

L 11 KR 2726/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 12 KR 7856/05
Datum
11.04.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 2726/06
Datum
09.10.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 11. April 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte dazu berechtigt ist, die Durchführung der von ihr der Klägerin bewilligten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme im Herzzentrum G. abzulehnen.

Die 1931 geborene, bei der Beklagten krankenversicherte Klägerin leidet u.a. an permanentem Vorhofflimmern, einer arteriellen Hypertonie und einer chronisch venösen Insuffizienz. Unter Beifügung eines Befundberichtes vom September 2005 verordnete der Internist und Kardiologe Dr. H. der Klägerin im September 2005 eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme. Zu empfehlen sei eine stationäre Rehabilitation zur Verbesserung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit (wegen der speziellen Kompetenz zur Behandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz Herzzentrum G., PD Dr. M.).

Die Beklagte ließ sich durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung B. (MDK) sozialmedizinisch beraten. Der Arzt K. führte aus, die vorliegenden medizinischen Unterlagen begründeten hinreichend die medizinische Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der beantragten stationären RehaMaßnahme auch unter dem Gesichtspunkt, einer Pflegebedürftigkeit entgegen zu wirken. Die Dichte der Maßnahmen (Anzahl, Dauer) und die daraus resultierende größere Beanspruchung der Patientin sei nur unter stationären Bedingungen durchführbar. Dabei erscheine ein Zeitrahmen von drei Wochen ausreichend, um das Rehaziziel zu erreichen.

Mit Bescheid vom 18.10.2005 (ohne Rechtsmittelbelehrung) bewilligte die Beklagte der Klägerin eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der AOK-Klinik K. in B ...

Dagegen wandte die Klägerin ein, ihr Kardiologe Dr. H. habe ihr das Herzzentrum G. empfohlen, da diese Klinik eine spezielle Kompetenz zur Behandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern habe. Dies habe Dr. H. auch gegenüber der Beklagten begründet. Die AOK-Klinik in B. sei laut Aussage des Facharztes gerade nicht für die Rehabilitation ihrer Erkrankung spezialisiert.

Die Beklagte übersandte der Klägerin ergänzendes Informationsmaterial über die AOK-Klinik K. in B. und wies darauf hin, dass diese Klinik spezialisiert sei auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Klinik nehme an der Qualitätssicherung "Rehabilitation" teil und sei erfolgreich zertifiziert.

Von der AOK-Klinik K. wurde der Klägerin der vorgemerkte Aufenthalt vom 27.10. bis 17.11.2005 mitgeteilt.

Mit Bescheid vom 25.10.2005 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass es bei der Kostenzusage für die AOK-Klinik K. in B. verbleibe.

Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch mit der Begründung, der Kardiologe habe in seiner Begründung vom 20.9.2005 an die Beklagte ausführlich und detailliert begründet, dass zur Verbesserung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit und gerade wegen der speziellen Kompetenz hierfür das Herzzentrum in G. geeignet sei. Es sei unverständlich, weshalb die Beklagte auf die ausführlichen Begründungen des Facharztes Dr. H. nicht eingegangen sei. Nach der Rechtsprechung könne der Kostenträger die vom Facharzt empfohlene Klinik, welche darüber hinaus noch eine spezielle Kernkompetenz auf dem Gebiet ihrer Erkrankung zur Heilung habe, nicht ablehnen und ihr insbesondere

nicht die eigene Klinik aufdrängen, nur weil diese aufgrund der stark reduzierten Kurgenehmigungen drastisch unterbelegt sei. Auch seien etliche AOK-Versicherte, welche ebenfalls die Fachkompetenz der speziellen Klinik in G. zum Heilerfolg benötigten, weiterhin in der Spezialklinik in G. untergebracht. Der Beklagten gehe es nur um die Auslastung ihrer eigenen Kliniken und nicht um den Heilerfolg. Eine Zuweisung zu der AOK-Klinik in B. widerspreche auch der freien Arztwahl, denn der Patient bestimme im Rahmen des Gesetzes, wo er behandelt werden möchte.

Mit Widerspruchsbescheid vom 1.12.2005 gab die Beklagte dem Widerspruch der Klägerin nicht statt: Nach [§ 40 Abs. 3 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) bestimme die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Bei dieser Ermessensentscheidung habe die Beklagte die Aussagen des behandelnden Arztes zu den an die Reha-Einrichtung zu stellenden Anforderungen berücksichtigt. Zum pflichtgemäßen Ermessen gehöre auch, alle Versicherten gleich zu behandeln. Die Beklagte belege, sofern medizinisch möglich, die AOK-Kurkliniken, weil hier die Behandlung gut und effizient sei. Die AOK-Klinik K. sei spezialisiert auf Herz-Kreislaufkrankungen und verfüge über umfangreiche Therapie- und Diagnostikmöglichkeiten sowie eine hervorragende Besetzung mit Ärzten und medizinischem Personal, Pflegekräften und Psychologen. Die Klinik nehme an der Qualitätssicherung "Rehabilitation" teil und sei erfolgreich zertifiziert. Die Tatsache, dass die Klinik einen zweiten Schwerpunkt in der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen habe, mache sie zur Behandlung der Klägerin nicht ungeeignet. Nachdem medizinische Gesichtspunkte, die das Reha-Zentrum G. als zur Behandlung der Klägerin geeigneter erscheinen ließen, nicht vorgetragen worden seien, habe die vorzunehmende Ermessensentscheidung auch nicht zu Gunsten des Reha-Zentrums G. erfolgen können. Das Recht der freien Arztwahl betreffe nur ambulante Ärzte, die Krankenkasse wähle die Rehabilitationseinrichtungen aus.

Mit Schreiben vom 14.12.2005 teilte Dr. H. der Beklagten mit, die Klinik G. sei speziell ausgewiesen für die Behandlung von Herzinsuffizienzpatienten. Es bestehe hier ein spezielles Behandlungsprogramm zur Förderung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit sowie eine spezielle ärztliche Kompetenz in diesem Problemfeld. Die Behandlung in einem allgemeinen, auch kardiologischen Rehabilitationszentrum, halte er nicht für zielführend, da hier die Belange von Herzinsuffizienzpatienten gegebenenfalls nicht ausreichend berücksichtigt würden.

Hierzu äußerte sich Dr. F. vom MDK in einem sozialmedizinischen Gutachten vom 22.12.2005 dahingehend, bei der Klägerin stünden eine Belastungsherzinsuffizienz sowie Herzrhythmusstörungen im Sinne von permanentem Vorhofflimmern im Vordergrund. Ein insoweit geeignetes Behandlungskonzept werde nur von kardiologisch orientierten Rehakliniken vorgehalten. In Betracht komme hier sowohl die vom Kardiologen vorgeschlagene Fachklinik in G. als auch die AOK-Klinik K. in B ... Auch diese Klinik sei u.a. auf die rehabilitative Behandlung von Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen spezialisiert. Nach sozialmedizinischer Einschätzung könne davon ausgegangen werden, dass der Klägerin in der AOK-Klinik K. eine zweckmäßige, ausreichende, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Behandlung angeboten würde.

Gegen den Widerspruchsbescheid vom 1.12.2005 erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) mit der Begründung, sie leide unter den Folgen einer schwerwiegenden Herzerkrankung im Sinne von chronisch-venöser Insuffizienz und permanentem Vorhofflimmern bei im übrigen bestehender arterieller Hypertonie. Aufgrund dieser spezifischen Erkrankung habe der behandelnde Kardiologe eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme im Herzzentrum G., PD Dr. M., empfohlen. Nach Auffassung des behandelnden Facharztes sei diese Klinik bei derartigen Einschränkungen der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit des Herzens aufgrund des insoweit vorhandenen sehr spezifischen Behandlungsspektrums bundesweit bestens geeignet. Dort bestünde auch eine spezielle ärztliche Kompetenz in diesem Problemfeld. Eine Behandlung in einem allgemeinen, auch kardiologischen Rehabilitationszentrum, halte der behandelnde Arzt ausdrücklich "nicht für zielführend", da hier die Belange von Herzinsuffizienzpatienten ggf. nicht ausreichend berücksichtigt würden. Zudem seien angemessene Wünsche der Versicherten im Rahmen der Ermessensentscheidung zu berücksichtigen. In ihrem Fall gehe es aber nicht nur um angemessene Wünsche, sondern um die Tatsache, dass die von ihr begehrte Klinik von vornherein geeigneter und prognostisch hinsichtlich der zu erwartenden Behandlungsmaßnahmen auch erfolversprechender erscheine, als dies in der vorwiegend auf psychosomatische Behandlungsbasis arbeitenden AOK-Klinik K. zu erwarten sei. Das Herzzentrum G. sehe einen ganzheitlichen Behandlungsansatz vor, da neben der eingehend erfolgenden medizinischen Erfassung der bestehenden Diagnose und Befunde mit entsprechend aufbauender Behandlung und Medikation eine spezifisch psychologische Interventionsstrategie erarbeitet werde, begleitet von einem angepassten umfangreichen Sport- und Physiotherapieprogramm. Parallel hierzu erfolge eine Ernährungsberatung und für die Dauer von einem Jahr eine regelmäßig erfolgende telefonische Nachsorge. Der Klinikleiter PD Dr. M. habe sich als Fachpublizist für den spezifischen Bereich der Herzinsuffizienz - Problematik hervorgetan. Zur Stützung ihres Begehrens legte die Klägerin das Behandlungsprogramm für chronische Herzinsuffizienz des Rehabilitationszentrums G., sowie Publikationen dieses Arztes als Mitautor vor.

Im Januar/Februar 2006 befand sich die Klägerin erneut in stationärer Behandlung im Städtischen Krankenhaus S ... Im Kostenzusageantrag dieser Klinik wurde darauf hingewiesen, dass die Klägerin die Anschlussheilbehandlung in der Herz-Kreislauf-Klinik G. wünsche.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Der Klägerin stehe kein Anspruch auf Durchführung der gewünschten Reha-Maßnahme im Herz-Zentrum G. zu. Die Beklagte habe mit der Bewilligung einer Reha-Maßnahme in der AOK-Klinik K. ihr Ermessen pflichtgemäß ausgeübt. Vergleiche man die Behandlungsprogramme mit der AOK-Klinik K. mit dem Behandlungsprogramm des Rehabilitationszentrums G. falle die durchzuführende Abwägung zugunsten der von der Beklagten ausgewählten AOK-Klinik K. aus. Hervorzuheben sei hierbei die Teilnahme der Klinik an externen und internen Qualitätssicherungsprogrammen, weshalb die AOK-Klinik als eine der Ersten Reha-Kliniken in Deutschland mit dem Qualitätssiegel "Committed to Excellence" versehen worden sei. Korrespondierend hierzu sei die Klinik K., welche die Behandlung nach dem Empfehlungen der großen internationalen kardiologischen Fachgesellschaften ausrichte, mit den modernsten technischen Einrichtungen ausgestattet. Das Behandlungsprogramm dieser Klinik offenbare, wie differenziert die Behandlung betrieben werde. Herausragend für die Klinik K. sei die enge Verbindung zur wissenschaftlichen Forschung und den Fachgesellschaften, was den Schuss zulasse, dass die Behandlung und Betreuung der Patienten hier auf sehr hohem und dem jeweiligen aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechenden Niveau stattfände. Demgegenüber biete die Klinik G. zusätzlich zur üblichen Behandlung bei Herzkrankheiten eine Telefonnachsorge durch eine Herzinsuffizienz-Schwester an. Dieser Umstand stelle jedoch keinen herausragenden medizinischen Gesichtspunkt dar, da die Nachsorge bzw. Weiterbehandlung nach Entlassung der Patienten aus der Klinik von Fachärzten am Wohnort übernommen werde. Es könne daher keine Rede davon sein, dass die von der Klägerin begehrte Klinik G. von vornherein geeigneter und erfolversprechender sei. Die Empfehlung des Reha-Zentrums G. durch Dr. H. sei ohne nähere Begründung erfolgt. Die Beklagte legte sozialmedizinische Beratungen von Dr. H. vom MDK vom 13.2. und 16.2.2006 sowie das Behandlungsprogramm der AOK-Klinik K. (klinischer

Pfad, chronische Herzinsuffizienz, Stand Dezember 2005) und ein Schreiben der Klinikleitung, Dr. G. vom 1.3.2006 vor. Dr. H. führte in seiner Stellungnahme vom 13.2.2006 aus, nach telefonischer Rücksprache mit dem Leitenden Kardiologen des Krankenhaus S. werde jetzt dringend eine kardiologische Reha in der Herz-Kreislauf-Klinik G. empfohlen. In Übereinstimmung mit den kardiologisch behandelnden Ärzten werde die beantragte AHB mit kardiologischem Schwerpunkt in der Herz-Kreislauf-Klinik G. wie beantragt aus gutachterlicher Sicht befürwortet. In seiner Stellungnahme vom 16.2.2006 wies Dr. H. darauf hin, wie bereits im ausführlichen Gutachten vom 22.12.2005 erläutert, hätten sowohl die AOK-Klinik K. als auch die Herz-Kreislauf-Klinik G. die Zulassung zur Behandlung kardialer Indikationen. In beiden Kliniken seien diagnostische kardiologische Möglichkeiten vorhanden ebenso wie eine ständige fachärztliche internistische Präsenz. Aus gutachterlicher Sicht seien beide Kliniken gleichermaßen geeignet, um die bei der Klägerin vorliegende Herzinsuffizienz rehabilitativ zu behandeln.

Die Klägerin hielt unter Hinweis auf die dezidierte Empfehlung des Kardiologen und Internisten Dr. H. daran fest, dass wegen des bei ihr vorliegenden spezifischen Krankheitsbildes der mehr somatisch angelegte und die Herz-Leistungsfähigkeit anregende bzw. stabilisierende, pulmonologisch orientierte Behandlungsansatz der Klinik G. geeigneter sei. Sie fügte noch Kurzinformationen aus dem Internet bezüglich der AOK-Klinik K. und des Rehabilitationszentrums G. bei.

Mit Urteil vom 11.4.2006, den Prozessbevollmächtigten der Klägerin zugestellt am 5.5.2006, wies das SG die Klage ab. In den Entscheidungsgründen führte es im wesentlichen aus, die Bescheide der Beklagten vom 18.10.2005 und 25.10.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1.12.2005 seien rechtmäßig. Die Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in der AOK-Klinik K. sei nicht zu beanstanden. Grundlage der getroffenen Entscheidung bilde [§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#), wonach die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen bestimme. Ermessen meine hierbei die Ermächtigung, zwischen verschiedenen Rechtsfolgen unter Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten auszuwählen, mithin werde der Beklagten hier durchaus ein Handlungsspielraum eingeräumt. Die gerichtliche Überprüfungscompetenz dieser Ermessensentscheidung sei auf eine Rechtskontrolle der Gestalt beschränkt, dass zu prüfen sei, ob die gesetzlichen Grenzen des Ermessens überschritten worden seien, vom Ermessen in einer dem Zweck nicht entsprechenden Weise Gebrauch gemacht worden und überhaupt von der Ermächtigung Gebrauch gemacht worden sei. Indes seien die Zweckmäßigkeitserwägungen des Leistungsträgers einer gerichtlichen Überprüfung nicht zugänglich. Maßstab für die zu überprüfende Ermessensentscheidung sei dabei das medizinische Erfordernis des Einzelfalls. In der Entscheidung der Beklagten seien Ermessensfehler (Ermessensüberschreitung oder Ermessensunterschreitung) nicht zu erkennen. Ein sog. Ermessensfehlergebrauch, d.h. die falsche Gewichtung von Ermessensgesichtspunkten, sei zur Überzeugung der Kammer gleichfalls nicht gegeben. Auch unter dem Gesichtspunkt der besten Erreichung der Rehabilitationsziele seien Fehler nicht ersichtlich, da nach den vorliegenden Unterlagen in beiden Rehabilitationseinrichtungen die Kompetenz in der Therapie der Herzinsuffizienz gegeben sei. Beide Einrichtungen seien in der Lage, eine Lungenfunktionsdiagnostik durchzuführen und die von Dr. H. angeforderten speziellen Behandlungsprogramme zur Förderung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit zu gewähren. Aufgrund der vorhandenen medizinischen Möglichkeiten wie der Therapieansätze sei es der Kammer nicht ersichtlich, dass die von der Klägerin begehrte Durchführung in dem Herzzentrum G. gegenüber der von der Beklagten bewilligten Durchführung in der AOK-Klinik K. erkennbar besser geeignet wäre, die Rehabilitationsziele herbei zu führen. Vielmehr sei zu berücksichtigen, dass die AOK-Klinik K. als Klinik für Anschlussrehabilitation, d.h. als Rehabilitationseinrichtung nach einem stationären Krankenhausaufenthalt ausgewiesen sei, angesichts der Krankenhausbehandlung der Klägerin ab Januar 2006 unter diesem Gesichtspunkt jedenfalls aktuell geeigneter erscheine. Auch die Berücksichtigung von Kostenfaktoren stelle keinen Ermessensfehler dar. Angesichts des Umstandes, dass die AOK-Klinik K. unter Trägerschaft der Beklagten stehe, mithin keine konkreten, gesondert entstehenden Kosten zu berücksichtigen seien, vielmehr lediglich die dortigen Vorhaltekosten realisiert würden, spreche dieser Gesichtspunkt für die Entscheidung der Beklagten.

Hiergegen richtet sich die am 26.5.2006 eingelegte Berufung der Klägerin. Zur Begründung trägt sie u.a. vor, die Beklagte und auch das SG hätten nicht berücksichtigt, dass selbst der MDK in seinem Gutachten vom 13.2.2006 ausdrücklich nach telefonischer Rücksprache mit dem Leitenden Kardiologen des Krankenhauses S. noch eine kardiologische Rehabilitation in der Herz-Kreislauf-Klinik G. empfohlen habe. Auch habe das SG verabsäumt, den ausdrücklichen Wunsch der Klägerin wertend mit zu berücksichtigen, der sich an dem qualifizierten Vorschlag des behandelnden Kardiologen Dr. H. orientiert habe. Angemessene Wünsche der Versicherten seien aber im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten zu berücksichtigen. Ungeachtet dessen erweise sich auch PD Dr. M. als Leiter der G. Klinik aufgrund der erstinstanzlich bereits dargelegten spezifischen Fachpublikationen für die Behandlung ihrer Krankheit als besser geeignet.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgericht Stuttgart vom 11. April 2006 aufzuheben sowie die Bescheide vom 18. Oktober 2005 und 25. Oktober 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. Dezember 2005 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, ihren Antrag auf Gewährung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme vom September 2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie weist bezüglich des sozialmedizinischen Gutachtens von Dr. H. vom 13.2.2006 darauf hin, dass die damalige Vorlage an den MDK allein aufgrund des Kostenzusageantrages des Städtischen Krankenhauses S. vom 10.2.2006 erfolgt sei. Die Klägerin habe sich dort bis 21.2.2006 wegen der bekannten Herzinsuffizienz zur stationären Behandlung befunden. Dr. H. habe zum Zeitpunkt ihrer Begutachtung vom 13.2.2006 nicht gewusst, dass bereits wegen der am 5.10.2005 beantragten stationären Reha-Maßnahme ein Widerspruchsverfahren gelaufen bzw. bereits ein MDK-Gutachten durch Dr. F. erstellt worden sei, welches davon ausgegangen sei, dass in der AOK-Klinik K. eine zweckmäßige, ausreichende, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Behandlung angeboten würde. Nach Informationen über den gesamten Sachverhalt habe Dr. H. in der sozialmedizinischen Beratung vom 16.2.2006 ausdrücklich bestätigt, dass sowohl die AOK-Klinik K. als auch das Rehabilitationszentrum G. gleichermaßen geeignet seien, um die bei der Klägerin vorliegende Herzinsuffizienz rehabilitativ zu behandeln. Aus dem Gutachten vom 13.2.2006 könne daher nicht geschlossen werden, dass das Reha-Zentrum G. zur Behandlung der Klägerin geeigneter sei. Die Klägerin habe kein Wahlrecht hinsichtlich des Ortes der Durchführung einer bewilligten Reha-Maßnahme, da Ort, Beginn und sonstige Einzelheiten im pflichtgemäßen Ermessen der Beklagten stünden. Was die Behandlung der Klägerin betreffe, liege eine nach

medizinischen Kriterien zu messende Überlegenheit des Rehabilitations-Zentrums G. nicht vor. Die Beklagte habe daher in einem weiteren Schritt ihrer Ermessensausübung eine Zuweisung zur Durchführung der Maßnahme in die unter ihrer Trägerschaft stehende AOK-Klinik K. vornehmen können, da in dieser Klinik außer Vorhaltekosten keine sonstigen Kosten entstünden. Da das Wirtschaftlichkeitsgebot für sämtliche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung höchste Priorität habe, müsse der Wunsch der Klägerin, die bewilligte Reha-Maßnahme im Rehabilitations-Zentrum G. durchzuführen, zurücktreten.

Der Senat hat Dr. H. als sachverständigen Zeugen gehört. Dieser hat mitgeteilt, ihm sei die AOK-Klinik K. mit ihren ausgewiesenen Indikationsgruppen bekannt. Er halte diese Klinik zur Behandlung der Klägerin eher weniger für geeignet als das Herzzentrum G ... Dies treffe insbesondere wegen der speziellen Kompetenz des Herzzentrums G. und seines Chefarztes, PD Dr. M., in der Behandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz zu.

Die Beklagte hat dazu ein sozialmedizinisches Gutachten des Dr. F. vom MDK vorgelegt und darauf hingewiesen, dass die Klägerin seit 10.10.2006 ein Heilverfahren in der Fachklinik S. in W. durchführe, wobei die Kosten von der Deutschen Rentenversicherung getragen würden. Die Fachklinik S. behandle u.a. auch Herzerkrankungen. Dr. F. hat sich dahingehend geäußert, dass sich aus dem Attest von Dr. H. vom September 2006 keine neuen medizinischen Gesichtspunkte ergäben. Nach sozialmedizinischer Einschätzung sei weiterhin nicht nachgewiesen, dass der Klägerin eine ausreichende und qualifizierte Rehabilitation vorenthalten würde, falls die Behandlung nicht im Rehabilitationszentrum G. durchgeführt würde.

Die Klägerin hat dazu unter Vorlage des ärztlichen Entlassungsberichts der Fachklinik S. vom November 2006 und des Antragsbogens zur Durchführung der Anschlussheilbehandlung darauf hingewiesen, dass es sich bei der stationären Heilmaßnahme um eine Anschlussheilbehandlung nach vorher durchgeführter Krebsoperation gehandelt habe. Selbst wenn es sich hierbei nicht um einen stationären Krankenhausaufenthalt, sondern um eine Reha-Maßnahme gehandelt habe, wäre nach wie vor und umso mehr jetzt eine weitere spezifisch-kardiologische stationäre Behandlung dringend erforderlich.

Die Beklagte hat eingewandt, dass von Seiten des beantragenden Krankenhauses die Klinik S. gerade auch im Hinblick auf die bekannte Herzkrankheit der Klägerin gewählt worden sei. Als stationär behandelte Indikationsgruppe werde an erster Stelle die Behandlung von Herz-Kreislaufkrankungen mit Facharztbetreuung genannt.

Dr. H. hat auf Anfrage des Senats ergänzend über Behandlungen der Klägerin seit September 2006 berichtet. Die Klägerin habe über eine stark reduzierte körperliche Belastbarkeit geklagt. Nach einer Operation eines Doppelkarzinoms des Dickdarms im September 2006 habe sie wegen einer entgleisten Herzschwäche in Dezember 2006 stationär im Krankenhaus S. behandelt werden müssen. Der Gesundheitszustand der Klägerin habe sich insbesondere nach Dezember 2006 verschlechtert. Aufgrund der kardialen Erkrankung bestehe eine stark eingeschränkte kardiopulmonale Leistungsfähigkeit. Erforderlich sei eine weitere Intensivierung der Herzinsuffizienz-Therapie. Für das Herzzentrum G., welches er zur Behandlung vorgeschlagen habe, bestehe eine spezielle Kompetenz für die Behandlung der Insuffizienz. Dr. H. hat weitere Arztunterlagen, u.a. einen eigenen Befundbericht vom 19.1.2007 und einen Arztbrief des Internisten Dr. E. vom 18.1.2007, beigelegt.

Der Senat hat noch Entlassungsberichte des Städtischen Krankenhauses S. über die stationären Behandlungen der Klägerin vom 2.9. bis 15.9.2006 und vom 15.9. bis 30.9.2006 beigelegt, ferner den Entlassungsbericht dieser Klinik über die stationäre Behandlung vom 15.12. bis 18.12.2006.

Die Beklagte trägt noch vor, dass es ausweislich des Entlassungsberichts der Fachklinik S. zu einer wesentlichen Besserung der Herzinsuffizienz bis zur Beschwerdefreiheit gekommen sei. Die Fachklinik S. sei ausgerichtet auf die Behandlung von Herzerkrankungen. Sie besitze eine kardiologische Abteilung, welche von Chefarzt Dr. W. geleitet werde. Nach [§ 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) wäre eine erneute stationäre Reha-Maßnahme vor Ablauf der vier-jährigen Sperrfrist möglich, wenn eine vorzeitige Leistung aus medizinischen Gründen dringend erforderlich sei. Die übermittelten Arztberichte des Städtischen Krankenhauses S. belegten nicht die dringende Erforderlichkeit einer stationären Reha-Maßnahme.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigelegten Verwaltungsakten der Beklagten sowie die erst- und zweitinstanzlichen Gerichtsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist statthaft und zulässig, jedoch unbegründet. Die Entscheidung des SG ist nicht zu beanstanden.

Die Voraussetzungen für die Gewährung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation sind im Urteil des SG zutreffend dargestellt. Darauf wird zur Vermeidung von Wiederholungen verwiesen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Dabei ist vorliegend nicht im Streit, dass bei der Klägerin eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme notwendig ist, sondern allein die Frage, in welcher Einrichtung die bewilligte Maßnahme durchgeführt werden soll.

Gemäß [§ 40 Abs. 3 SGB V](#) bestimmt die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen (Gestaltungsermessen). Die Entscheidung der Beklagten kann mithin vom Gericht nur auf Ermessensfehler und -fehlgebrauch hin überprüft werden ([§ 39 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch - SGB I -, [§ 54 Abs. 2 SGG](#)). Die Beklagte hat ihr Ermessen entsprechend dem Zweck der Ermächtigung auszuüben und die gesetzlichen Grenzen des Ermessens einzuhalten. Auf pflichtgemäße Ermessensausübung besteht nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB I](#) ein Anspruch. Bei Überprüfung der eigentlichen Ermessensentscheidung erfolgt durch das Gericht nur eine Rechtskontrolle, grundsätzlich keine Zweckmäßigkeitserprüfung. Das Gericht prüft, ob die Grenzen des Ermessens überschritten wurden (Ermessensüberschreitung), von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung nicht entsprechenden Weise Gebrauch gemacht ist (Ermessensmissbrauch) und ob die Klägerin durch Ermessensfehler beschwert ist. Das Gericht darf bei der Ermessensüberprüfung nicht

eigenes Ermessen an die Stelle des Verwaltungsermessens setzen.

In Ansehung dieser rechtlichen Gegebenheiten hat das SG zu Recht das medizinische Erfordernis des Einzelfalls als Maßstab für die zu überprüfende Ermessensentscheidung angenommen und eine Ermessensunterschreitung oder einen Ermessens Fehlgebrauch der Beklagten bei ihrer Entscheidung, der Klägerin eine stationäre Rehabilitation in der AOK-Klinik K. und nicht in dem Herzzentrum G., wie von der Klägerin gewünscht, zu bewilligen, verneint. Das SG hat zutreffend aufgezeigt, dass die von der Beklagten ausgewählte AOK-Klinik K. gleichermaßen wie das von der Klägerin gewünschte Rehabilitationszentrum G. geeignet ist, den in der Person der Klägerin liegenden medizinischen Erfordernissen einer Rehabilitationsmaßnahme zu genügen, und die Beklagte unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit der unter ihrer Trägerschaft stehenden AOK-Klinik K. den Vorrang geben durfte. Der Senat schließt sich insoweit den Ausführungen des SG in vollem Umfang an und nimmt deshalb insoweit auf die Entscheidungsgründe Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Das Vorbringen der Klägerin im Berufungsverfahren und die durchgeführte Beweiserhebung führen zu keinem anderen Ergebnis. Auch nach Auffassung des Senats sind der Beklagten hinsichtlich der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung Ermessensfehler bzw. ein Ermessens Fehlgebrauch nicht vorzuwerfen. Sowohl in der AOK-Klinik K. als auch in dem Rehabilitationszentrum G. ist die Kompetenz zur Behandlung der bei der Klägerin im Vordergrund stehenden kardiologischen Gesundheitsstörungen (Belastungskoronarinsuffizienz, Rhythmusstörungen im Sinne eines permanenten Vorhofflimmerns) gegeben. Dies ergibt sich für den Senat aus den aktenkundigen Behandlungskonzepten beider Kliniken und den Stellungnahmen des MDK. Die Beklagte hat bei der Einbeziehung der genannten Einrichtungen in das Auswahlermessen zu Recht berücksichtigt, dass die Klinik K. an der Qualitätssicherung "Rehabilitation" teilnimmt und erfolgreich zertifiziert ist. Nicht zu beanstanden ist auch die Einbeziehung wirtschaftlicher Aspekte, wozu die Beklagte gemäß [§ 2 Abs. 4](#), [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) verpflichtet ist. Dies bedeutet, dass die Beklagte bei der Auswahl zwischen gleich geeigneten Einrichtungen grundsätzlich die günstigste zu berücksichtigen hat (vgl. BSG, Urteil vom 23.07.2002 - [B 3 KR 63/01 R](#) -). Dabei erschöpft sich die Beachtung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im Sinne des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) nicht in einem einzelfallbezogenen Kostenvergleich. Die Beklagte ist vielmehr berechtigt, bei der Auswahlentscheidung zwischen mehreren geeigneten Einrichtungen unter dem Gesichtspunkt einer von der Auslastung abhängigen Rentabilität die gemäß der gesetzlichen Verpflichtung aus [§ 19 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) zur Bedarfsdeckung vorgehaltenen eigenen Einrichtungen und Vertragseinrichtungen zu bevorzugen (vgl. Bayrisches Landessozialgericht, Urteil vom 26.11.2003 - [L 16 RJ 263/03](#) -). Nur soweit dem Leistungsträger unter diesen Gesichtspunkten gleich geeignete Einrichtungen zur Verfügung stehen, kommt dem Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) eine ermessensbeschränkende Wirkung zu.

Ausgehend von diesen Grundsätzen war das Ermessen der Beklagten bei der Auswahl der Rehabilitationsklinik nicht in dem Sinne auf Null reduziert, dass die Leistungsgewährung in dem Rehabilitationszentrum G. als einzig rechtmäßige Entscheidung in Betracht gekommen wäre. Insbesondere ergibt sich für den Senat kein begründeter Hinweis darauf, dass das Rehabilitationszentrum G. für die Behandlung der Klägerin geeigneter ist und daher ein stationärer Aufenthalt erfolversprechender wäre. Auch die AOK-Klinik K. ist speziell auf Patienten mit kardiologischen Erkrankungen ausgerichtet und genauso wie das Rehabilitationszentrum G. kompetent, die bei der Klägerin im Vordergrund stehende Belastungskoronarinsuffizienz und die Herzrhythmusstörungen im Sinne von permanentem Vorhofflimmern erfolversprechend zu behandeln. Dies hat der MDK für den Senat nachvollziehbar dargelegt. Der Leiter der AOK-Klinik K. steht zudem, worauf die Beklagte hingewiesen hat, in enger Kooperation mit den Unikliniken H. und M. sowie mit dem Herzzentrum K ... Die zusätzliche psychosomatische Ausrichtung dieser Klinik ist bei Patienten mit Herzerkrankungen jedenfalls nicht überflüssig oder kontraindiziert, sondern im Gegenteil im Sinne einer psychologischen Unterstützung eher positiv zu werten.

Aus den vorliegenden Attesten von Dr. H. und seiner Aussage im Berufungsverfahren ergibt sich für den Senat keine nachvollziehbare Begründung für eine Bevorzugung des Herzzentrums G ... Insoweit reicht es nicht aus, dass Dr. H. die Klinik K. zur Behandlung der Klägerin eher weniger geeignet hält als das Herzzentrum G., vor allem wegen der speziellen Kompetenz des Herzzentrums und dessen Chefarzt PD Dr. M ... Hierzu hat Dr. F. vom MDK für den Senat unter ausführlicher Darstellung der stationär behandelten Indikationsgruppen beider Kliniken überzeugend dargelegt, dass auch die AOK-Klinik K., die regelmäßig an einem Zertifizierungsverfahren teilgenommen hat, über eine ausreichende technische Ausstattung und qualifiziertes Fachpersonal verfügt, um Patienten mit Herzinsuffizienz auch unter Berücksichtigung der bei der Klägerin bestehenden Begleiterkrankungen erfolgreich zu rehabilitieren.

Das Wunsch- und Wahlrecht der Klägerin gemäß [§ 9 Abs. 1 SGB IX](#) hat vor diesem Hintergrund - nämlich medizinische Geeignetheit beider Kliniken, eine erfolgreiche Rehabilitation zu gewährleisten, Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit - geringeres Gewicht. Nach Satz 1 dieser Vorschrift wird bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der leistungsberechtigten Rücksicht genommen; im übrigen gilt [§ 33 SGB I](#) (Satz 2). Ist der Inhalt von Rechten oder Pflichten nach Art und Umfang nicht im einzelnen bestimmt, sind nach [§ 33 Satz 1 SGB I](#) 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. Dabei soll den Wünschen des Berechtigten oder Verpflichteten entsprochen werden, soweit sie angemessen sind (Satz 2).

Die Klägerin kann sich insoweit nicht auf die Empfehlung von Dr. H. stützen und ins Feld führen, nur im Herzzentrum G. könnten ihre Gesundheitsstörungen erfolgreich behandelt werden. Wie oben ausgeführt, gibt es für diese Behauptung keine nachvollziehbare objektive medizinische Begründung.

In Anbetracht der gleichen Geeignetheit der Einrichtungen Rehabilitationszentrum G. und AOK-Klinik K. sowie der von der Beklagten zu beachtenden Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, die bei dieser Sachlage eine Bevorzugung der eigenen Einrichtung rechtfertigen, kann auch der - immer zutreffende - Aspekt, dass es der Rehabilitation eher förderlich sein wird, wenn der Versicherte in einer Einrichtung seiner Wahl behandelt wird, nicht zu einer günstigeren Entscheidung führen.

Die Berufung der Klägerin ist daher zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-10-17