

Gericht

Verwaltungsgerichtshof

Entscheidungsdatum

24.04.2014

Geschäftszahl

2013/09/0119

Betreff

Der Verwaltungsgerichtshof hat durch den Vorsitzenden Senatspräsident Dr. Sulyok sowie die Hofräte Dr. Rosenmayr, Dr. Bachler, Dr. Dobliger und Mag. Feiel als Richter, im Beisein der Schriftführerin Mag. Kupec, über die Beschwerde des Mag. GB in W, vertreten durch Mag. Matthias Prückler, Rechtsanwalt in 1080 Wien, Florianigasse 16/8, gegen den Bescheid der Bundesberufungskommission für Sozialentschädigungs- und Behindertenangelegenheiten beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz vom 5. Juni 2013, BMASK-41550/0696- IV/9/2012, betreffend Kostenersatz nach dem Heeresversorgungsgesetz (weitere Partei: Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz), zu Recht erkannt:

Spruch**Die Beschwerde wird als unbegründet abgewiesen.**

Der Beschwerdeführer hat dem Bund Aufwendungen in der Höhe von EUR 610,60 binnen zwei Wochen bei sonstiger Exekution zu ersetzen.

Begründung

Der im Jahr 1967 geborene Beschwerdeführer erlitt als Zeitsoldat beim Österreichischen Bundesheer im Mai 1988 bei einer Kletterübung verschiedene Verletzungen, von denen nachstehende Gesundheitsstörungen als Dienstbeschädigungen (§ 2 Heeresversorgungsgesetz - HVG) anerkannt sind:

1. Bewegungseinschränkung des linken Sprunggelenkes nach operativ versorgtem Innenknöchelbruch und Bruch des Würfelbeines, Metallentfernung und Bridgendurchtrennung
2. Narbe im Stirn-Scheitelbereich links.

Im Hinblick darauf wurde dem Beschwerdeführer zuletzt mit Beschluss des Bundessozialamtes vom 17. März 2008 ausgehend von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 vH eine Beschädigtenrente zuerkannt.

Mit Schreiben vom 12. Juni 2012 beantragte der Beschwerdeführer den Ersatz der Kosten für vier Zyklen physikalischer Therapien zu je zehn Behandlungen.

Mit dem angefochtenen, im Instanzenzug ergangenen Bescheid sprach die belangte Behörde den Ersatz der nach Vergütung durch die Wiener Gebietskrankenkasse verbliebenen Kosten für physikalische Therapien für die Zeiträume vom 14. Juli 2011 bis 16. August 2011 sowie vom 10. Jänner 2012 bis 21. Februar 2012 von insgesamt EUR 774,40 aus. Der Antrag auf Ersatz der zur Selbstzahlung verbliebenen Kosten für physikalische Therapien für die Zeiträume vom 1. September 2011 bis 18. Oktober 2011 sowie vom 15. November 2011 bis 30. Dezember 2011 in der Höhe von EUR 810,60 wurde hingegen abgewiesen.

In ihrer Begründung stellte die belangte Behörde zunächst die dem Beschwerdeführer gewährte Beschädigtenrente und die - oben dargestellten - anerkannten Dienstbeschädigungen fest.

Weiter führte sie aus, dass dem Beschwerdeführer mit Verordnungsscheinen vom 14. Juli 2011, vom 23. August 2011, vom 18. November 2011 und vom 9. Jänner 2012 Therapien aufgrund der Diagnosen "St.p. Fractur. oss. cub. sin + malleus med. sin. SPG-Arthrose" bewilligt worden seien. Der Beschwerdeführer habe dazu die Bestätigungen über eine Kostenerstattung für Wahlarzthilfe nach erfolgter Vergütung durch die Wiener Gebietskrankenkasse zum Kostenersatz betreffend folgende Leistungen vorgelegt:

Leistung**Gesamtbetrag Vergütung WGKK**

14.7.2011 bis 16.8.2011 10 x Physiotherapie	EUR 580,00	EUR 192,80
01.09.2011 bis 18.10.2011 10 x Gymnastik, Physiotherapie und Massage	EUR 464,00 EUR 116,00	EUR 110,04 EUR 38,56
15.11.2011 bis 30.12.2011 10 x Physiotherapie und Massage	EUR 580,00	EUR 192,80
10.1.2012 bis 21.02.2012 10 x Physiotherapie und Massage	EUR 580,00	EUR 192,80

In dem im Berufungsverfahren eingeholten ärztlichen Sachverständigengutachten von Dr. MK, Facharzt für Unfallchirurgie, vom 20. November 2012 sei dazu Folgendes festgestellt worden:

"Relevanter Status auszugsweise:

Untere Extremitäten:

Der Barfußgang ist gering links hinkend. Am linken Sprunggelenk wird nicht entsprechend abgerollt, die Ferse wird beim Gehen im Seitenvergleich vermehrt abgehoben. Zehenballengang ist gut durchführbar, Fersengang links ist etwas eingeschränkt. Einbeinstand ist links unsicher, Anhocken ist gut durchführbar. Minimal besteht eine O-Beinstellung mit einem Knieinnenabstand von 3 cm. Deutlich Muskelverschwächung am linken Ober- und Unterschenkel. Das Becken steht horizontal. Im Liegen Beinlänge links + 1 cm. Die Durchblutung ist ungestört, Fußpulse sind tastbar, die Sensibilität wird als ungestört angegeben. Fersen-, Großzehenballen- und Großzehenbeschwellung ist seitengleich ausgebildet, die Kleinzehenballenbeschwellung links ist vermindert ausgebildet. An der rechten Hüfte besteht eine 10 cm lange, etwas hypertrophe Narbe, darunter eine etwa 20 cm lange Narbe an der Oberschenkelaußenseite und oberhalb vom Knie eine weitere etwa 7 cm lange Narbe. Kein wesentlicher lokaler Druckschmerz, kein Hinweis auf Narbenbruch.

Linkes Sprunggelenk: Im Seitenvergleich etwas verbreitert. Streckseitig besteht eine etwas hypertrophe Narbe. Weiters vermehrt pigmentierte Narben nach Arthroskopie. Eine weitere etwa 8 cm lange Narbe über dem Innenknöchel, zart und unauffällig. Das Gelenk ist insgesamt bandfest, keine Schubladenzeichen, keine vermehrte seitliche Aufklappbarkeit.

Beweglichkeit:

OSG rechts 10/0/40, links 0/0/40, unteres

Sprunggelenk rechts 5/0/35, links 5/0/30

Umfang in cm:

Sprunggelenk rechts 26,5, links 28

Stellungnahme zu den Einwendungen:

Eine einmalige Bewilligung einer Heilbehandlung begründet nicht automatisch die uneingeschränkte Bewilligung für alle weiteren Behandlungen. Medizinisch zweckmäßig ist ein Therapiezyklus von 10 Heilbehandlungen einmal jährlich. Die über diesen Umfang hinausgehenden Heilbehandlungen führen zu keiner weiteren Verbesserung der Situation am Sprunggelenk. Betrachtet man die vom (Beschwerdeführer) vorgebrachten Einwendungen bezüglich des klinischen Status des Vorgutachters und eines Befundes des Rehabilitationszentrums Weißer Hof, so sind darin keine gravierenden Unterschiede festzustellen, wobei ausdrücklich angemerkt werden muss, dass es sich bei einem klinischen Befund immer um einen Tagesbefund handelt. Befunde, die mehrere Monate oder Jahre voneinander entfernt erstellt wurden, sind daher niemals unmittelbar zu vergleichen. Dass das Sprunggelenk im Rahmen der Rehabilitation nach Oberschenkelbruch physiotherapeutisch mitbehandelt wurde, ist zweifellos sinnvoll. Ursächlich ist jedoch der Oberschenkelbruch als weit überwiegende Ursache der Behandlung anzusehen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Physiotherapie bezüglich der Dienstbeschädigung durchaus zweckmäßig und medizinisch begründet ist, sich im Umfang aber an eine allgemein übliches Maß anzupassen hat, da darüber hinaus gehend kein weiterer Vorteil zu gewinnen ist. Die neuerlich durchgeführten Behandlungen im Ausmaß von einem Zyklus a 10 Behandlungen waren wegen der anerkannten Dienstbeschädigung notwendig.

In der Stellungnahme vom 12. Feber 2013 führt Dr. K ergänzend aus:

Die im Gutachten angeführte 'Rehabilitation' bezieht sich auf den stationären Aufenthalt am Rehabilitationszentrum Weißer Hof vom 07.04. bis 17.06.2011 und steht im Zusammenhang mit den Einwendungen des (Beschwerdeführers). Eine physikalische Therapie ist nicht einer Rehabilitation gleichzusetzen. Wie im Gutachten angeführt, hält der Gefertigte jährlich einen Therapiezyklus von 10 Heilbehandlungen wegen Unfallfolgen für sinnvoll und zweckmäßig.

2012 wurde vom 10.01. bis 21.02.2012 ein Therapiezyklus durchgeführt. Dieser Therapiezyklus war wegen Unfallfolgen erforderlich. Darauf bezieht sich der letzte Satz im Gutachten (Die neuerlich durchgeführten Behandlungen im Ausmaß von einem Zyklus a 10 Behandlungen ...).

2011 wurden 3 Therapiezyklen durchgeführt. 1 Zyklus war wegen Unfallfolgen. Es ist völlig gleichgültig, ob dieser Zyklus im Juli, September oder November durchgeführt wurde. Es darf hierbei auf die Aussage, '1 Zyklus/Jahr ...' verwiesen werden. (Sollte ein konkreter Zyklus genannt werden müssen, so wäre der Zyklus vom 14.07. bis 16.08.2011 zu wählen)."

Der Beschwerdeführer habe - so führte die belangte Behörde weiter aus - gegen das ihm zur Kenntnis gebrachte Ergebnis der Beweisaufnahme eingewandt, dass das Gutachten Dris. K nicht nachvollziehbar und nicht ausreichend begründet worden sei, warum therapeutische Maßnahmen nur ein Mal pro Jahr im Ausmaß von zehn Einheiten als medizinisch zweckmäßig erachtet würden. Diese Einschätzung stehe im Widerspruch zu den Verordnungen der behandelnden Ärzte und der Wiener Gebietskrankenkasse.

Nach Darstellung der Rechtsgrundlagen kam die belangte Behörde ausgehend von den Beweisergebnissen zum Ergebnis, dass in dem eingeholten ärztlichen Sachverständigengutachten inklusive dessen Ergänzung ausführlich und nachvollziehbar ausgeführt werde, dass der akausale Oberschenkelbruch als weit überwiegende Ursache für die Behandlungen anzusehen sei. Die physiotherapeutische Mitbehandlung des Sprunggelenkes im Rahmen der Rehabilitation nach dem Oberschenkelbruch sei jedoch medizinisch sinnvoll gewesen und ein Therapiezyklus von zehn Heilbehandlungen einmal jährlich medizinisch zweckmäßig. Die über diesen Umfang hinausgehenden Heilbehandlungen führten jedoch zu keiner weiteren Verbesserung der Situation am Sprunggelenk.

Die Einwendungen seien nicht geeignet gewesen, das Ergebnis des Ermittlungsverfahrens zu entkräften. So sei vom medizinischen Sachverständigen ausführlich auf das Vorbringen des Beschwerdeführers eingegangen und schlüssig dargelegt worden, dass ein Therapiezyklus von zehn Heilbehandlungen einmal jährlich ausreichend sei. Dass die verordneten Therapien von der Wiener Gebietskrankenkasse immer chefärztlich genehmigt worden seien, stehe nicht im Widerspruch zu den gutachterlichen Feststellungen, beruhe deren Beurteilung doch auf abweichenden Kriterien. Für diese Bewilligung seien andere Umstände entscheidend, als für die Beurteilung der Heilfürsorgemaßnahmen bei den als Dienstbeschädigung anerkannten Gesundheitsschädigungen nach dem HVG. Auch der neuerlich vorgelegte Operationsbericht vom 11. April 2012 sei im Gutachten berücksichtigt und gewürdigt worden. Dem vom Beschwerdeführer weiter vorgelegten E-Mail von Dr. G vom 17. März 2013, in dem seinen Ausführungen beigelegt werde, sei eine gutachterliche Stellungnahme nicht zu entnehmen. Auch der orthopädische Befundbericht Dris. P vom 13. Mai 2012 dokumentiere keine neuen, bislang unberücksichtigt gebliebenen Aspekte.

Das ergänzte Sachverständigengutachten Dris. K sei daher als vollständig, schlüssig und in sich widerspruchsfrei zu erkennen und in freier Beweiswürdigung der Entscheidung zu Grunde gelegt worden.

Gegen diesen Bescheid richtet sich die Beschwerde, über die der Verwaltungsgerichtshof nach Vorlage der Verwaltungsakten und Erstattung einer Gegenschrift durch die belangte Behörde erwogen hat:

Das gegenständliche Beschwerdeverfahren war am 31. Dezember 2013 beim Verwaltungsgerichtshof anhängig; die Beschwerdefrist ist vor diesem Zeitpunkt abgelaufen. Aus dem Grunde des § 79 Abs. 11 letzter Satz VwGG waren auf dieses Verfahren daher die am 31. Dezember 2013 geltenden Bestimmungen anzuwenden. Dies gilt - gemäß § 3 Z 1 der VwGH-Aufwandersatzverordnung 2014, BGBl. II Nr. 518/2013 idF der Verordnung BGBl. II Nr. 8/2014 - auch für die VwGH-Aufwandersatzverordnung 2008, BGBl. II Nr. 455. Die folgenden Zitate des VwGG in dieser Entscheidung beziehen sich auf dessen am 31. Dezember 2013 in Kraft gestandene Fassung.

Die §§ 4, 6, 8 und 10 Heeresversorgungsgesetz BGBl. Nr. 27/1964 idF BGBl. I Nr. 81/2013 (HVG) lauten (auszugsweise):

"Gegenstand der Versorgung

§ 4. (1) Im Falle einer Dienstbeschädigung hat der Beschädigte Anspruch auf:

1. Rehabilitation

a) Heilfürsorge;

b) orthopädische Versorgung;

c) berufliche und soziale Maßnahmen.

...

§ 6. (1) Der Beschädigte hat Anspruch auf unentgeltliche Heilfürsorge bei jeder als Dienstbeschädigung anerkannten Gesundheitsstörung und deren Folgen, um seine Gesundheit und Erwerbsfähigkeit möglichst wiederherzustellen, den Eintritt einer Verschlimmerung zu verhüten und die durch die Gesundheitsstörung bedingten Beschwerden zu lindern. Erwerbsunfähige (§ 23 Abs. 2) haben Anspruch auf unentgeltliche Heilfürsorge bei jeder Gesundheitsstörung. Den gleichen Anspruch haben auch die übrigen Schwerbeschädigten, wenn sie einen Erhöhungsbetrag gemäß § 23 Abs. 5 beziehen und weder der gesetzlichen Krankenversicherung

unterliegen noch Anspruch auf Unfallheilbehandlung gegen einen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben. Ein Rezeptgebührenersatz ist lediglich Beziehen eines Erhöhungsbetrages gemäß § 23 Abs. 5 zu leisten.

(2) Die Heilfürsorge umfasst

1. als Heilbehandlung:

- a) ärztliche Hilfe;
- b) Zahnbehandlung;
- c) Beistellung von Heilmitteln und Heilbehelfen;
- d) Hauskrankenpflege;
- e) Pflege in einer Krankenanstalt, mit Ausnahme der in Abs. 3 genannten Anstalten;

2. Krankengeld.

(3) Wenn die Heilfürsorgemaßnahmen nach Abs. 2 keinen genügenden Erfolg zeitigen oder erwarten lassen, gebühren dem Beschädigten als erweiterte Heilbehandlung folgende Leistungen:

- 1. Unterbringung in einer Krankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient;
- 2. Kur in einem Heilbad oder heilklimatische Kur gemäß den behördlich anerkannten Indikationen;
- 3. Unterbringung in einem Genesungsheim.

...

§ 8. (1) Ist der Beschädigte in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, so hat er bei einer auf eine Dienstbeschädigung zurückzuführenden Erkrankung Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung mit der Einschränkung, dass die Dauer der Leistungspflicht des Trägers der Krankenversicherung hinsichtlich des Krankengeldes und der Anstaltspflege mit 26 Wochen begrenzt wird. Ist diese Leistungsdauer verstrichen, so entfällt die weitere Leistungspflicht hinsichtlich des Krankengeldes und der Anstaltspflege auch für eine neue Erkrankung, die auf die gleiche Dienstbeschädigung zurückzuführen ist. Leistungen der erweiterten Heilbehandlung (§ 6 Abs. 3) sind aus den Mitteln der Sozialversicherung für Erkrankungen, die in einer Dienstbeschädigung ihre Ursache haben, nicht zu gewähren. Solange dem Beschädigten nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung ein Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung zusteht, hat der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung das Krankengeld und die Anstaltspflege auch nach Ablauf der oben bezeichneten Dauer der Leistungspflicht gegen Ersatz der Aufwendungen (§ 13) auf die satzungsmäßige Dauer weiter zu gewähren. Der Anspruch auf Heilfürsorge nach diesem Bundesgesetz ruht, solange und insoweit der Beschädigte Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hat.

(2) Hat der Beschädigte als Pflichtversicherter keinen Anspruch aus der gesetzlichen Krankenversicherung, so wird er zur Durchführung der Heilfürsorge der Gebietskrankenkasse seines Wohnsitzes zugeteilt. Zugeteilte erhalten die Heilfürsorge nach Art, Umfang und Dauer, wie sie die Gebietskrankenkasse den bei ihr Pflichtversicherten auf Grund gesetzlicher oder satzungsmäßiger Vorschriften zu gewähren hat. Krankengeld wird jedoch nur nach Maßgabe der Vorschrift des § 11 gewährt.

...

§ 10. (1) Über den im § 8 bezeichneten Umfang hinaus ist Heilfürsorge zu gewähren, wenn dadurch das Ziel der Heilfürsorge zu erreichen ist. Die Durchführung dieser Mehrleistungen kann dem zuständigen Träger der Krankenversicherung mit dessen Zustimmung übertragen werden.

(2) Sind dem Beschädigten Kosten einer Heilfürsorge ohne Inanspruchnahme des Trägers der Krankenversicherung oder des Bundesamtes für Soziales und Behindertenwesen erwachsen, so sind ihm diese Kosten unter der Voraussetzung, dass die Inanspruchnahme des Trägers der Krankenversicherung oder des Bundesamtes für Soziales und Behindertenwesen aus zwingenden Gründen nicht möglich gewesen ist, in der Höhe zu ersetzen, die der Bund nach § 14 zu tragen gehabt hätte."

Der Beschwerdeführer wendet sich mit seinem Beschwerdevorbringen überwiegend gegen das von der belangten Behörde eingeholte und dem angefochtenen Bescheid zugrunde gelegte Sachverständigengutachten. Dieses enthalte keine Begründung dafür, warum nur zehn physiotherapeutische Behandlungen pro Jahr medizinisch indiziert seien. Zudem werde im Sachverständigengutachten nicht begründet, weshalb der Oberschenkelbruch als weit überwiegende Ursache für die Behandlungen anzusehen sei.

Der Erlassung eines Bescheides hat nach § 56 AVG, der gemäß § 82 Abs. 1 HVG auch im Verfahren nach dem Heeresversorgungsgesetz Anwendung findet, grundsätzlich die Feststellung des maßgeblichen Sachverhalts nach den Vorschriften der §§ 37 und 39 AVG voranzugehen. Zweck des Ermittlungsverfahrens ist es nach § 37 AVG, den für die Erledigung einer Verwaltungssache maßgebenden Sachverhalt festzustellen und den

Parteien Gelegenheit zur Geltendmachung ihrer Rechte und rechtlichen Interessen zu geben (siehe das Erkenntnis vom 21. März 2013, Zlen. 2011/09/0050, 0112). Diesen Anforderungen hat die belangte Behörde entsprochen.

Liegt der Behörde das Gutachten eines Sachverständigen vor, so hat sie dieses auf seine Vollständigkeit (also, ob es Befund und Gutachten im engeren Sinn enthält) und Schlüssigkeit zu überprüfen. Weitere Gutachten hat die Behörde nur dann einzuholen, wenn sich die vorliegenden Gutachten als nicht vollständig oder nicht schlüssig und damit als nicht ausreichend erweisen; will eine Partei außer einem vorliegenden schlüssigen und vollständigen Gutachten noch ein weiteres in das Verfahren einbezogen wissen, so steht es ihr frei, selbst ein Gutachten eines privaten Sachverständigen zu beschaffen oder vorzulegen. Durch eine bloße gegenteilige Behauptung, die in ihrer Qualität nicht auf gleicher fachlicher Ebene erfolgt, kann das Gutachten eines Sachverständigen hingegen nicht entkräftet werden (vgl. zum Ganzen das Erkenntnis vom 22. April 2010, Zl. 2008/09/0316, mwN).

Im vorliegenden Beschwerdefall bestehen keine Bedenken hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit und Vollständigkeit des dem angefochtenen Bescheid zu Grunde gelegten medizinischen Gutachtens. Diesem ist der Beschwerdeführer auch nicht auf gleicher fachlicher Ebene entgegen getreten. Sofern in der Beschwerde gegen das in erster Instanz eingeholte Sachverständigengutachten argumentiert wird, gesteht der Beschwerdeführer selbst zu, dass "dieser Mangel durch die Einholung des Gutachtens von Dr. K im Berufungsverfahren geheilt wurde".

Bei der vom Beschwerdeführer darin erblickten Rechtswidrigkeit des Inhalts des angefochtenen Bescheides, dass nach dem Wortlaut des Heeresversorgungsgesetzes Anspruch auf Ersatz aller nachgewiesenen Heilbehandlungskosten bestehe, wird von ihm übersehen, dass gemäß § 6 Abs. 1 HVG nach diesem Gesetz Anspruch auf unentgeltliche Heilfürsorge nur in Bezug auf die als Dienstbeschädigung anerkannte Gesundheitsstörung und deren Folgen besteht. Der Sachverständige hat in diesem Zusammenhang aber ausgeführt, dass in Bezug auf die beim Beschwerdeführer festgestellte, im Jahr 1988 erlittene Dienstbeschädigung "Bewegungseinschränkung des linken Sprunggelenks nach operativ versorgtem Innenknöchelbruch und Bruch des Würfelfeines, Metallentfernung und Bridgendurchtrennung" die physiotherapeutischen Behandlungen in einem Ausmaß von einem Zyklus zu zehn Behandlungen notwendig waren. Eine Unschlüssigkeit der vom Sachverständigen vorgenommenen Beurteilung, dass die vom Beschwerdeführer im Jahr 2011 darüber hinaus in Anspruch genommenen Behandlungen weit überwiegend auf den vom Beschwerdeführer im Februar 2011 erlittenen Bruch des rechten Oberschenkels zurückzuführen sind, vermag der Beschwerdeführer nicht aufzuzeigen. Im Übrigen wurden auch in dem vom Beschwerdeführer im Verwaltungsverfahren vorgelegten Auszug aus der Krankengeschichte des Rehabilitationszentrums Weißer Hof vom 17. Juni 2011 Beschwerden im Sprunggelenk von ihm auf eine Überbelastung durch die Oberschenkelfraktur zurückgeführt.

Es kann daher nicht als rechtswidrig erkannt werden, wenn die belangte Behörde basierend auf der gutachterlichen Beurteilung des Sachverständigen Dr. K, eines Facharztes für Unfallchirurgie, die Notwendigkeit der Behandlung der auf die Dienstbeschädigung zurückgehende Gesundheitsstörung im Umfang von zehn physiotherapeutischen Behandlungen pro Jahr im Hinblick auf die in § 6 Abs. 1 HVG genannten Zwecke bejaht und einen darüberhinausgehenden Anspruch verneint hat.

Der vom Beschwerdeführer darin erblickte Widerspruch in der behördlichen Argumentation, dass ihm im Jahr 2011 der Kostenersatz für zwei Therapiezyklen zu je zehn Behandlungen genehmigt worden sei, liegt tatsächlich nicht vor. So bezog sich der erste Bescheid in diesem Zusammenhang auf einen Therapiezyklus, den der Beschwerdeführer bereits im Jahr 2010 in Anspruch genommenen hatte. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers beziehen sich die Gutachtensausführungen aber nicht auf den Zeitpunkt der Genehmigung eines Kostenersatzes, sondern auf die Inanspruchnahme der Behandlungen. Von den im Jahr 2011 in Anspruch genommenen Behandlungen wurde der Kostenersatz jedoch nur für einen Zyklus zuerkannt.

Die belangte Behörde hatte entgegen den Beschwerdeausführungen aber auch nicht näher zu begründen, weshalb im Jahr der Operation am linken Sprunggelenk ebenfalls nur ein Therapiezyklus medizinisch indiziert war, fand diese Operation nach dem Akteninhalt doch erst im April 2012 - und nicht wie in der Beschwerde vorgebracht bereits im April 2011 - statt. Für das Jahr 2012 beantragte der Beschwerdeführer jedoch bloß den Ersatz der Kosten für einen (von 10. Jänner bis 21. Februar 2012 absolvierten) Therapiezyklus, der mit dem angefochtenen Bescheid auch gewährt wurde.

Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und war daher gemäß § 42 Abs. 1 VwGG abzuweisen.

Die Kostenentscheidung gründet sich auf die §§ 47 ff VwGG.

Wien, am 24. April 2014