ihr einen Bewegungstrainer "MOTomed viva2" zur Verfügung zu stellen.

Das SG hat die hier maßgeblichen Rechtsnormen ([§ 33 SGB V](#), [§ 27 SGB V](#), Hilfsmittelrichtlinie und Hilfsmittelverzeichnis) sowie die hierzu ergangene Rechtsprechung zutreffend benannt, weshalb insoweit hier von einer Darstellung gem. [§ 153 Abs. 2 SGG](#) abgesehen werden

kann.

In der Sache allerdings sind nach Auffassung des Senates die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Gewährung des Bewegungstrainers durch die Beklagte nicht gegeben.

Dr. K. hat in seinem sozialmedizinischen Gutachten ausgeführt, dass verstärkt seit Anfang der 80er Jahre eine komplexe Beschwerdesymptomatik im Sinne eines Post-Polio-Syndroms beobachtet werde. Dieses Syndrom werde in den letzten Jahren zunehmend bei Patienten beobachtet, die über Jahre bis Jahrzehnte nach überstandener Poliomyelitis stabil waren, dann erneut symptomatisch mit neuerlicher Zunahme der Muskelschwäche und Muskelverschmächtigung, allgemeiner Müdigkeit, Erschöpfbarkeit, Schmerzen, Muskelkrämpfen, Temperaturregulationsstörungen und auch Störungen der Atmung werden. Die Ursachen des Post-Polio-Syndroms seien letztlich noch nicht geklärt. Eine Ursache werde in einer chronischen Überlastung angesehen. Eine Reaktivierung des Poliovirus selbst habe bislang nicht bewiesen werden können. Eine kausale Therapie gibt es nach den Angaben von Dr. K. nicht. Ein Behandlungspfeiler stelle die sorgfältig dosierte und der individuellen Leistungsfähigkeit angepasste Physiotherapie mit Vermeiden von Überforderung dar. Vor einem unkontrollierten Krafttraining bei Patienten nach Poliomyelitis sei bereits in den fünfziger Jahren gewarnt worden, die Therapie solle in einem funktionellen, dosierten, zweckmäßigen und angepassten Aufbautrainings bestehen. Im hier vorliegenden Fall, der seitens der H.-Klinik mit der Klasse V nach Halstaedt angegeben worden sei, sei bei der Trainingstherapie insbesondere Vorsicht und ein mehr an Ruhepausen erforderlich. Schließlich hat Dr. K. auch darauf hingewiesen, dass ausweislich der von ihm zitierten Literatur eine gerätegestützte häusliche Behandlung mit Bewegungstrainer nicht als integraler Bestandteil eines fraglos notwendigen individuell abgestimmten Therapiekonzepts zum Erhalt bzw. zur Verbesserung von Kraft, Beweglichkeit, Ausdauer und Koordination erwähnt werde.

Zwar hat der behandelnde Orthopäde Dr. R. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft ausdrücklich darauf verwiesen, dass gerade auch die nicht zu vernachlässigenden Herz- und Atmungsbefunde für Post-Polio-Patienten zu berücksichtigen seien und in dem Zusammenhang ein regelmäßiges Training zur Vermeidung von Pflege, Rollstuhlpflichtigkeit und Verlust von Mobilität nötig sei und dies nur durch trainingstherapeutische Methoden, das bedeute eine wiederholbare, messbare Übungsbehandlung, z. B. an Geräten, die bei stark geschädigten Extremitätenmuskeln Restfunktionen übernehmen könnten, notwendig sei. Er hat aber auch eingeräumt, dass natürlich der Bewegungstrainer die krankengymnastische ergotherapeutische Übungsbehandlung nicht ersetzen kann. Dr. R. vertritt zwar weiter die Auffassung, dass gerade bei der Klägerin das hier streitige Training mit dem Bewegungstrainer als notwendiges, zusätzliches ("additives") Verfahren angesehen werden müsse. Hierbei sei schließlich auch noch zu berücksichtigen, dass es sich nicht lediglich um einen fremdkraftbetriebenen passiven Bewegungstrainer handle, sondern um einen aktiven/passiven Bewegungstrainer, der gerade aktiv/passiv elektrisch gesteuert die notwendigen Restleistungsfähigkeiten des betroffenen Patienten nutzt und nur in den Phasen der Bewegung, in denen der Betroffene nicht aus eigener Kraft die Bewegung durchführen kann, diese übernimmt, aber ab dem Zeitpunkt, in dem der Betroffene die Bewegung wieder aus eigener Kraft durchführen kann einen entsprechenden Widerstand zur Verfügung stellt, um so die Muskulatur zu trainieren. Das Training mit dem Bewegungstrainer führe damit also ergänzend auch im Wege eines Konditionstrainings zur Stärkung der bei Post-Polio-Patienten durchaus auch zu beachtenden Funktionsfähigkeit des Herz- und Atm.ystems ...

Dem bleibt aber entgegenzuhalten, das - worauf schon Dr. K. hingewiesen hat - bislang keine tragfähige Studie vorliegt, die die medizinische Notwendigkeit dieses "additiven" (zusätzlichen) Verfahren begründet und die von Dr. R. genannte Studie nicht aussagekräftig ist, da es sich hierbei nur um eine Beobachtungsstudie mit einer kleinen Fallzahl handelt, die Lungenfunktionswerte und Sauerstoffsättigung vor und nach einem zweimonatigen individuell leistungsadaptierten Ausdauertraining vergleicht. Es handelt sich hierbei um eine kleine Studie, ohne Vergleichsgruppe, ohne Langzeitbeobachtung, die damit auch nach Überzeugung des Senates letztlich nicht geeignet ist, den Nutzen des Bein-/Bewegungstrainers im Gesamtbehandlungskonzept zu belegen. In dem Zusammenhang ist auch noch zu berücksichtigen, dass es gerade bei Post-Polio-Patienten wichtig ist, dass eine Überbelastung der Muskulatur verhindert wird, daher also gerade Krankengymnastik unter Aufsicht und Anleitung eines Physiotherapeuten besonders wichtig ist. Bei einem Training zu Hause an einem Heimtrainer besteht aber anders als etwa bei einer stationären Behandlung bzw. einem entsprechenden Gerätetraining unter Aufsicht (wie es etwa während des stationären Aufenthalts der Klägerin in der H.-Klinik der Fall war) überhaupt keine bzw. nur eine eingeschränkte Kontrolle (gegebenenfalls über dokumentierte Leistungsdaten), ob das Training "ausreichend", "zu gering" oder "zu intensiv" ausgeübt wird.

Aus diesen Gründen ist auf die Berufung der Beklagten das Urteil des SG aufzuheben und die Klage abzuweisen.

III.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-07-17