

L 2 U 400/09 B ER

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 20 U 573/09 ER

Datum

21.09.2009

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 400/09 B ER

Datum

03.03.2010

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Leitsätze

Zum Anspruch auf Kostenerstattung bzw auf Sachleistungen für physikalische Therapie, wenn allenfalls Behandlungsnotwendigkeit, aber nicht Eilbedürftigkeit besteht.

Die Beschwerde gegen den Beschluss des Sozialgerichts München vom 21.09.2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten

Gründe:

I.

Der beklagte Unfallversicherungsträger (hier Beschwerdegegnerin) gewährt der Beschwerdeführerin wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls vom 07.12.1998 Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung. Als Unfallfolgen erkannte sie an: unter Falschgelenkbildung verheilte Brüche der rechten Hüftpfanne und des rechten Sitzbeins, Belastungsbeschwerden und Bewegungseinschränkung des rechten Hüftgelenks. Ausdrücklich hob sie hervor, dass erhebliche Verschleißerscheinungen der gesamten Wirbelsäule, Beckenkipfung, Arthrose beider Iliosakralgelenke sowie X-Fehlstellung des rechten Beins und Beeinträchtigung des rechten Unterschenkels keine Unfallfolgen seien.

Mit Bescheid vom 12.03.2009 reduzierte die Beschwerdegegnerin die bisher der Beschwerdeführerin erbrachten Leistungen der Heilbehandlung, bestehend aus zwei bis dreimal pro Woche Krankengymnastik, Wärmebehandlung und Massage auf lediglich sechs solche Anwendungen pro Quartal. Am 11.05.2009 beantragte die Beschwerdeführerin, gemäß [§ 43 Abs.1 Satz 1](#) des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) Heilbehandlung in bisherigem Umfang als vorläufige Leistung weiter zu gewähren. Das auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gerichtete Verfahren zum Aktenzeichen S 23 U 337/09 ER erledigte sich, nachdem die Beschwerdegegnerin am 29.05.2009 die bisherige Heilbehandlung im ursprünglichen Umfang bis auf Widerruf zusagte.

Mit Bescheid vom 23.06.2009 lehnte die Beschwerdegegnerin die Weitergewährung von Massagen und Wärmeanwendungen sowie eine über die Erhaltungstherapie hinausgehende Krankengymnastik ab. Hierzu reiche es aus, anstatt der bisherigen physiotherapeutischen Dauertherapie mit zwei bis drei Behandlungen pro Woche der Krankengymnastik, Wärmebehandlung und Massage künftig nur noch sechs Anwendungen der Krankengymnastik pro Quartal zur Erhaltungstherapie durchzuführen. Die Wärmeapplikation und Massagebehandlungen seien nicht wegen der Unfallfolgen, sondern auf Grund der anlagebedingten Lendenwirbelsäulen- und Iliosakralfugenbeschwerden erforderlich. Hierfür würden künftig keine Kosten mehr übernommen.

Diese Entscheidung bestätigte sie mit Widerspruchsbescheid vom 11.08.2009. Sie nahm zwar auf den Antrag der Beschwerdeführerin, ihr vorläufige Leistungen im bisherigen Umfang zu erbringen, Bezug, erläuterte jedoch nicht, weshalb ein solcher Anspruch nicht gegeben sei.

Am 27.08.2009 beantragte die Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, vorläufig die Kosten für je zwei Behandlungen pro Woche für Krankengymnastik, Wärmebehandlung und Massagen zu übernehmen. Zur Begründung bezog sie sich auf die ärztliche Verordnung vom 05.11.2008 der Dres.Z. u.a ... Die Verordnung umfasste insgesamt zehn Behandlungen für zwei- bis dreimal pro Woche Krankengymnastik, Wärmeapplikation und Massagen wegen der knöchern konsolidierten Schambein- und Hüftpfannenfraktur rechts sowie sekundärer Arthrose des Iliosakralgelenks rechts und daraus resultierenden tiefen Rückenschmerzen mit Gangunsicherheit.

Die Beschwerdegegnerin erklärte am 09.09.2009, sie berichtige ihre Auffassung insoweit, als Heilbehandlungen in bisherigem Umfang bis zur Rechtshängigkeit der Klage von ihr weiter zu erbringen seien. Die angefallenen Kosten bis Ende August übernehme sie. Ob darüber hinaus ein Leistungsanspruch bestehe, müsse im Klageverfahren geklärt werden. Ein Anordnungsgrund sei nicht vorhanden, weil keine Gefahr bestehe, dass durch die Veränderung des Zustandes die Verwirklichung eines Rechts der Beschwerdeführerin vereitelt oder wesentlich erschwert würde oder wesentliche Nachteile abgewendet werden müssten.

Auf die gerichtliche Anfrage vom 10.09.2009, wie hoch die zu erwartenden Kosten für die in Abrede gestellten Anwendungen seien, welche Anwendungen, in welcher Anzahl im einstweiligen Rechtsschutz beantragt würden und welche Einkünfte die Beschwerdeführerin habe, erklärte diese, sie beantrage jeweils zwei Behandlungen pro Woche für Krankengymnastik, Wärmeapplikation und Massage. Ihr Renteneinkommen belaufe sich auf monatlich 1.114,61 EUR. Die von ihr derzeit zu tragenden Kosten für Physiotherapie beliefen sich auf 89,31 EUR pro Woche. Sie legte eine weitere Verordnung der Dres.Z. u.a. vom 28.07.2009 vor für sechs Behandlungen zu Krankengymnastik, Wärmebehandlung und Massage zweimal pro Woche. Ferner übersandte sie eine Kostenaufstellung des Physiotherapie-Instituts vom 11.09.2009. Danach würden der Beschwerdeführerin kulanterweise die AOK-Sätze in Rechnung gestellt, nämlich für Krankengymnastik 17,12 EUR, Massage 10,15 EUR und Heißluft 2,50 EUR, also insgesamt für den einmaligen Behandlungskomplex 29,77 EUR.

Mit Beschluss vom 21.09.2009 lehnte das Sozialgericht den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. Es sei weder ein Anordnungsanspruch noch ein Anordnungsgrund gegeben. Es handle sich nicht um existenziell bedeutsame Leistungen für die Beschwerdeführerin. Bei der im vorläufigen Rechtsschutz gebotenen summarischen Prüfung müsse der Ausgang des Hauptsacheverfahrens als offen bezeichnet werden. Insoweit komme es auf eine Interessenabwägung unter Einbezug des Anordnungsgrundes an. Danach sei entscheidend, ob es nach den Umständen des Einzelfalls dem Betroffenen zumutbar sei, die Entscheidung in der Hauptsache abzuwarten. Da die Beschwerdeführerin über ein monatliches Einkommen von 1.114,61 EUR verfüge, könne ihr zugemutet werden, die nach Abzug der von der Beschwerdegegnerin weiter zugesagten Leistungen anfallenden Kosten von maximal 203,92 EUR monatlich aufzubringen. Unverständlich sei, weswegen die Beschwerdeführerin die Krankenkasse nicht in Anspruch nehme. Sie hätte dann zwar Zuzahlungen zu leisten, aber nur in zumutbarer Höhe. Darüber hinaus liege lediglich eine ärztliche Verordnung vom 28.07.2009 für sechs Behandlungen an zwei Behandlungstagen pro Woche vor. Eine darüber hinausgehende aktuelle Verordnung sei nicht vorgelegt worden.

Dagegen legte die Beschwerdeführerin am 24.09.2009 Beschwerde ein. Entgegen den Darlegungen des Sozialgerichts habe sie die Kostenübernahme bei ihrer Krankenversicherung beantragt. Diese habe eine Einstandspflicht abgelehnt, weil die Therapieeinheiten seit dem Arbeitsunfall vom 07.12.1998 als unfallabhängig von der Beschwerdegegnerin zu tragen seien. Aus diesem Grunde habe sie am 11.05.2009 die Erbringung vorläufiger Leistungen gemäß [§ 43 Abs.1 Satz 1 SGB I](#) beantragt. Die vorrangige Leistungsverpflichtung der Beschwerdegegnerin bewirke, dass im Verhältnis zwischen ihr und der Krankenversicherung ein Anordnungsgrund fehle und einstweiliger Rechtsschutz ausschließlich gegenüber dem zur vorläufigen Leistung verpflichteten Leistungsträger bestehe. Zur Glaubhaftmachung des Anordnungsanspruchs bezog sie sich auf ein an ihren Bevollmächtigten gerichtetes Schreiben der Dres.Z. u.a. vom 24.09.2009. Darin heiße es, die Beschwerdeführerin sollte aus fachärztlich orthopädischer Sicht zweimal pro Woche physikalische Therapie mit Wärmebehandlung und Massage weiterhin bekommen, um eine Verschlimmerung der Beschwerden und ggf. eine operative Versorgung zu vermeiden. Auf Anfrage des Senats, ob Verordnungen nach dem 28.07.2009 ausgestellt worden seien, teilte die Beschwerdeführerin mit, es seien vier weitere Verordnungen für je sechs Einheiten ausgestellt worden. Die Beklagte wies darauf hin, sie erbringe die Leistungen im bisherigen Umfang bis zur Klageerhebung und habe ihre Leistungsabteilung angewiesen, die bis 30.08.2009 ausgestellten Rechnungen noch zu begleichen. Ob danach noch ein Anspruch, wie von der Beschwerdeführerin vorgetragen, bestehe, wäre im Klageverfahren zu klären. Ein Anordnungsgrund sei nicht zu erkennen. Die Klägerin verwies darauf, sie habe ausschließlich einen Antrag auf vorläufige Leistungen gegenüber der Beschwerdegegnerin nach [§ 43 Abs.1 SGB I](#) gestellt. Nur über diesen sei zu entscheiden.

Die Beschwerdeführerin beantragt, den Beschluss des Sozialgerichts München vom 21.09.2009 aufzuheben und ihr bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens die Kosten für physikalische Therapie, Wärmebehandlung und Massagen je zweimal pro Woche als vorläufige Leistung zu erstatten bzw. zu gewähren.

Die Beschwerdegegnerin beantragt, die Beschwerde zurückzuweisen.

Im Übrigen wird zur Ergänzung des Sachverhalts gemäß [§ 136 Abs.2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) auf den Inhalt der beigezogenen Akten Bezug genommen.

II.

Die statthafte und fristgerecht eingelegte Beschwerde ([§§ 172, 173 SGG](#)) ist unbegründet.

Gemäß [§ 86b Abs.2 SGG](#) kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustandes die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte. Einstweilige Anordnungen sind auch zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Der Erlass einer einstweiligen Anordnung setzt voraus, dass ein Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund gegeben sind. Beide sind glaubhaft zu machen ([§ 86b Abs.2 Satz 4 SGG](#) i.V.m. [§ 920 Abs.2](#) Zivilprozessordnung).

Soweit die Beschwerdeführerin ihren Anspruch gegenüber der Beschwerdegegnerin auf [§ 43 Abs.1 SGB I](#) stützt, fehlt es an einem Anordnungsanspruch. [§ 43 Abs.1 SGB I](#) greift ein, wenn ein Anspruch auf Sozialleistungen besteht und lediglich zwischen mehreren Leistungsträgern streitig ist, wer zur Leistung verpflichtet ist. In diesem Fall kann der unter diesen zuerst angegangene Leistungsträger vorläufig Leistungen erbringen. Auf solche vorläufigen Leistungen hat der Berechtigte Anspruch, wenn er solche beantragt ([§ 43 Abs.1 Satz 2](#) 1.Halbsatz SGB I). Die Vorschrift gilt für alle Leistungsarten und damit auch für Leistungen der Heilbehandlung gegen einen Unfallversicherungsträger nach § 26 des Siebten Sozialgesetzbuchs (SGB VII) ebenso auf Heilmittelversorgung gegenüber dem Krankenversicherungsträger nach § 32 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V). Die Vorschrift hat zum Ziel, einen

Kompetenzkonflikt unter zwei oder mehreren Leistungsträgern nicht zu Lasten des Berechtigten auszutragen. Allerdings ist mit der ablehnenden oder positiven Entscheidung des angegangenen Versicherungsträgers kein Raum mehr für eine vorläufige Leistung. Denn ab diesem Zeitpunkt liegt die Voraussetzung nicht mehr vor, dass eine Leistungspflicht zwischen mehreren Leistungsträgern streitig ist. Darauf, dass der Berechtigte meint, es seien zwei oder mehrere Leistungsträger zuständig, kommt es nicht an (Kassler Kommentar, [§ 43 SGB I](#) Rdnr.10 und 15). Ein Anordnungsanspruch, auf den die Beschwerdeführerin ihr Begehren stützen könnte, lässt sich aus [§ 43 SGB I](#) nicht ableiten.

Sie hat auch im Übrigen keinen Anspruch auf Erlass einer einstweiligen Anordnung, mit der sie mehr als von der Beschwerdegegnerin zuletzt im angefochtenen Bescheid vom 23.06.2009 und Widerspruchsbescheid vom 11.08.2009 zugestandene Leistungen der Heilbehandlung erwirken könnte. Da sie ausdrücklich nur von der Beschwerdegegnerin vorläufige Leistungen bis zum Abschluss des Hauptverfahrens beantragt, kommt ausschließlich [§ 26 Abs.1 SGB VII](#) als Anspruchsgrundlage und damit als Anordnungsanspruch in Betracht. Insoweit ist jedoch zu unterscheiden zwischen solchen Leistungen, die in der Vergangenheit, das heißt vor dem Beschluss des Sozialgerichts vom 21.09.2009 in Anspruch genommen wurden, und solchen, die in die Zukunft gerichtet sind. Denn der Senat fasst das Begehren der Beschwerdeführerin, entgegen der Formulierung ihres Antrags auch auf Leistungen der Heilbehandlung bzw. Heilmittelversorgung auf Dauer und damit in die Zukunft gerichtet auf. Soweit Leistungen in der Vergangenheit in Anspruch genommen wurden, kommt Kostenerstattung gemäß [§ 26 SGB VII](#) i.V.m. [§ 13 Abs.3](#)

SGB V in Betracht, weil im Unfallversicherungsrecht eine entsprechende Bestimmung fehlt. Danach kommt ausnahmsweise anstatt der Sachleistung eine Kostenerstattung für die selbst beschaffte Leistung in Betracht, wenn eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt worden war. Die Beschwerdeführerin hat trotz Hinweis des Senats ihren Anspruch auf Kostenerstattung nicht beziffert und auch nicht glaubhaft gemacht. Die von ihr vorgelegte Verordnung der Dres.Z. u.a. datiert vom 28.07.2009. Danach waren sechs Behandlungen an zwei bis drei Behandlungstagen pro Woche verordnet worden. In ihrem Schreiben vom 04.01.2010 bzw. vom 04.12.2009 erklärte sie lediglich, nach dem 28.07.2009 lägen vier weitere Verordnungen für je sechs Einheiten vor. Die Beschwerdegegnerin versicherte, von solchen Verordnungen habe sie keine Kenntnis erlangt, eine Glaubhaftmachung durch die Beschwerdeführerin erfolgte nicht. Soweit sie sich auf das an ihre Bevollmächtigten gerichtete Schreiben der Dres.Z. u.a. vom 24.09.2009 stützt, ist diesem lediglich zu entnehmen, dass die Ärzte eine Fortsetzung der bisherigen Therapie einschließlich Wärmebehandlung und Massage empfehlen. Eine Verordnung ersetzt dies nicht.

Der Senat braucht dieser Frage jedoch nicht weiter nachzugehen, weil ein Anordnungsgrund, das heißt ein Grund, der es der Beschwerdeführerin nicht zumutbar erscheinen lässt, den Ausgang des Hauptsacheverfahrens abzuwarten, ebenso wenig besteht. Dabei stehen sich Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund nicht isoliert einander gegenüber, vielmehr besteht zwischen ihnen eine funktionelle Wechselbeziehung der Gestalt, als die Anforderungen an den Anordnungsanspruch mit zunehmender Eilbedürftigkeit bzw. Schwere des drohenden Eingriffs zu verringern sind oder umgekehrt. Dabei dürfen keine zu hohen Anforderungen an die Glaubhaftmachung im Eilverfahren gestellt werden, die Anforderungen haben sich vielmehr am Rechtsschutzziel zu orientieren, das der Antragsteller mit seinem Begehren verfolgt (Bundesverfassungsgericht, zuletzt vom 19.03.2004 in [NJW 2004, 3100](#)). Ist dem Gericht eine vollständige Aufklärung der Sach- und Rechtslage im Eilverfahren nicht möglich, ist anhand einer Folgenabwägung unter umfassender Berücksichtigung der grundrechtlichen Belange aller Beteiligten zu entscheiden (Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 12.05.2005 - [1 BvR 569/05](#)).

Nach der gebotenen summarischen Prüfung ist der Ausgang des Hauptsacheverfahrens allenfalls als offen zu bezeichnen. Aus der letzten von der Beschwerdeführerin vorgelegten Verordnung der Dres.Z. u.a. vom 28.07.2009 lässt sich nicht eindeutig ersehen, dass die Heilbehandlung wesentlich der Therapie von Unfallfolgen zu dienen bestimmt ist. Vielmehr werden darin auch die Gesundheitsstörungen genannt, die von der Antragsgegnerin ausdrücklich als nicht durch diesen Unfall verursachte Gesundheitsstörungen bezeichnet wurden. Dem Schreiben der Dres.Z. u.a. vom 24.09.2009 ist eine darüber hinausgehende Erkenntnis nicht zu entnehmen. Es heißt darin lediglich, eine Verschlimmerung der Beschwerden und ggf. eine operative Versorgung könne durch physikalische Therapie vermieden werden. Dass damit die Einstandspflicht der Beschwerdegegnerin begründet wird, ist dem Schreiben nicht zu entnehmen. Demnach hängt der Ausgang des Hauptsacheverfahrens von einer Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit ab, welchen Gesundheitsstörungen begegnet werden sollte.

Für den in die Zukunft gerichteten Anspruch der Beschwerdeführerin gelten die vorstehenden Ausführungen entsprechend. Nach den bislang vorhandenen von der Beschwerdeführerin vorgelegten Unterlagen ist allenfalls eine Behandlungsnotwendigkeit, nicht jedoch deren Eilbedürftigkeit zu erkennen. Hinzukommt, dass von der Beschwerdegegnerin nach wie vor eine Erhaltungstherapie geleistet wird. Der Senat stimmt im Übrigen den Ausführungen des Sozialgerichts zu, dass die Beschwerdeführerin nicht glaubhaft gemacht hat, ihr drohen nicht wieder gutzumachende Nachteile, wenn sie aus ihrem Renteneinkommen die über die von der Beschwerdegegnerin zugesagte Erhaltungstherapie hinausgehenden Behandlungen vorstreckt bzw. von ihrer Krankenkasse in Anspruch nimmt, die eine Zuzahlung verlangt.

Insgesamt kommt der Senat damit zum Ergebnis, dass die Voraussetzungen für den Erlass einer einstweiligen Anordnung gerichtet auf Kostenerstattung für physikalische Therapie, Wärmebehandlung und Massage regelmäßig zweimal pro Woche bzw. Sachleistung der vorstehenden Therapie für die Zukunft nicht erfüllt sind. Die Beschwerde gegen den Beschluss des Sozialgerichts München vom 21.09.2009 war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf analoger Anwendung der [§§ 183, 193 SGG](#).

Der Beschluss ist unanfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2010-04-28