

L 4 R 1549/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 3 R 517/04
Datum
18.11.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 R 1549/06
Datum
28.08.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 18. November 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Klägerin begehrt, die ihr von der Beklagten bewilligte stationäre Leistung zur Rehabilitation in der H.-Klinik in K.-B. W. durchzuführen.

Die 1960 geborene Klägerin ist nach ihren Angaben seit der Rückkehr von einem Auslandsaufenthalt im Jahr 2001 stundenweise bei verschiedenen Arbeitgebern als Lehrkraft beschäftigt. Ab 16. Oktober 2001 entrichtete sie Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Vom 11. Dezember 2001 bis 8. Januar 2002 befand sie sich in stationärer psychosomatischer Behandlung in der H.-Klinik. Arzt für Psychotherapeutische Medizin und Psychiatrie Dr. K.-v. A. nannte im Entlassungsbericht vom 25. Januar 2002 als Diagnosen emotionale instabile Persönlichkeitsstörung, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode sowie chronisch rezidivierende Migräne und führte weiter aus, die Klägerin habe sich während des stationären Aufenthalts gut erholen können. Aufgrund der ausgeprägten Störung wäre aus ärztlich-therapeutischer Sicht ein längerer Behandlungszeitraum erforderlich. Daher sei es auch dringend erforderlich, dass die Klägerin zu einem späteren Zeitpunkt eine stationäre Psychotherapie über mindestens acht Wochen durchführen könne sowie eine ambulante Psychotherapie fortführe.

Die Klägerin beantragte am 1. November 2002 bei der Beklagten Leistungen zur Rehabilitation. Im Befundbericht vom 13. November 2002 sowie dem ergänzenden Schreiben vom 20. November 2002 nannte Ärztin für Allgemeinmedizin - Psychotherapie - Dr. S. als Diagnosen einen rezidivierenden psychophysischen Erschöpfungszustand, eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig schwere Episode), eine chronisch rezidivierende Migräne, Schlafstörungen sowie eine emotionale instabile Persönlichkeit. Die Klägerin sei im medizinischen Sinne arbeitsunfähig. Wegen der fehlenden sozialen Absicherung sei es der Klägerin nicht möglich, krank zu sein. Es solle die Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der H.-Klinik genehmigt werden, da die Klägerin dort vor einem Jahr sich gut aufgehoben gefühlt habe und sich in einer neuen Klinik erst wieder eingewöhnen müsse. Diesen Antrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 11. Dezember 2002 ab, weil seit Ende der letzten Leistung zur medizinischen Rehabilitation, die die Krankenkasse erbracht und am 8. Januar 2002 geendet habe, noch keine vier Jahre vergangen seien. Die Auswirkungen der Gesundheitsstörungen (Persönlichkeitsstörung und depressive Störung) auf das Leistungsvermögen seien nicht so schwerwiegend, dass eine vorzeitige Leistung zur medizinischen Rehabilitation aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sei. Mit ihrem Widerspruch verwies die Klägerin darauf, dass sie wegen heftiger Migräne und Erschöpfungszuständen aufgrund einer instabilen beruflichen Situation in Behandlung sei. Dr. S. hielt im Schreiben vom 14. Januar 2003 an die Beklagte eine Leistung für dringend erforderlich, weil die Klägerin unter einer fast dauerhaft anhaltenden Migräne leide sowie des Weiteren ein psychophysischer Erschöpfungszustand mit massiven Schlafstörungen bestehe. In dem von der Beklagten veranlassten Gutachten vom 5. September 2003 diagnostizierte Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. eine Dysthymia, eine somatoforme Schmerzstörung sowie den Verdacht auf eine Borderline-Störung und führte weiter aus, das allgemeine Leistungsvermögen der Klägerin sei vor dem Hintergrund ihrer psychischen Erkrankung vermindert. Sie könne keine beruflichen Tätigkeiten vollschichtig (sechs Stunden und mehr) durchführen.

Mit Bescheid vom 16. September 2003 bewilligte die Beklagte der Klägerin medizinische Leistungen zur Rehabilitation für die Dauer von voraussichtlich sechs Wochen in der Ha.-klinik B. Z ... Auch gegen diesen Bescheid erhob die Klägerin Widerspruch, weil die Klinik nicht für

ihr Krankheitsbild geeignet sei. Für das Hauptsyndrom ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die häufigen und heftigen Migräneanfälle, gebe es in dieser Klinik keine angemessenen Behandlungsmöglichkeiten, da sie nicht auf psychosomatische Leiden ausgerichtet sei. In der H.-Klinik gebe es demgegenüber neben der sehr kompetenten psychologischen Betreuung auch ausreichend Möglichkeiten zu Massagebehandlungen, Sauna, Bädern sowie zur gezielten Migräne- und Schmerztherapie und zum Erlernen von Entspannungstechniken wie Thai Chi und Yoga. Die Behandlungsmethoden der H.-Klinik hätten sich bereits als äußerst erfolgreich erwiesen. Die Beklagte bot der Klägerin an, die stationäre Leistungen der Rehabilitation in der R.-klinik B. K., der L.-klinik B. S. oder der Psychosomatischen Klinik in B. N./S. durchzuführen (Schreiben vom 26. September 2003). Auch dies lehnte die Klägerin ab und bestand darauf, die bewilligte Leistung der medizinischen Rehabilitation in der H.-Klinik durchzuführen. Dies lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 17. Oktober 2003 ab, da die H.-Klinik nicht die qualitativen Anforderungen der Rentenversicherungsträger erfülle, die durch die Teilnahme an einem Qualitätssicherungsprogramm eines Sozialversicherungsträgers nachzuweisen seien. Deshalb wäre in der H.-Klinik eine erfolgreiche Durchführung der Leistung nicht gewährleistet. Die Klägerin verblieb bei ihrer Auffassung, weil sie bei gleichem Krankheitsbild in der H.-Klinik bereits erfolgreich behandelt worden sei (Schreiben vom 21. Oktober 2003). Die Widerspruchsstelle der Beklagten wies den Widerspruch der Klägerin zurück (Widerspruchsbescheid vom 23. Januar 2004). Eine Umstellung der bewilligten Leistung zur medizinischen Rehabilitation auf die H.-Klinik könne nicht erfolgen, da diese Klinik nicht den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entspreche.

Die Klägerin erhob am 24. Februar 2004 Klage beim Sozialgericht Mannheim (SG). Der Gutachter, auf dessen Entscheidung die Beklagte sich stütze, habe sich bei nur selektiv neurologischen und psychologischen Untersuchungen kein umfassendes Bild über ihren Gesundheitszustand gemacht. Auch berücksichtige die Beklagte nicht, dass ihr (der Klägerin) bereits vorhandenes Vertrauen gegenüber der H.-Klinik einen Aufenthalt effektiver gestalte und die Eingewöhnungszeit verkürze. Bei dem Aufenthalt in der H.-Klinik im Jahr 2001 habe eine rasche Verbesserung des psychischen Erschöpfungszustandes und eine psychische Stabilisierung erreicht werden können. Eine sechs Wochen dauernde Rehabilitation sei ihr nicht möglich. Sie könne maximal eine drei Wochen dauernde Maßnahme durchführen, da sie ansonsten keine Bezahlung erhalte und damit nicht sozial abgesichert sei.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Die Belegung der H.-Klinik sei aus wirtschaftlichen, sozialmedizinischen und nervenärztlichen Gründen nicht möglich. Das Angebot der vierwöchigen Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der Ha.-klinik B. Z. werde aufrechterhalten.

Mit Urteil vom 18. November 2005 wies das SG die Klage ab. Der Wunsch der Klägerin, die Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der H.-Klinik durchzuführen, sei nicht berechtigt, weil die Beklagte mit dieser Klinik keinen Vertrag nach [§ 21 Abs. 1](#) des Neunten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) über die Ausführung von Leistungen geschlossen habe. Darüber hinaus habe die Beklagte zu Recht die Ablehnung damit begründet, dass die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit in Anbetracht des bei der H.-Klinik geltenden Tagessatzes einer Bewilligung der Maßnahme entgegenstehe. Die von der Klägerin dagegen gehaltene Berechnung sei nicht geeignet, dies zu widerlegen. Denn die Dauer der Maßnahme wirke sich zwar auf die Höhe der Kosten aus, richte sich aber allein nach dem medizinisch Notwendigen.

Gegen das ihr am 18. Februar 2006 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 9. März 2006 Berufung eingelegt. Sie hat ihr bisheriges Vorbringen wiederholt. Die H.-Klinik sei von ihrer Ärztin nach medizinischen Kriterien ausgewählt worden. Die H.-Klinik verfüge über genauso qualifiziertes Fachpersonal wie andere Kliniken. Die medizinische Qualität der H.-Klinik sei durch ihre Genesung beim letzten Aufenthalt erwiesen. Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation sei notwendig wegen der jahrelangen Ausbeutung in als billige Honorarjobs deklarierten umfangreichen Arbeitnehmertätigkeiten sowie der weit untertariflichen Bezahlung für pädagogisch anspruchsvolle qualifizierte Tätigkeiten. Ihr Gesundheitszustand verschlechtere sich.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 18. November 2005 aufzuheben, die Bescheide der Beklagten vom 16. September und 17. Oktober 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. Januar 2004 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihr eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der H.-Klinik K.-B. W. für die Dauer von drei Wochen zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Sie hat den weiteren Befundbericht der Dr. S. vom 23. Dezember 2007 vorgelegt, in welchem die Ärztin wegen des möglichst großen Therapieerfolgs eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der H.-Klinik für notwendig ansieht. Die Beklagte hält weiterhin die H.-Klinik nicht für indikationsgerecht. Auch bestehe mit der H.-Klinik kein Belegungsvertrag. Nach ihren Recherchen lägen deutliche quantitative Defizite im Personalstellenplan der H.-Klinik vor und die in der H.-Klinik angewandten Behandlungsmethoden stünden teilweise der Schulmedizin entgegen (z.B. Ayurveda). Die R.-klinik und die L.-klinik seien eigene Einrichtungen von ihr mit täglichen Kostensätzen von EUR 134,88 bzw. EUR 123,76. Die H.-Klinik gebe einen Kostensatz für Psychosomatikpatienten der Rentenversicherung von EUR 117,65 täglich bei durchschnittlich angenommenen nur 35 Behandlungstagen an. Sie (die Beklagte) unterscheide jedoch in der Verweildauer zwischen Maßnahmen von vier und sechs Wochen.

Die Beklagte hat einen weiteren von der Klägerin am 13. Februar 2008 gestellten Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation am 29. Februar 2008 abgelehnt. Über den von der Klägerin hiergegen eingelegten Widerspruch ist bislang nicht entschieden.

Auf Anfrage des Senats hat die H.-Klinik angegeben (Schreiben vom 30. Juni 2008), sie habe keinen Belegungsvertrag mit der Beklagten. In ihrer Abteilung für Psychosomatik könnten schwere Persönlichkeitsstörungen behandelt werden. Sie hat das Schreiben des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen und des Arbeiter-Ersatzkassenverbandes vom 5. März 2008 mit dem Angebot von Vergütungssätzen gemäß [§ 111](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) für die Mitgliedskassen dieser Verbände ab dem 1. Februar 2008 (u.a. EUR 141,84 für Psychosomatik) sowie ihr Schreiben vom 29. November 2007 an die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, wonach für Patienten der Deutschen Rentenversicherung EUR 117,65 pro Pfl egetag im Bereich Psychosomatik berechnet würden, vorgelegt.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des SG sowie die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

II.

Da der Senat die Berufung der Klägerin einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung für nicht erforderlich hält, entscheidet er gemäß [§ 153 Abs. 4](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) durch Beschluss. Der Rechtsstreit weist nach Einschätzung des Senats keine besonderen Schwierigkeiten in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht auf, die mit den Beteiligten in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Zu der beabsichtigten Verfahrensweise hat der Senat die Beteiligten angehört.

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Bescheide der Beklagten vom 16. September und 17. Oktober 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. Januar 2004 sind rechtmäßig. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, die bewilligte stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der H.-Klinik durchzuführen.

Nach [§ 9 Abs. 1](#) des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB VI) erbringt die Rentenversicherung u.a. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, um 1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und 2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern. Die Leistungen können erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind ([§ 9 Abs. 2 SGB VI](#)). Dass die persönlichen ([§ 10 SGB VI](#)) und die versicherungsrechtlichen ([§ 11 SGB VI](#)) Voraussetzungen erfüllt sind sowie keiner der Ausschlussgründe des [§ 12 SGB VI](#) gegeben ist, ergibt sich für den Senat bereits daraus, dass die Beklagte der Klägerin dem Grunde nach eine medizinische Leistung zur Rehabilitation mit dem Bescheid vom 16. September 2003 bewilligte.

Der Träger der Rentenversicherung bestimmt nach [§ 13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Diese Regelung trifft mithin grundsätzliche Festlegungen zum Bestimmungsrecht des gesetzlichen Rentenversicherungsträgers über das "Wie" der Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation. Berechtigten Wünschen der Versicherten ist aber bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zu entsprechen ([§ 9 Abs. 1 SGB IX](#) in Verbindung mit [§ 33](#) des Ersten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB I)).

Das Bestimmungsrecht des gesetzlichen Rentenversicherungsträgers über das "Wie" der Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation umfasst auch die Auswahl der Einrichtung, in der die Leistungen erbracht werden sollen. Es steht nicht dem Versicherten zu, die Rehabilitationseinrichtung zu bestimmen (BSG, Urteil vom 15. November 1983 - [1 RA 33/83](#) - = [SozR 2200 § 1236 Nr. 43](#)). Nach [§ 15 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) werden die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal entweder von dem Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden oder mit denen ein Vertrag nach [§ 21 SGB IX](#) besteht. Aus dieser Bestimmung folgt, dass außerhalb solcher Einrichtungen eine Rehabilitation nicht in Betracht kommt und damit ein Wunsch eines Versicherten im Sinne des [§ 9 SGB IX](#) nicht berechtigt ist, wenn er Leistungen in einer Einrichtung erhalten möchte, die nicht vom Rehabilitationsträger betrieben wird und mit welcher dieser keinen Vertrag geschlossen hat. Dies ist hier der Fall. Denn zwischen der Beklagten und der H.-Klinik besteht keine vertragliche Vereinbarung über die Belegung. Dies ergibt aus dem Vorbringen der Beklagten, das durch die vom Senat eingeholte Auskunft der H.-Klinik vom 30. Juni 2008 bestätigt wird.

Der Durchführung der bewilligten stationären Leistung zur Rehabilitation steht weiter entgegen, dass zwischen der Beklagten und der H.-Klinik keine Qualitätssicherungsvereinbarungen ([§ 20 SGB IX](#)) bestehen. Nach [§ 21 Abs. 3 Satz 2 SGB IX](#) sind stationäre Rehabilitationseinrichtungen nur dann als geeignet anzusehen, wenn sie nach [§ 20 Abs. 2 Satz 2 SGB IX](#) zertifiziert sind.

Selbst wenn die H.-Klinik als eine geeignete Rehabilitationseinrichtung anzusehen wäre, wäre die Entscheidung der Beklagten, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht in dieser Klinik durchzuführen, ermessensfehlerfrei. Stehen mehrere geeignete Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung, kann der Rentenversicherungsträger bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit diejenige bevorzugen, mit der er eine Vereinbarung geschlossen hat oder die er als eigene Einrichtung betreibt. Die von der Beklagten ausgewählte Ha.-klinik verfügt über eine Belegungsvertrag. Bei der R.-klinik und der L.-klinik, die die Beklagte zur Durchführung der bewilligten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Klägerin ersatzweise angeboten hat (Schreiben vom 26. September 2003), handelt es sich um eigene Einrichtungen der Beklagten.

Dass die von der Beklagten genannten Rehabilitationseinrichtungen für die Behandlung der bei der Klägerin bestehenden Gesundheitsstörungen nicht geeignet sind, vermag der Senat nicht zu erkennen. Die Klägerin hat insoweit auch nichts dargelegt. Sie hat sich vielmehr allein auf die ihrer Auffassung nach positiven Auswirkungen ihres früheren Aufenthalts in der H.-Klinik vom 11. Dezember 2001 bis 8. Januar 2002 berufen.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-09-12