

L 4 KR 2071/05

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KR 608/03
Datum
30.11.2004
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 2071/05
Datum
01.08.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 30. November 2004 abgeändert; die Beklagte wird unter Abänderung des Bescheids vom 14. Februar 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. März 2003 verpflichtet, über den Antrag des Klägers auf Kostenfreistellung in Höhe von EUR 2.070,00 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger die Hälfte seiner außergerichtlichen Kosten in beiden Rechtszügen zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob die Beklagte den Kläger von Kosten in Höhe von EUR 2.535,84 für eine vom 19. Februar bis 15. März 2003 in der Rheumaklinik Bad Wurzach (Universitäts-Rehabilitationsklinik - im Folgenden Klinik genannt), die ein zugelassenes Rehabilitationskrankenhaus ist, durchgeführte stationäre Anschlussrehabilitation ganz oder teilweise freizustellen hat.

Der am 1939 geborene verheiratete, in R. wohnhafte Kläger ist als Rentner bei der Beklagten im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) versichert.

Im Rahmen eines Pilotprojekts über die Zusammenarbeit im Bereich der Anschlussheilbehandlung in den Indikationen Herz-Kreislauf sowie Orthopädie hatte die Beklagte mit den Kneipp'schen Stiftungen Barmherzige Brüder Sebastianum in Bad Wörishofen (Kneipp-Kurklinik) für die Durchführung stationärer Rehabilitationsbehandlungen über eine Behandlungsdauer von 19 bis 28 Tage eine Fallpauschale von EUR 2.070,00 vereinbart. Neben der Vereinbarung der Fallpauschale gab es auch Vereinbarungen zu den Transportkosten und der Patientenaufnahme. Mit Schreiben vom 12. September 2002 hatte die Beklagte auch den Sozialen Beratungsdienst der Universitätsklinik Ulm über die neue Verfahrensregelung hinsichtlich stationärer Anschlussrehabilitation unterrichtet. Darin wurde ausgeführt, um eine Entlastung der Krankenhäuser bei der Einleitung/Beantragung von Maßnahmen zu erzielen, habe sich die Kasse entschlossen, dem jeweiligen Krankenhaus die präferierten KKH-Kliniken zu benennen. Es wurde gebeten, künftig mit einer der genannten Klinik die Durchführung der Anschlussrehabilitation zu vereinbaren und parallel dazu den Antrag an die Kasse zu senden. Insoweit wurden Rehabilitationskrankenhäuser aufgeführt. Es solle der Versicherte jeweils in der nächstgelegenen Rehabilitationsklinik angemeldet werden, wobei eine Klinik ausgewählt werden solle, die maximal 100 km von dem Krankenhaus bzw. vom Wohnort des Versicherten entfernt sei.

Beim Kläger bestanden folgende Diagnosen: Coxarthrose links, rheumatoide Arthritis, Hypertonie, Hyperurikämie und COPD. Wegen der rheumatoiden Arthritis wurde der Kläger seit längerer Zeit durch Prof. Dr. J., Arzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin und Chefarzt der Klinik, behandelt. Vom 05. bis 19. Februar 2003 wurde der Kläger stationär in der Chirurgischen Universitätsklinik Ulm behandelt, wo am 06. Februar 2003 eine Synovektomie und Hüfttotalendoprothese links durchgeführt wurde. Im Anschluss daran war eine stationäre Anschlussheilbehandlung erforderlich. Mit Schreiben vom 06. Februar 2003 beantragte der Soziale Beratungsdienst des Universitätsklinikums Ulm bei der Beklagten für den Kläger die Durchführung einer stationären Anschlussheilbehandlung zur stationären Mobilisation mit aktiver krankengymnastischer Übungstherapie, Gehschulung, Balneotherapie usw. Der Kläger wolle wegen der rheumatoiden Arthritis nur in die Klinik nach Bad Wurzach; es sei die Aufnahme am 18. Februar 2003 vereinbart. Am 10. Februar 2003 teilte die Beklagte dem Kläger telefonisch mit, dass sie eine stationäre Rehabilitationsbehandlung zur Verfügung stelle, jedoch nicht in der Klinik; es wurde ihm erläutert, dass das Kurhaus Bad Boll die Rheumaerkrankung ebenfalls als Indikationsgebiet habe. Mit Schreiben vom 11. Februar 2003 teilte die Beklagte auch dem Sozialen Beratungsdienst mit, dass sie Anschlussrehabilitation in

den Rehakliniken in Bad Boll oder Bad Wörishofen genehmige, jedoch nicht in der Klinik in Bad Wurzach. Der Kläger machte am 12. Februar 2003 geltend, er gehe nicht nach Bad Boll. Er werde am 18. Februar 2003 in die Klinik gehen, da er sich Prof. Dr. J. sehr verbunden und verpflichtet fühle, der ihn seit über zehn Jahren wegen seines Rheumas behandle. Vier Familienmitglieder seien indirekt an Rheuma gestorben und er vertraue nur auf Prof. Dr. J. ... Die Beklagte fragte beim Kurhaus Bad Boll sowie bei der Kneipp-Kurklinik an, ob eine Aufnahme in der jeweiligen Klinik und eine Mitbehandlung der rheumatoiden Arthritis möglich wäre. Das Kurhaus teilte mit, eine medizinische Behandlung der rheumatoiden Arthritis sei dort durchaus möglich; es befände sich ein internistischer Rheumatologe im Haus. Es gebe einen Forschungsverbund mit der Universität Ulm sowie eine Kooperation zu der dortigen Universitätsklinik sowie zur Klinik in Bad Wurzach. Die Kneipp-Kurklinik gab an, eine Aufnahme des Klägers sei medizinisch möglich und werde von den Ärzten geprüft. Mit Bescheid vom 14. Februar 2003 lehnte die Beklagte gegenüber dem Kläger eine Kostenübernahmeerklärung für die Klinik ab. Die Krankenkasse bestimme gemäß [§ 40](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer und Durchführung der Rehabilitation. Ihre Entscheidungen unterlägen dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach [§ 12 Abs. 1 SGB V](#). Dabei sei sie zu dem Ergebnis gekommen, dass die Genehmigung für die Klinik das Maß des Notwendigen überschreite. Es seien die Interessen des Einzelnen gegenüber der Versichertengemeinschaft abzuwägen. Der Kläger habe für sein Leistungswahlrecht [§ 9 Abs. 1](#) des Neunten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) ausgeübt. Dort heiße es, dass berechtigten Wünschen des Leistungsberechtigten entsprochen werde. Da die beiden Rehakliniken in Bad Boll und Bad Wörishofen auch über eine Rheumatologie verfügten, bestehe keine medizinische Notwendigkeit für die Durchführung der Maßnahme in Bad Wurzach. Die von ihr ausgewählten Kliniken lägen im tolerierbaren Umkreis von 100 bis 130 km. Die Klinik in Bad Wörishofen verfüge darüber hinaus über einen eigenen Fahrdienst, sodass auf den Kläger keine Transportprobleme zukämen. Weiter habe der Kläger ausgeführt, dass Besuche seiner Familie in Bad Boll oder Bad Wörishofen seltener möglich wären. Die Fahrzeit von jeweils 1 bis 1,5 Stunden sei jedoch zumutbar; es sei die Therapiedichte in einer Anschlussrehabilitation sehr hoch, sodass ein täglicher Besuch den Rehabilitationserfolg sogar stören könne. Die Belegung der von der Kasse ausgewählten Kliniken würde den berechtigten Wünschen des Klägers entsprechen. Die von ihr ausgewählten Häuser erfüllten einen hohen Qualitätsstandard. Vor Abschluss der Verträge mit den genannten Kliniken hätten diese sich einem Gütestest unterzogen und seien von medizinisch ausgebildeten Mitarbeitern ihrer Kasse persönlich geprüft worden. Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein, mit dem er geltend machte, er habe nicht das Maß des Notwendigen überschritten. Die von der Beklagten ausgewählten Kliniken lägen nicht im tolerierbaren Umkreis von 100 bis 130 km. Die Strecke nach Bad Wörishofen betrage von Ravensburg aus 103 km; nach Bad Boll seien es 169 km. Bad Wörishofen sei nicht unter 160 Minuten, Bad Boll nicht unter 180 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Hingegen liege die Klinik nur 29 km von Ravensburg entfernt und sei mit öffentlichen Verkehrsmitteln in rund 53 Minuten erreichbar. Die Beklagte habe kein Ermessen ausgeübt. Im Übrigen besitze auch die Klinik einen Versorgungsvertrag nach [§ 111 Abs. 2 SGB V](#); es bestehe also die Gewähr einer wirtschaftlichen Leistungserbringung. Hierzu äußerte sich auch Prof. Dr. J. mit Schreiben vom 24. Februar 2003, der darauf hinwies, die Klinik bemühe sich, durch "Kundenorientierung" und "Patientenwunsch" die medizinischen Ergebnisse zu verbessern. Besonders in der Rehabilitation spiele der Patient einen aktiven Part und die Missachtung beider Kriterien wirke sich sicher auf das Behandlungsergebnis aus. Der Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid der bei der Beklagten gebildeten Widerspruchsstelle vom 11. Februar 2003).

Der Kläger führte die stationäre Anschlussrehabilitation vom 19. Februar bis 15. März 2003 in der Klinik durch (vgl. Arztbrief des Prof. Dr. J. vom 17. März 2003), wobei diese am 03. März 2003 eine Verlängerung der stationären Rehabilitation beantragt hatte. Die Klinik stellte dem Kläger dafür am 18. März 2003 EUR 2.535,84 in Rechnung, und zwar für medizinische Behandlungen EUR 1.141,20 (24 Tage zu EUR 47,55), für Unterkunft EUR 1.065,12 (24 Tage zu EUR 44,38), für Kost EUR 304,32 (24 Tage zu EUR 12,68) sowie für Kurtaxe EUR 25,20 (24 Tage zu EUR 1,05). Diesen Betrag, der dem mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarte Pflegesatz in Höhe von EUR 105,66 pro Behandlungstag entsprach, hat der Kläger bisher nicht bezahlt.

Am 31. März 2003 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG). Er benannte die behandelnden Ärzte und machte geltend, es sei unstreitig, dass bei ihm eine stationäre Anschlussrehabilitation erforderlich gewesen sei. Im Hinblick auf das nach [§ 9 SGB IX](#) bestehende Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten sei er berechtigt gewesen, die stationäre Behandlung in der Klinik durchzuführen. Diese sei nur 30 km von Ravensburg entfernt und mit öffentlichen Verkehrsmitteln in ungefähr 50 Minuten erreichbar gewesen. Die von der Beklagten angebotenen Kliniken seien dagegen 103 bzw. 169 km entfernt gewesen. Mit öffentlichen Verkehrsmitteln wären diese Orte nur mit einer Reisedauer von mindestens 160 bzw. 180 Minuten erreichbar gewesen. Aufgrund seines Alters und der vorhandenen familiären Bindungen hätte seinem Wunsch entsprochen werden müssen. Dies gelte vor allem deshalb, weil sowohl seine Ehefrau als auch seine Tochter mit Familie in Ravensburg wohne. Insoweit seien seine familiären Bindungen intakt und eng gewesen, weshalb er den verständlichen Wunsch gehabt habe, von seinen nahen Familienangehörigen möglichst oft besucht werden zu können. Gerade solche Besuche von nahen Familienangehörigen seien dem Heilerfolg dienlich. Es habe auch berücksichtigt werden müssen, was als sehr verständlich erscheine, dass Prof. Dr. J. ihn seit zehn Jahren behandle; es sei ein gegenseitiges Vertrauen aufgebaut worden, wobei Prof. Dr. J. über das bei ihm bestehende Krankheitsbild unterrichtet gewesen sei und ihn zur Durchführung der Operation nach Ulm überwiesen habe. Die Beklagte könne sich auch nicht auf das Wirtschaftlichkeitsgebot berufen, zumal die Klinik einen Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) besessen habe. Es gebe keine Anhaltspunkte dafür, dass der Heilerfolg in den von der Beklagten vorgeschlagenen Kliniken mehr als in der Klinik in Bad Wurzach gewährleistet gewesen wäre. Die Beklagte habe in ihrem Schreiben vom 12. September 2002 an den Sozialen Beratungsdienst der Universitätsklinik Ulm auch um Beachtung gebeten, dass nur eine Klinik ausgewählt werden solle, die maximal 100 km vom Wohnort des Versicherten entfernt sei. Die jetzt empfohlenen Kliniken lägen jedoch weiter als 100 km entfernt. Es sei auch [§ 33](#) des Ersten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB I) zu beachten ebenso wie der Umstand, dass er bereits seit 1956 bei der Beklagten versichert sei. Die vollständige Weigerung der Beklagten, für die erforderliche und medizinisch indizierte Rehabilitationsleistung Kosten nicht zu übernehmen bzw. nicht zu erstatten, sei weder verständlich noch nachvollziehbar. Auch im Hinblick auf die bei ihm bestehende rheumatoide Arthritis sei die Klinik in Bad Wurzach eine geeignete Rehaklinik gewesen. Jedenfalls müsse die Beklagte Kosten in Höhe von EUR 2.070,00 erstatten, die nach ihrem Vorbringen bei der Durchführung der stationären Rehabilitation in der Kneipp-Kurklinik in Bad Wörishofen entstanden wären.

Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage ihrer Verwaltungsakten entgegen. Sie reichte Informationsmaterial zu den von ihr genannten Rehabilitationskliniken in Bad Boll und Bad Wörishofen ein und machte geltend, es sei die Notwendigkeit der beantragten Anschlussrehabilitation festgestellt worden. Die Krankenkasse habe bei ihrer Entscheidung den berechtigten Wünschen des Leistungsberechtigten zu entsprechen. Dabei habe sie das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 SGB V](#) zu beachten. Sie habe bei ihrer Entscheidung die Ausführungen des Klägers berücksichtigt. Es sei durchaus nachvollziehbar, dass er eine näher gelegene Einrichtung bevorzugt habe. Die Entfernung von ungefähr 100 km im Hinblick auf die Klinik in Bad Wörishofen sei jedoch zumutbar gewesen, wobei auch zu berücksichtigen sei, dass diese über einen Transportdienst verfüge, der den Kläger vom Wohnort abholt und nach Ende der

Maßnahme wieder nach Hause gebracht hätte. Dem Kläger wären demnach keine Unannehmlichkeiten im Zusammenhang mit der An- und Abreise entstanden. Auch im Hinblick auf die geplanten Besuche der Familienangehörigen wäre ein Entfernungsunterschied von ungefähr 70 km durchaus als zumutbar anzusehen gewesen, zumal beim Vorliegen enger familiärer Bindungen der höhere Aufwand durch die Angehörigen sicherlich in Kauf genommen worden wäre. Es sei weiter zu berücksichtigen, dass die Therapiedichte bei Anschlussrehabilitationen sehr hoch sei und durch tägliche Besuche der Rehabilitationserfolg sogar gestört werden könne. Durch die Belegung der Klinik wären ihrer Versichertengemeinschaft Mehrkosten in Höhe von EUR 465,84, ohne eventuell anfallende Transportkosten, entstanden; dies hätte das Maß des Notwendigen nach [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) überstiegen. Sie habe nämlich mit der Kneipp-Kurklinik in Bad Wörishofen eine Vollpauschale von EUR 2.070,00 bis zum 29. Behandlungstag vereinbart, die auch die Kosten für An- und Abreise des Patienten beinhaltet habe. Der Kläger habe die Durchführung der Maßnahme in den von ihr vorgeschlagenen Kliniken abgelehnt und sich auf eigene Veranlassung in die Wunschklinik begeben. Eine nachträgliche Erstattung von Aufwendungen für die von ihr präferierten Einrichtungen sei daher nicht möglich. Die beim Kläger bestehende Nebendiagnose der rheumatoiden Arthritis wäre ebenfalls in den von ihr benannten Kliniken zu behandeln gewesen. Mit den von ihr vorgeschlagenen Kliniken habe sie Qualitätssicherungsvereinbarungen geschlossen. Dies habe zur Folge, dass ihr spezielle Tarife angeboten würden. Der von ihr genannte Differenzbetrag sei Folge der günstigen Tarife. Nachdem solche Vereinbarungen mit den genannten Kliniken getroffen worden seien, sei sie bestrebt gewesen, die Versicherten in diesen Kliniken unterzubringen.

Mit Urteil vom 30. November 2004, das den Prozessbevollmächtigten des Klägers am 20. April 2005 zugestellt wurde, wies das SG die Klage ab. Ein Freistellungsanspruch bestehe nicht. Ermessensfehler bzw. Ermessensfehlergebrauch seien der Beklagten hinsichtlich der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung nicht vorzuwerfen. Die beiden Einrichtungen in Bad Boll und Bad Wörishofen seien auf Anschlussrehabilitationen nach Gelenkersatzoperationen spezialisiert gewesen und hätten gleichzeitig eine Behandlung bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen angeboten. Die Beklagte habe auch berücksichtigt, dass sie mit den Einrichtungen in Bad Boll und Bad Wörishofen Qualitätssicherungsvereinbarungen getroffen habe. Nicht zu beanstanden sei schließlich die Einbeziehung wirtschaftlicher Aspekte, wozu die Beklagte nach [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) verpflichtet gewesen sei. Das Wunsch- und Wahlrecht des Klägers nach [§ 9 Abs. 1 SGB IX](#) habe demgegenüber geringeres Gewicht. Im Übrigen wird auf die Entscheidungsgründe Bezug genommen.

Gegen dieses Urteil hat der Kläger am 20. Mai 2005 mit Fernkopie Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Er begehre nach wie vor die Freistellung von Kosten in Höhe von EUR 2.535,84, hilfsweise in Höhe von EUR 2.070,00. Angesichts des Wunsch- und Wahlrechts nach [§ 9 Abs. 1 SGB IX](#) hätte die Beklagte die größere Entfernung und damit die längere Reisedauer zu den von ihr benannten Einrichtungen berücksichtigen müssen. Seine Ehefrau und die Familie seiner Tochter hätten in Ravensburg gewohnt. Die Einsetzung des künstlichen Hüftgelenks sei für ihn bereits eine sehr starke Belastung gewesen. Schon aus diesem Grund sei es wichtig gewesen, dass er auch während der Anschlussrehabilitation von seinem familiären Umfeld Unterstützung und Zuspruch erhalten hätte, und zwar bei den persönlichen Besuchen. Wenn jemand in eine Heilbehandlungseinrichtung eingewiesen werde, die von der Entfernung her nicht geeignet sei, zu gewährleisten, dass der Patient geregelten Besuch bekomme, habe dies einen negativen Einfluss auf die Heilbehandlung. Es müsse jedoch im Interesse der Beklagten liegen, dass die Heilbehandlung so günstig wie möglich verlaufe. Insoweit falle es auch einem älteren Menschen schwerer, von der vertrauten Umgebung (Familie) für längere Zeit getrennt zu sein. Ferner sei zu beachten gewesen, dass er, der Kläger, zu Prof. Dr. J., dem Chefarzt der Klinik, infolge der langjährigen vorausgehenden Behandlungen ein Vertrauensverhältnis aufgebaut habe. Das Team um Prof. Dr. J. habe ihn gekannt. Das sei ein nicht zu unterschätzender Vorteil der Anschlussrehabilitation. Auch sei gewährleistet gewesen, dass die rheumatoide Arthritis bei den Behandlungen in der Klinik des Prof. Dr. J. nicht außer Acht gelassen worden sei. Die Kostenersparnis von unter EUR 500,00 habe es nicht gerechtfertigt, ihm die Aufnahme in einer Klinik vorzuschlagen, die mehr als 100 km von seinem Wohnort entfernt gelegen habe. Das Wirtschaftlichkeitsgebot schließe es nicht aus, dass die Beklagte ihm die "Sowiesokosten" erstatte. Auch die von ihm eingereichte gutachterliche Stellungnahme der Rechtsanwälte Dres. Fuhrmann und Heine vom 09. Januar 2006 bestätige, dass die Beklagte in seinem Fall nicht berechtigt gewesen sei, ihm die entstandenen Kosten für den Reha-Aufenthalt in der Klinik in Bad Wurzach nicht zu erstatten. Auf die vom Kläger eingereichte gutachterliche Stellungnahme wird Bezug genommen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 30. November 2004 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 14. Februar 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. März 2003 zu verurteilen, ihn von Kosten in Höhe von EUR 2.535,84, hilfsweise in Höhe von EUR 2.070,00 freizustellen, hilfsweise die Beklagte zu verpflichten, über seinen Antrag auf Kostenfreistellung in Höhe von EUR 2.535,84 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angegriffene Urteil und die streitbefangenen Bescheide für zutreffend. Ihre Rechtsauffassung werde auch durch das vorgelegte Urteil des Sozialgerichts Wiesbaden vom 12. Januar 2007 (S 17 KR 1204/03) bestätigt. Die Beklagte hat die mit der Kneipp-Kurklinik in Bad Wörishofen getroffene Vereinbarung in Kopie vorgelegt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist statthaft und zulässig; sie ist auch teilweise begründet, soweit die Beklagte über den Anspruch des Klägers auf Kostenfreistellung in Höhe von EUR 2.070,00 nicht (ermessensfehlerfrei) entschieden hat. Im Übrigen ist die Berufung des Klägers nicht begründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 14. Februar 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. März 2003 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten, soweit darin die Kostenfreistellung in Höhe von EUR 2.535,84 abgelehnt wurde; insoweit besteht auch kein Anspruch auf Neubeschcheidung, denn Ermessensfehler liegen nicht vor. Rechtswidrig sind die angegriffenen Bescheide und verletzen

den Kläger daher in seinen Rechten, soweit die Beklagte über den Anspruch auf Freistellung in Höhe von EUR 2.070,00 nicht (ermessensfehlerfrei) entschieden hat.

Bei selbst beschaffter und durchgeführter stationärer Anschlussrehabilitation bestimmt sich der hier geltend gemachte Anspruch auf Kostenfreistellung, nachdem der Kläger den ihm von der Klinik am 18. März 2003 in Rechnung gestellten Betrag von EUR 2.535,84 für stationäre Behandlungen über 24 Tage bisher nicht bezahlt hat, nach [§ 13 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) i.V.m. [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#). Insoweit käme hier nur ein Freistellungsanspruch nach [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) in Betracht, wonach ein Freistellungsanspruch auch besteht, wenn der Rehabilitationsträger, hier die Beklagte als Rehabilitationsträger nach [§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX](#) eine unaufschiebbare Leistung zur Teilhabe, hier Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation nach [§ 5 Nr. 1 SGB IX](#) i.V.m. [§ 40 SGB V](#), nicht rechtzeitig erbringen konnte oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat.

Über die Notwendigkeit einer stationären Anschlussrehabilitation nach der beim Kläger aufgrund stationärer Behandlung vom 05. bis 19. Februar 2003 in der Chirurgischen Universitätsklinik Ulm durchgeführter Synovektomie und Hüft-Totalendoprothese bestand zwischen den Beteiligten kein Streit, also über das "Ob" einer stationären medizinischen Rehabilitationsleistung, im Gegensatz zum streitigen "Wie" der Durchführung. Auch war die Beklagte mit dem Angebot der Durchführung der stationären Anschlussrehabilitation in den Kliniken Bad Boll und vor allem Bad Wörishofen in der Lage, eine solche stationäre Rehabilitation rechtzeitig in einer jener Kliniken, die auch jeweils über einen Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) verfügten und auch geeignet waren, neben der orthopädisch-chirurgischen Anschlussrehabilitation die beim Kläger bestehende rheumatische Arthritis zu behandeln, zur Verfügung zu stellen. Ob die Beklagte zu Unrecht die stationäre medizinische Rehabilitation der Klinik in Bad Wurzach abgelehnt hat, bestimmt sich nach [§ 40 SGB V](#) in der bis zum 31. März 2007, mithin auch im Zeitpunkt der Durchführung der Behandlungen geltenden Fassung. Da unstreitig für die Zeit ab 19. Februar 2003 im Hinblick auf die Folgen der chirurgisch-orthopädischen Operation weder ambulante Krankenbehandlung noch ambulante Rehabilitationsleistungen ausreichend waren, aber auch ein anderer Träger für stationäre Rehabilitationsleistungen nicht zuständig war (vgl. [§ 40 Abs. 4 SGB V](#)), galt [§ 40 Abs. 2 SGB V](#), wonach die Krankenkasse dann stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen kann, mit der ein Vertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht. Dieses Ermessen hatte die Beklagte im Übrigen schon dahin ausgeübt, dass sie bereit war, dem Kläger stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer entsprechenden Rehabilitationseinrichtung zu gewähren. Eine solche Vertragseinrichtung war auch die Klinik. Im Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation galt nicht die freie Wahl der Vertragseinrichtung durch den Versicherten. Vielmehr bestimmte [§ 40 Abs. 3 Sätze 1 bis 3 SGB V](#): Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach Abs. 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Leistungen nach Abs. 2 sollen längstens für drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 2 gilt nicht, soweit die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgebenden Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet haben; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Maßstab für die Ausübung des den Krankenkassen auch hinsichtlich der Bestimmung der Rehabilitationseinrichtung eingeräumten Auswahlermessens sind danach die medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls. Nimmt ein Rehabilitationsträger zur Ausführung von Leistungen Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch, hat gemäß [§ 19 Abs. 4 Satz 1 Halbsatz 1 SGB IX](#) die Auswahl danach zu erfolgen, welche Einrichtung die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt. Dabei muss nach [§§ 19 Abs. 4 Satz 2, 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB IX](#) darauf geachtet werden, dass die Einrichtung die Leistung nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, insbesondere zu angemessenen Vergütungssätzen ausführt. Das von den Krankenkassen stets zu beachtende Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 2 Abs. 4, § 12 Abs. 1 SGB V](#)) hat dabei wiederum zur Folge, dass bei der Auswahl zwischen zwei oder mehr in gleicher Weise geeigneten, das gleiche Leistungsangebot bereithaltenden Einrichtungen grundsätzlich diejenige mit der Durchführung der Maßnahme zu beauftragen ist, die die günstigsten Vergütungssätze anbietet ([BSGE 89, 294, 303](#)). Insoweit ergibt sich das Gebot der Wirtschaftlichkeit auch aus [§ 69 Abs. 2](#) des Vierten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB IV). Ferner ist jedoch nach [§ 9 Abs. 1 SGB IX](#) vorgesehen, dass bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe berechtigten Wünschen des Leistungsberechtigten entsprochen wird (Satz 1). Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen (Satz 2); im Übrigen gilt [§ 33](#) des Ersten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB I), dessen Satz 1 bestimmt: Ist der Inhalt von Rechten oder Pflichten nach Art oder Umfang nicht im Einzelnen bestimmt, sind bei ihrer Ausgestaltung die persönlichen Verhältnisse des Berechtigten oder Verpflichteten, sein Bedarf und seine Leistungsfähigkeit sowie die örtlichen Verhältnisse zu berücksichtigen, soweit Rechtsvorschriften nicht entgegenstehen. Von berechtigten Wünschen, die sich auch auf die Auswahl der Rehabilitationsdienste und Einrichtungen und damit auch auf den Leistungsort erstrecken können, kann dabei nur ausgegangen werden, wenn sie sich im Rahmen des Leistungsrechts, der mit ihm verfolgten Ziele und sonstiger Vorgaben halten. Sie sind dann angemessen ([BT-Drucks. 12/5054 S. 100](#)).

Der Senat geht davon aus, dass die von der Beklagten vorgeschlagenen Rehabilitationskliniken mit Versorgungsvertrag, insbesondere die Kneipp-Kurklinik in Bad Wörishofen, die ca. 100 km vom Wohnort des Klägers entfernt lag, im Hinblick auf die geforderte orthopädische Anschlussrehabilitation nach durchgeführter chirurgischer Operation nach den medizinischen Erfordernissen des vorliegenden Einzelfalls ebenso wie die Klinik in Bad Wurzach eine geeignete Rehabilitationsklinik war, zumal auch dort der beim Kläger vorliegenden rheumatischen Arthritis, wegen der jedoch ersichtlich stationäre Rehabilitation nicht erforderlich war, Beachtung geschenkt werden konnte. Soweit die Beklagte im Rahmen ihrer Ermessensentscheidung angesichts der mit der Kneipp-Kurklinik in Bad Wörishofen ausgehandelten Fallpauschale (für eine Behandlungsdauer von 19 bis 28 Tagen) - unter zusätzlicher Berücksichtigung der Übernahme der Transportkosten durch die Klinik - im Hinblick auf die für sie maßgebenden Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit wegen einer Kostenersparnis von EUR 465,84 (= EUR 2.535,84 - EUR 2.070,00), d.h. ungefähr ein Fünftel der Gesamtkosten, die Gewährung der Maßnahme in der Klinik in Bad Wurzach abgelehnt hat, erscheint dies auch im Lichte des [§ 9 SGB IX](#) an sich nicht als ermessensfehlerhaft. Bei dem genannten Einsparungsbetrag von EUR 465,84 handelt es sich nicht bloß um einen geringfügigen Unterschied in der Höhe der Kosten. Dabei ist auch ohne Bedeutung, dass sich hier die Kostenersparnis nur daraus ergibt, dass die beim Kläger tatsächlich durchgeführte Maßnahme länger als 18 Tage gedauert hat. Im Rahmen einer Ermessensabwägung war es nicht geboten, der Wahl des Klägers, die insoweit die genannten Mehrkosten verursacht hätte, entsprechen zu müssen. Dies gilt weder im Hinblick auf das vom Kläger angeführte Argument der größeren räumlichen Nähe der Klinik, die angesichts der familiären Bindungen leichtere Besuche von Familienmitgliedern während der stationären Behandlung ermöglicht und dadurch auch einen nachhaltigeren Rehabilitationserfolg bewirkt hätte, noch für das Vorbringen, dass den Ärzten der Klinik, insbesondere dem Chefarzt Prof. Dr. J., der ihn seit zehn Jahren behandelt habe, das bei ihm auch vorliegende Krankheitsbild der rheumatoiden Arthritis bekannt gewesen sei. Zwar stellt der Senat durchaus allgemein in Rechnung, dass die Motivation der Betroffenen

und die Tragfähigkeit familiärer Bindungen wirksam zu erfolgreicher Teilhabe beitragen können (vgl. [BT-Drucks. 14/5054 S. 100](#)). Der Senat berücksichtigt jedoch im Falle des Klägers, worauf auch die Beklagte hingewiesen hat, dass die Therapiedichte bei stationären Anschlussrehabilitationen sehr hoch ist und durch tägliche Besuche der Rehabilitationserfolg sogar gestört werden kann. Gerade bei einer notwendigen stationären Rehabilitation insbesondere auf orthopädischem Gebiet erscheint es nicht zwingend geboten, diese in einer möglichst wohnortnahen Einrichtung durchzuführen, abgesehen davon, dass hier durch die Entfernung von ungefähr 100 km im Falle der Klinik in Bad Wörishofen die Besuchsmöglichkeit des Klägers für Familienangehörige nicht unzumutbar erschwert worden wäre. Im Übrigen kann nicht unberücksichtigt bleiben, dass nach der von der Beklagten mit der Klinik in Bad Wörishofen getroffenen Vereinbarung diese Klinik die Organisation sowie die Kosten der Hin- und Rückfahrt des Versicherten in Sitzen übernommen hätte. Im Fall des Klägers vermag der Senat nicht festzustellen, dass die von ihm geltend gemachten Besuche von Familienangehörigen während der 24-tägigen Dauer der Maßnahme den Rehabilitationserfolg gefördert hat. Darauf, wie häufig der Kläger tatsächlich von Familienangehörigen besucht wurde, kommt es nicht an. Auch der vom Kläger betonte Gesichtspunkt des Vorliegens der rheumatoiden Arthritis, wegen der in der Vergangenheit Behandlungen durch Prof. Dr. J. in Bad Wurzach durchgeführt worden seien, tritt insoweit in den Hintergrund, als sich aus dem Entlassungsbericht des Prof. Dr. J. vom 17. März 2003 nicht ergibt, dass stationäre Behandlungen auch wegen der rheumatoiden Arthritis erforderlich waren. Die Mitbehandlung dieser Erkrankung hätte im Übrigen, wie bereits festgestellt, auch in den beiden anderen Vertragskliniken, die die Beklagte genannt hatte, durchgeführt werden können. Mithin war die Beklagte nicht verpflichtet, den Kläger von den tatsächlichen Kosten, die ihm durch die Behandlung in Bad Wurzach entstanden sind, freizustellen. Insoweit schied auch ein Anspruch auf erneute Entscheidung über einen solchen Antrag aus.

In den angegriffenen Entscheidungen hat die Beklagte jedoch nicht darüber entschieden, ob eine Kostenfreistellung in Höhe von EUR 2.070,00 in Betracht kommen könnte. Dieser Betrag wäre der Beklagten entstanden, wenn die stationäre Rehabilitationsbehandlung vom 19. Februar bis 15. März tatsächlich in der Kneipp-Kurklinik in Bad Wörishofen durchgeführt worden wäre. Zwar sieht das Leistungsrecht der Krankenversicherung, soweit es um die Gewährung von Sachleistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht, keinen alternativen Anspruch auf Erstattung bzw. Freistellung von Sowiesokosten bei der Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb des Sachleistungssystems, insbesondere bei Behandlungen durch Privatärzte bzw. in nicht zugelassenen Krankenhäusern, in der Höhe, wie sie bei einer Leistungsanspruchnahme innerhalb des Sachleistungssystems entstanden wären, vor. Jedoch ist hier im Rahmen der Ermessensausübung insbesondere dann, wenn - wie im vorliegenden Fall - die Krankenkasse bei ihrer Auswahlentscheidung hinsichtlich der Rehabilitationseinrichtung zulässigerweise an sich den Gesichtspunkt der Kostenersparnis berücksichtigen durfte, von der Krankenkasse zu erwägen, dass es diesen Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nicht widerstreitet, ja sogar entsprechen könnte, die Sowiesokosten dann zu erstatten, wenn die selbst beschaffte Anschlussrehabilitation in einer gleich geeigneten Reha-Einrichtung durchgeführt wurde, die ebenfalls über einen Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) verfügt hat. Jedenfalls bei der hier vorliegenden Fallgestaltung, dass die stationäre Rehabilitationsbehandlung tatsächlich innerhalb des Sachleistungssystems in einer Einrichtung durchgeführt wurde, die über einen Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) verfügt hat und hinsichtlich der auch die Beklagte nicht geltend gemacht hat, dass die tatsächlich durchgeführten Vertragsbehandlungen in der Klinik in Bad Wurzach einen geringeren Erfolg gehabt haben, als diejenigen, die in der Kneipp-Kurklinik in Bad Wörishofen hätten durchgeführt werden können, ist für die Ermessensausübung auch der Gesichtspunkt des [§ 9 Abs. 2 SGB IX](#) zu berücksichtigen. Denn danach können Sachleistungen zur Teilhabe, wenn auch nicht solche, die in Rehabilitationseinrichtungen auszuführen sind, auf Antrag des Leistungsberechtigten als Geldleistungen erbracht werden, wenn die Leistung hierdurch voraussichtlich bei gleicher Wirksamkeit wirtschaftlich mindestens gleichwertig ausgeführt werden können. Der Gesichtspunkt, dass die Beklagte mit der Kneipp-Kurklinik in Bad Wörishofen, die nicht ihre eigene Klinik ist, die günstigere Vollpauschale ausgehandelt und deswegen daran interessiert war, diese Klinik auch tatsächlich zu belegen, um höhere Kosten zu vermeiden, stünde einem Anspruch auf Kostenerstattung in Höhe dieser Sowiesokosten nicht entgegen. Danach ist die Beklagte zu verpflichten, über den Antrag auf Erstattung der Sowiesokosten in Höhe von EUR 2.070,00, wobei nach ihrem Vorbringen eine Zuzahlung im Rahmen des [§ 40 Abs. 5 SGB V](#) nicht in Betracht gekommen wäre, erneut zu entscheiden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Revisionszulassung liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-09-03