

L 2 U 20/02

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 67 U 987/98-1
Datum
25.02.2002
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 2 U 20/02
Datum
05.12.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 25. Februar 2002 wird zurückgewiesen.
Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens haben die Beteiligten einander nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Erstattung von Kosten für die Anschaffung einer Armbewegungsschiene.

Der 1963 geborene Kläger zog sich bei einem am 18. März 1997 erlittenen Verkehrsunfall eine distale Radiusfraktur zu, in deren Folge sich eine Sudeck'sche Dystrophie der rechten Hand entwickelte. Der Facharzt für Plastische Chirurgie, Handchirurgie Dr. H, bei dem sich der Kläger am 17. Juni 1997 vorgestellt hatte, teilte der Beklagten in einem Krankheitsbericht vom 23. Juni 1997 mit, dass wegen einer erheblichen Fehlstellung und Funktionsbehinderung der rechten Hand die Krankengymnastik durch eine Bewegungsmaschine unterstützt werden sollte. Weitere Vorstellungen des Klägers bei Dr. H erfolgten nicht. Die Mietkosten für eine dem Kläger durch das Sanitätshaus B Z GmbH für die Zeit vom 20. Juni 1997 bis 20. Oktober 1997 leihweise überlassene Arm-Bewegungsschiene (3.395,38 DM) erstattete die Beklagte.

In der Folgezeit erreichte die Beklagte eine an den Kläger gerichtete Rechnung des Sanitätshauses B Z GmbH (mit nicht leserlichem Datum) für eine JACE Arm-Bewegungsschiene über einen Gesamtpreis von 5.837,70 DM. Beigefügt war eine Verordnung des Dr. H vom 20. Juni 1997 über eine "CPM-Maschine Diagn. bek."; auf dem Rezept ist ferner vermerkt "Selbstzahler".

Durch Bescheid vom 25. November 1998 teilte die Beklagte mit, die Kosten für die Arm-Bewegungsschiene nicht zu übernehmen. Der Kläger habe sich nach der Verordnung des Hilfsmittels beim verordnenden Arzt nicht wieder vorgestellt, so dass nicht habe festgestellt werden können, für welchen Zeitraum die Benutzung erforderlich gewesen sei. Es gebe keinen Hinweis darauf, dass das Gerät auf Grund von Unfallfolgen auf Dauer benutzt werden müsse. Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch, mit dem er ausführte, dass das Rezept des Dr. H nicht zeitlich befristet worden sei. Die Maschine sei verordnet und regelmäßig wie verordnet genutzt worden, daher seien auch die Kosten zu erstatten. Durch Widerspruchsbescheid vom 8. Februar 1999 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 25. November 1998 zurück. Die Kosten teurer Hilfsmittel würden nur nach Prüfung ihrer therapeutischen Zweckmäßigkeit übernommen, in der Regel werde hierfür ein Kostenvoranschlag erstellt. Ein solches Verfahren sei vorliegend nicht möglich gewesen, da der Kläger das Gerät als Selbstzahler ohne vorherige Abklärung einer Kostenübernahme erworben habe. Die nachträgliche Überprüfung habe ergeben, dass eine Benutzung der Armbewegungsschiene über den Zeitraum, für den bereits Mietkosten erstattet worden seien, ärztlicherseits nicht angezeigt gewesen sei.

Das Sozialgericht hat das Verfahren betreffend die hier vorliegend streitgegenständliche CPM-Schiene durch Beschluss vom 9. August 2000 aus einem auf die Gewährung von Kraftfahrzeug-Hilfe gerichteten Verfahren abgetrennt und unter dem vorliegenden Aktenzeichen fortgeführt.

Der Kläger hat zur Begründung vorgetragen, die Beklagte habe Kenntnis davon gehabt, dass er nicht mehr in Behandlung beim Verordner Dr. H gewesen sei. Sie hätte ihn darauf hinweisen müssen, dass die Leihgebühr ab sofort nicht mehr erstattet würde. Dann hätte er gegebenenfalls auf die Maschine verzichtet. Es habe für ihn nicht den geringsten Grund gegeben, an der Erforderlichkeit der täglichen Nutzung der Armbewegungsschiene zu zweifeln.

Durch Gerichtsbescheid vom 25. Februar 2002 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die gegen die Unfallversicherungsträger

gerichteten Ansprüche auf Heilbehandlung nach §§ 26 ff. Sozialgesetzbuch, Siebtes Buch, Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) umfassten grundsätzlich nicht die nachträgliche Kostenerstattung für selbst beschaffte Heilbehandlung. Sie würden vielmehr gemäß [§ 26 Abs. 4 S. 2 SGB VII](#) unmittelbar von den Unfallversicherungsträgern bzw. in ihrem Auftrag und unter Wahrung des ihnen nach [§ 26 Abs. 5 SGB VII](#) eingeräumten Ausgestaltungsermessens als Sach- und Dienstleistungen erfüllt. Eine nachträgliche Kostenerstattung komme lediglich ausnahmsweise in Betracht, die Voraussetzungen hierfür seien vorliegend nicht erfüllt. Der Kläger habe mit dem Erwerb des mehrere Tausend DM teuren CPM-Gerätes ohne jede vorherige Nachfrage bei der Beklagten eine Prüfung vereitelt, ob es überhaupt sinnvoll sei, dieses Gerät weiter zu benutzen. Gegen diesen am 7. März 2002 zugegangenen Gerichtsbescheid richtet sich die am 30. März 2002 eingegangene Berufung des Klägers. Der Kläger trägt vor, dass die unbefristete Verordnung bis heute nicht widerrufen und somit nach wie vor wirksam sei. Als Privatpatient sei es für ihn die normalste Sache der Welt, sich ärztlich verordnete Hilfsmittel zu beschaffen und dazu gehörige Rechnungen zur Erstattung einzureichen. Der Gebrauch der CPM-Maschine sei dem behandelnden Arzt Dr. L bekannt gewesen und von ihm für gut befunden worden. Im Übrigen habe er das Gerät bis heute nicht gekauft, es bestehe lediglich die Forderung der Verkäuferin unter Eigentumsvorbehalt. Die Rechnung habe er bisher nicht bezahlt. Er reduziere die Klageforderung um einen Cent, um einen womöglich folgenden Streit um das Eigentumsrecht bezüglich der Maschine, welches ihm zustehe, zu vermeiden.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Gerichtsbescheides vom 25. Februar 2002 und ihres Bescheides vom 25. November 1998 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 8. Februar 1999 zu verurteilen, die Kosten der JACE-CPM-Bewegungsmaschine in Höhe von 5.837,70 DM gemäß Rechnung der Firma Sanitätshaus B Z GmbH zuzüglich 4 % Zinsen ab 31. März 1999 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält an ihrer Auffassung fest.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf die Schriftsätze der Beteiligten nebst Anlagen und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie den der Verwaltungsakte der Beklagten (7 Bände).

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, jedoch nicht begründet. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen.

In der gesetzlichen Unfallversicherung gilt wie in anderen Sozialversicherungsbereichen – jedenfalls auf dem Gebiet der Rehabilitation – das Sachleistungsprinzip, d. h. der Unfallversicherungsträger hat die zur Heilbehandlung bzw. beruflichen Wiedereingliederung erforderlichen Maßnahmen grundsätzlich als Sachleistung bzw. Naturalleistung zu gewähren; ein unmittelbarer Kostenerstattungsanspruch gegen den Unfallversicherungsträger für eine selbst beschaffte Rehabilitationsleistung ist in der Regel nicht gegeben (Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 24. Februar 2000, Az.: [B 2 U 12/99 R](#), [SozR 3-2200 § 567 Nr. 3](#), mit weiteren Nachweisen (m. w. N.)). Das Sachleistungsprinzip für die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung zur Heilbehandlung und Rehabilitation wird nunmehr durch [§ 26 Abs. 4 S. 2 SGB VII](#) eigens normiert; Ausnahmen sollen nur dann gelten, wenn dies im SGB VII ausdrücklich vorgesehen ist. Eine Kostenerstattung für selbst beschaffte Leistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation findet allein unter den Voraussetzungen des entsprechend anwendbaren [§ 13 Abs. 3](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) statt. Diese Regelung des Krankenversicherungsrechtes ist für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung analog heranzuziehen, da hier eine Regelungslücke hinsichtlich der Kostenerstattung besteht, welche die Vorschrift sachgerecht ausfüllt. Für eine weitere Ausdehnung des Kostenerstattungsanspruches ist hingegen kein Raum; weitere Ausnahmen vom Sachleistungsprinzip lässt der insoweit eindeutige Gesetzeswortlaut nicht zu (so insgesamt BSG, a. a. O., m. w. N.).

Eine Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) kommt nur dann in Betracht, wenn der Unfallversicherungsträger entweder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte ([§ 13 Abs. 3 Satz 1](#), 1. Alternative SGB V) oder wenn er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (2. Alternative) und wenn "dadurch" dem Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Dies bedeutet, dass neben dem die Haftung begründenden Umstand (bei der Alternative 1: Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung; bei Alternative 2: rechtswidrige Ablehnung) zwischen diesem und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Kausalzusammenhang bestehen muss. Diese Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Kostenerstattung liegen nicht vor. Eine unaufschiebbare Sach- bzw. Dienstleistung war nicht Gegenstand des Verfahrens. Heilbehandlungen sind keineswegs grundsätzlich unaufschiebbar. Der Kläger, dessen Unfall im Zeitpunkt des Ablaufes des Mietzeitraumes am 20. Oktober 1997 bereits sieben Monate zurück lag, hätte vielmehr bei der Beklagten einen Antrag stellen und deren Entscheidung abwarten können und müssen. Die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch nach der 2. Alternative des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sind ebenfalls nicht gegeben. Nach dem Wortlaut der Vorschrift werden nur kausal durch die Ablehnung entstandene Kosten erstattet ("dadurch"), woraus in ständiger Rechtsprechung das Erfordernis hergeleitet wird, dass der Krankenversicherungsträger (bzw. hier der Unfallversicherungsträger) rechtzeitig von der Notwendigkeit einer solchen Maßnahme erfährt und seine Zuständigkeit und die Geeignetheit in Betracht kommender Maßnahmen vor deren Beginn prüfen kann, wofür ihm eine angemessene Zeitspanne einzuräumen ist. Erforderlich ist es deshalb, dessen Entscheidung durch Bescheid abzuwarten, nur dann ist der geforderte Kausalzusammenhang zwischen der Leistungsablehnung und dem Nachteil des Versicherten gegeben (BSG, a. a. O.). Der Kläger hat vorliegend den Bescheid der Beklagten nicht abgewartet. Der Beklagten ist vielmehr – abgesehen von der Rechnung für den Leihzeitraum, worauf noch eingegangen wird – statt eines Antrages die Rechnung des Sanitätshauses Bad Zwischenahn GmbH zugegangen; die Bewegungsschiene war dem Kläger auch bereits überlassen worden. Entgegen der Auffassung des Klägers spricht nicht der Umstand gegen den Abschluss des Kaufvertrages, dass ein Eigentumsvorbehalt vereinbart worden sein mag. Ein derartiger, lediglich die sachenrechtliche Ebene betreffender Eigentumsvorbehalt setzt die Übergabe der Sache aufgrund eines zuvor geschlossenen schuldrechtlichen Kaufvertrages gerade voraus, da seine Vereinbarung sonst keinen Sinn hätte.

Die Einwände des Klägers führen zu keiner anderen Beurteilung. Das Vorliegen einer Verordnung ist, wie sich auch aus dem bereits genannten Urteil des BSG ergibt, nicht ausreichend für einen Anspruch auf die Überlassung eines Hilfsmittels. Im Übrigen hat bereits das

Sozialgericht zu Recht daraufhin gewiesen, dass die Verordnung des Dr. H nicht den Unfallversicherungsträger als Kostenträger genannt hat, sondern den Vermerk "Selbstzahler" enthielt und bereits deshalb nicht zu einer Verpflichtung der Beklagten führen kann; dies legt auch nahe, dass seitens des Arztes deshalb kein Erfordernis für eine zeitliche Eingrenzung gesehen wurde. Auch besagt die zuvor erfolgte Erstattung von Leihgebühren nichts über die Übernahme von Kosten für den Erwerb desselben Hilfsmittels; irgendeine diesbezügliche Zusage kann bei verständiger Würdigung des Aussagegehaltes der Kostenübernahme hierin nicht gesehen werden. Da der Kläger keinen Antrag auf die weitere leihweise Überlassung der Maschine gestellt hatte, bestand für die Beklagte auch keine Veranlassung, diesen darauf hinzuweisen, dass weitere Kosten nicht übernommen würden. Unerheblich war schließlich auch, dass im Bereich der privaten Krankenversicherung die Kostenerstattung die Regel ist; hieraus können für die gesetzliche Sozialversicherung keine Rückschlüsse gezogen werden.

Nach alledem war die Berufung daher zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), sie folgt dem Ergebnis in der Hauptsache.

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2](#) SGG liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2007-01-12