

L 8 KR 334/10

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Frankfurt (HES)

Aktenzeichen

S 18 KR 540/08

Datum

20.10.2010

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 8 KR 334/10

Datum

11.08.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 1 KR 53/12 R

Datum

07.05.2013

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 20. Oktober 2010 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Erstattung der Kosten einer selbstbeschafften stationären medizinischen Reha-Maßnahme streitig.

Die Klägerin, geboren im Jahr 1942, ist bei der Beklagten krankenversichert. Am 26. Mai 2008 beantragte sie bei der Beklagten die Durchführung einer stationären medizinischen Reha-Maßnahme aufgrund von Herzbeschwerden und neurologischer Erkrankungen. Dabei teilte sie den Wunsch mit, die Maßnahme entweder in den Kliniken Schmieder Konstanz oder der Fachklinik Medical Park Sankt Hubertus in Bad Wiessee durchzuführen.

Nach Beurteilung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Hessen (MDK) bewilligte die Beklagte mit Bescheid vom 2. Juni 2008 der Klägerin eine stationäre medizinische Reha-Maßnahme für ca. drei Wochen in dem Klinikzentrum Mühlengrund in Bad Wildungen.

Gegen die Auswahl der Einrichtung erhob die Klägerin über ihren Ehemann Widerspruch. Mit Schreiben vom 20. Juni 2008 forderte die Beklagte eine medizinische Begründung für die Ablehnung der ausgewählten Reha-Einrichtung.

Der Ehemann der Klägerin führte dazu aus, die Kliniken Schmieder Konstanz seien ihnen durch behandelnde Ärzte empfohlen worden. Auch seien sie aufgrund von Erfahrungsberichten aus dem Bekanntenkreis sowie der Lizenzierungen der Kliniken der Auffassung, dass diese zur Durchführung der bewilligten Maßnahme am besten geeignet seien.

Mit Schreiben vom 3. Juli 2008 wies die Beklagte darauf hin, die Einrichtung Medical Park Sankt Hubertus in Bad Wiessee sei nur für neurologische Diagnostik zugelassen und aus wirtschaftlichen Gründen kämen die Kliniken Schmieder Konstanz nicht in Betracht, da eine hochwertige medizinische und persönliche Betreuung in der Klinik Mühlengrund sichergestellt sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 4. August 2008 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin als unbegründet zurück.

In der Zeit vom 11. Juli 2008 bis zum 15. August 2008 führte die Klägerin eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme in den Kliniken Schmieder Konstanz durch. Ihr wurden von der Rehabilitationseinrichtung für diese Maßnahme Kosten in Höhe von 5.789,00 EUR in Rechnung gestellt.

Am 5. September 2008 hat die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main gegen die Beklagte auf Erstattung der Kosten unter Abzug von Zuzahlungen, zuzüglich 4 % Zinsen ab Rechtshängigkeit erhoben.

Zur Begründung hat die Klägerin vorgetragen, in den Kliniken Schmieder Konstanz seien Reha-Maßnahmen der Phase C durchgeführt worden. Eine solche könne in der von der Beklagten ausgesuchten Reha-Einrichtung nicht erbracht werden. Unter Bezug auf vorgelegte

Kopien in aus dem Handbuch der Vorsorge- und Rehabilitations-Einrichtungen - ambulant und stationär - in der Bundesrepublik Deutschland hat die Klägerin vorgetragen, das Klinikzentrum Mühlengrund in Bad Wildungen biete lediglich Reha-Maßnahmen der Phase D an zu einem Pauschalpreis in Höhe von 2.656,67 EUR. Dies entspreche einem Tagessatz von 126,51 EUR. Als Selbstzahlerin sei ihr von den Schmieder Kliniken Konstanz ein Tagessatz in Höhe von 165,00 EUR in Rechnung gestellt worden. Es könne somit nicht angenommen werden, dass die Kosten einer Reha-Maßnahme in dem Klinikzentrum Mühlengrund niedriger gewesen wären als die entstandenen Kosten in den Kliniken Schmieder Konstanz. Der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch beruhe darauf, dass ihr Wunsch- und Wahlrecht einem Leistungsberechtigten ausschlaggebende Bedeutung bei der Auswahl der Einrichtung zur Durchführung der bewegten stationären Reha-Maßnahmen zukomme. Ihrer Wahl könne finanzielle Gesichtspunkte nicht entgegengehalten werden, da anderenfalls das Wahlrecht leerlaufen würde. Ihr Recht auf freie Arztwahl sei zu berücksichtigen. Zudem sei sie der Überzeugung gewesen, die Kliniken Schmieder seien am besten geeignet, um ihre Gesundheit wiederherzustellen. Auch das Bestreben des Gesetzgebers, einen leistungsorientierten Wettbewerb zu ermöglichen, stehe dem finanziellen Argument der Beklagten entgegen. Darüber hinaus obliege es der Beklagten vorzutragen, aus welchen sachlichen Einwendungen sie eine Reha-Maßnahme in den Kliniken Schmieder Konstanz abgelehnt habe. Da die Beklagte mit dieser eine Vergütungsvereinbarung nach [§ 111 Abs. 5 SGB V](#) geschlossen habe, dürfe die Beklagte keine wirtschaftlichen Gründe ihrem Wunsch, dort die bewilligte stationäre Reha-Maßnahme durchzuführen, entgegengehalten. Denn mit Abschluss eines Versorgungsvertrages sei die bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten in den Schmieder Kliniken Konstanz von der Beklagten befürwortet worden. Im Übrigen hat die Klägerin die Auffassung vertreten, auch eine Begrenzung der Kostenerstattungspflicht der Beklagten auf die sogenannten "Sowieso-Kosten" bestehe nicht, da dies eine verkappte Eigenbeteiligung des Versicherten darstelle, die im Falle einer zertifizierten Reha-Einrichtung mit Versorgungsvertrag nicht vorgesehen sei.

Dem hat die Beklagte entgegengesetzt, nach der vorgelegten Rechnung der Kliniken Schmieder Konstanz vom 21. August 2008 seien der Klägerin Kosten einer Reha-Maßnahme der Phase D in Rechnung gestellt worden. Sie habe mit dem Klinikzentrum Mühlengrund vertraglich eine Fallpauschale für Reha-Maßnahmen der Phase D mit einer Aufenthaltsdauer von 19 bis 29 Tage vereinbart. Daraus ergeben sich Mehrkosten bei einer Aufenthaltsdauer der Klägerin von 35 Tagen in Höhe von 2.346,60 EUR. Nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot sei dies nicht zu vertreten, zumal eine adäquate Behandlung der Klägerin im Klinikzentrum Mühlengrund sichergestellt gewesen sei. Im Übrigen besitze auch diese Reha-Einrichtung die Zulassung zur Durchführung von neurologischen Reha-Maßnahmen der Phase C. Weiter hat die Beklagte die Auffassung vertreten, das Auswahlermessen der Krankenversicherung entfalle nur, wenn die von dem Versicherten gewünschte Einrichtung auch nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu rechtfertigen sei.

Das Sozialgericht hat nach Anhörung der Beteiligten mit Gerichtsbeschluss vom 20. Oktober 2010 die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Klägerin habe gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung gem. [§ 13 Abs. 3 S. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) i.V.m. [§ 15](#) Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) der ihr entstandenen Kosten für die Durchführung einer stationären Reha-Maßnahme in den Kliniken Schmieder Konstanz vom 11. Juli bis zum 13. August 2008 in Höhe von 5.789,00 EUR. Auch besitze die Klägerin keinen Anspruch auf Erstattung der sogenannten "Sowieso-Kosten". Ein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin gem. [§ 13 Abs. 3 S. 2](#) 1. Alternative SGB V entfalle, da die Beklagte mit Bescheid vom 2. Juni 2008 eine stationäre Reha-Maßnahme im Klinikzentrum Mühlengrund die erforderliche Maßnahme bewilligt habe. Die Beklagte habe die Reha-Leistung auch rechtzeitig ([§ 15 S. 4](#) 1. Alternative SGB IX) erbracht, da sie zeitnah nach Antragstellung die Reha-Einrichtung bestimmt habe. Auch habe die Beklagte die von der Klägerin gewünschte Reha-Einrichtung gemäß [§ 13 Abs. 3 S. 2](#) 2. Alternative SGB V i.V.m. [§ 15 S. 4 SGB IX](#) nicht zu Unrecht abgelehnt. Das Sozialgericht hat sich der Auffassung des Bundessozialgerichts (Beschluss vom 21. Februar 2008, Az. [B 1 KR 107/07](#)) angeschlossen, wonach der Anspruch die Rechte des Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Krankenbehandlung durch die Regelungen des Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) keine Erweiterung fänden. Dem folgend verbleibe es bei der Regelung des [§ 40 Abs. 3 SGB V](#), dass die Beklagte nach pflichtgemäßem Ermessen die Reha-Einrichtung bestimme. Zudem sei die GKV, soweit sie Träger von medizinischen Reha-Leistungen sei, zur Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach [§ 2 Abs. 1](#), 4 und [§ 12 SGB V](#) verpflichtet. Dem folgend sei das Wunschrecht des Versicherten nach [§ 9 SGB IX](#) dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach [§ 12 SGB V](#) unterworfen. Auch hat sich das Sozialgericht der Rechtsauffassung des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (Urteil vom 14.5.2009, Az. L 5 KR 155/08) angeschlossen. Danach bestehe gemäß [§ 40 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der stationären Reha-Leistung im pflichtgemäßen Ermessen der Krankenkassen. Dies umfasse auch die Auswahl der Reha-Einrichtung. Allein der Krankenversicherungsträger habe gemäß [§ 40 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) ein Auswahlermessen über alle geeigneten Reha-Einrichtungen. Nach den Gesetzesmaterialien sei nicht erkennbar, dass der Gesetzgeber demgegenüber dem Versicherten ein uneingeschränktes Wahlrecht habe gewähren wollen. Die Entscheidung der Krankenkasse könne als Ermessensentscheidung gerichtlich nur auf Ermessensfehler und -fehlgebrauch überprüft werden. Maßstab dieser Überprüfung seien nach [§ 40 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) die medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls. Darüber hinaus habe die Krankenkasse gemäß [§ 19 Abs. 2 S. 2 SGB IX](#) i.V.m. [§ 35 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 SGB IX](#) Wirtschaftlichkeit und Kostengesichtspunkte zu berücksichtigen, d. h. Leistungen nach dem SGB IX seien nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, insbesondere zu angemessenen Vergütungssätzen, auszuführen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach [§ 2 Abs. 4](#), [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) habe zur Folge, dass bei der Auswahl zwischen in gleicher Weise geeigneter Einrichtungen grundsätzlich die Einrichtung zur Durchführung der Maßnahme zu beauftragen sei, die die Leistung zu dem geringsten Vergütungssatz anbiete. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze habe die Beklagte das ihr zustehende Ermessen nicht fehlerhaft ausgeübt. Sowohl die Kliniken Schmieder als auch das Klinikzentrum Mühlengrund seien nach den vorliegenden Unterlagen gleich geeignet zur Durchführung einer stationären Reha-Maßnahme der Klägerin gewesen. Auch habe die Klägerin keine medizinischen Gründe vorgetragen, aus denen sich etwas anderes ergebe. Da die Durchführung der Maßnahme in den Kliniken Schmieder kostenaufwändiger als in der von der Beklagten ausgewählten Einrichtung gewesen sei, habe die Beklagte den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit ([§ 2 Abs. 4](#), [§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) im Rahmen ihrer Ermessensausübung Rechnung getragen. Entgegen der Auffassung der Klägerin könne aus der Regelung des [§ 40 Abs. 2 S. 2 SGB V](#) keine andere Entscheidung begründet werden. Diese Vorschrift sei bereits in ihrem Wortlaut nicht einschlägig. Die Regelung betreffe lediglich Reha-Einrichtungen, die zwar zertifiziert seien, aber keinen Versorgungsvertrag abgeschlossen hätten. Die Kliniken Schmieder Konstanz seien jedoch Vertragspartner eines Versorgungsvertrages mit der Beklagten. Für eine analoge Anwendung des [§ 40 Abs. 2 S. 2 SGB V](#) fehle es an einer planwidrigen Lücke des Gesetzes. Auch komme eine Erstattung der so genannten "Sowieso-Kosten" nicht in Betracht. Dafür ließen die Regelungen des [§ 13 Abs. 3 S. 2 SGB V](#) i.V.m. [§ 15 Abs. 1 S. 4 SGB IX](#) keinen Raum. Eine teilweise Erstattung scheitere auch daran, dass die Krankenkasse eine künftige Pauschale nur dann vereinbaren könne, wenn sie gegenüber der Reha-Einrichtung eine bestimmte Auslastung sicherstellen könne. Diese Sicherstellung entfalle, wenn die Krankenkasse bei einer anderen Wahl des Versicherten anteilige Kosten der gewünschten und durchgeführten Reha Maßnahme erstatten müsse.

Gegen den am 22. Oktober 2010 zu gestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 2. November 2010 Berufung eingelegt.

Die Klägerin wiederholt und vertieft im Berufungsverfahren ihren bisherigen Vortrag. Im Übrigen ist sie der Auffassung, es liege ein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz des [§ 3 Abs. 1](#) Grundgesetz gegenüber den Personen vor, die nach der Regelung des [§ 40 Abs. 2 S. 2 SGB V](#) einen gesetzlichen Kostenerstattungsanspruch auf die sogenannten "Sowieso-Kosten" haben. Zum Thema der "Sowieso-Kosten" verweist die Klägerin auf die in der Literatur vertretene Auffassung (Fuhrmann/Heine in SGB 2009, 516 ff. und Welti in Becker/Kengreen, SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung). Darüber hinaus beantragt der Prozessbevollmächtigte der Klägerin (im Termin zur mündlichen Verhandlung am 11. August 2011), folgende Personen unter Angabe der ladungsfähigen Anschriften als Zeugen zu vernehmen: 1. Herr Dr. E., Frau Dr. F. und 3. die Neurologin Frau Dr. G. mit dem Beweisthema, dass die Behandlungen in den Kliniken Schmieder in Konstanz aus medizinischen Gründen für die hier in Streit stehende Rehabilitationsmaßnahme der Klägerin geeigneter ist als die von der Beklagten angebotene Rehabilitationsmaßnahme in den Kliniken Mühlengrund in Bad Wildungen. "

Die Klägerin beantragt,
den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 20. Oktober 2010 und den Bescheid der Beklagten vom 2. Juni 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. August 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die Kosten der stationären Reha-Maßnahme in der Zeit vom 11. Juli 2008 bis zum 15. August 2008 in den Kliniken Schmieder in Konstanz in Höhe von 5.789,00 EUR abzüglich der von ihr nach den gesetzlichen Vorschriften zu leistenden Zuzahlungen zu erstatten, nebst 4 % Zinsen seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte vertritt die Auffassung, das Sozialgericht habe mit dem angefochtenen Gerichtsbescheid eine zutreffende Entscheidung getroffen.

Der Senat hat den Rechtsstreit gemäß Beschluss vom 12. Mai 2011 nach [§ 153 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) auf die mit Verfügung des Vorsitzenden des 8. Senats des Hessischen Landessozialgerichts vom 5. Mai 2011 bestimmte Berichterstatterin übertragen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten ergänzend Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte über die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 20. Oktober 2010 auf der Grundlage des Beschlusses vom 12. Mai 2011 gemäß [§ 153 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) abweichend von [§ 33 Satz 1 SGG](#) auf die mündliche Verhandlung vom 11. August 2011 in der Besetzung der Berichterstatterin als Vorsitzende und zwei ehrenamtlichen Richter entscheiden.

Die Berufung ist zulässig, konnte in der Sache jedoch keinen Erfolg haben. Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 20. Oktober 2010 ist nicht zu beanstanden. Der Bescheid der Beklagten vom 2. Juni 2008 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 4. August 2008 ist nicht rechtswidrig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin besaß gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Durchführung der bewilligten stationären Reha-Maßnahme in den von ihr gewünschten Schmieder Kliniken in Konstanz und nach Durchführung der Reha-Maßnahme dort (vom 11. Juli 2008 bis zum 15. August 2008) besitzt sie keinen Anspruch auf Erstattung der ihr dafür in Rechnung gestellten Kosten.

Wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat, kommt als Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch allein [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 15 S. 4 SGB IX](#) in Betracht. Das Sozialgericht ist zutreffend zu dem Ergebnis gekommen, dass keiner der enthaltenen Alternativen erfüllt sind. Konnte danach die GKV als Reha-Leistungsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen ([§ 13 Abs. 3 S. 1](#) 1. Alt. SGB V, [§ 15 SGB IX](#)) oder hat er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt ([§ 13 Abs. 3 S. 1](#) 2. Alt. SGB V, [§ 15 SGB IX](#)), so ist sie unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der entstandenen Aufwendungen verpflichtet.

Die Klägerin kann ihren geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch nicht auf [§ 13 Abs. 3 S. 2](#) 1. Alternative SGB V stützen. Der Senat ist ebenso wie das Sozialgericht zu dem Ergebnis gekommen, dass keine Anhaltspunkte vorliegen, die darauf schließen lassen, dass die Beklagte eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig erbracht habe. Denn die Beklagte bewilligte der Klägerin mit Bescheid vom 2. Juni 2008 zeitnah auf ihren Antrag 28. Mai 2008 eine stationäre medizinische Reha-Maßnahme in dem Klinikzentrum Mühlengrund in Bad Wildungen.

Auch kann die Klägerin den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch nicht auf [§ 13 Abs. 3 S. 2](#) Alternative SGB V stützen. Denn die Beklagte hat die Übernahme der Kosten einer stationären Reha-Maßnahme in den Kliniken Schmieder Konstanz abgelehnt. Da zwischen den Beteiligten die medizinische Notwendigkeit der stationären Reha-Maßnahmen außer Streit steht, war die Entscheidung der Beklagten lediglich auf der Grundlage des [§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) im Hinblick auf die enthaltene Ermessensentscheidung nach [§ 39](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) i.V.m. [§ 54 Abs. 2 S. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zu überprüfen. Bei dieser Prüfung ist es dem Gericht verwehrt, das eigene Ermessen an die Stelle des Ermessens der Krankenkasse zu setzen, das Gericht kann lediglich die Ermessensentscheidung nach Ermessensnichtgebrauch, Ermessensunterschreitung, Ermessensüberschreitung oder Ermessensfehlgebrauch (Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG - Sozialgerichtsgesetz, 9. Aufl., § 54 Rdnr. 27, 28) überprüfen. Es findet somit lediglich eine gerichtliche Rechtskontrolle, aber keine Kontrolle der Zweckmäßigkeit statt. Der somit geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch hätte somit nicht nur die Feststellung einer fehlerhaften Ermessensentscheidung, sondern auch eine Ermessensreduzierung auf Null vorausgesetzt, d.h. dass ermessensfehlerfrei die Beklagte ausschließlich eine stationäre medizinische Reha-Maßnahme in den Kliniken Schmieder Konstanz hätte bewilligen können.

Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit einer Ermessensentscheidung - wie die vorliegend streitige Auswahl der Reha-Einrichtung zur Führung einer stationären Reha-Maßnahme - im Rahmen einer kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ist der Zeitpunkt des Erlasses des Widerspruchsbescheides (Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG - Sozialgerichtsgesetz, 9. Aufl., § 54

RdNr. 34).

Die Klägerin kann der Auswahlentscheidung der Beklagten nicht entgegenhalten, die Beklagte habe im Rahmen ihrer Ermessensentscheidung erkannt, dass die Kliniken Schmieder Konstanz aus medizinischer Sicht besser geeignet gewesen wären. Zum einen hat die Klägerin trotz der Aufforderung der Beklagten medizinische Gründe vorzutragen, die gegen eine stationäre Reha-Maßnahme im Klinikzentrum Mühlengrund in Bad Wildungen sprechen, nicht reagiert. Auch musste sich der Senat nicht gedrängt fühlen, entsprechend ihrem Beweisantrag im Termin zur mündlichen Verhandlung am 11. August 2011, die benannten behandelnden Ärzte als Zeugen bzw. sachverständige Zeugen zu vernehmen. Denn der im Termin zur mündlichen Verhandlung am 11. August 2011 gestellte Beweisantrag entspricht nicht den Anforderungen, die an einen Antrag auf Vernehmung eines Zeugen oder sachverständigen Zeugen im vorliegenden Fall zu stellen sind. Die Frage, ob die von der Klägerin gewünschten Kliniken Schmieder Konstanz besser geeignet seien, müsste sich aus medizinischen Gesichtspunkten ergeben, die im Beweisantrag im Einzelnen benannt werden müssten. Der Beweisantrag der Klägerin im Termin zur mündlichen Verhandlung am 11. August 2011 ist demgegenüber zu allgemein formuliert, um die benannten Personen als Zeugen bzw. sachverständigen Zeugen nach ihrer Wahrnehmung befragen zu können.

Nach den vorliegenden Unterlagen ist ein Ermessensnichtgebrauch auszuschließen, auch wenn die Beklagte entgegen dem Wunsch der Klägerin eine andere Reha-Einrichtung ausgewählt und bewilligt hat. Denn die Beklagte war sich bewusst, dass sie ein Auswahlmessen im Hinblick auf die zur Verfügung stehenden stationären medizinischen Reha-Einrichtungen besitzt.

Auch eine Ermessensunterschreitung (Ermessen zu sehr eingeschränkt), Ermessensunterschreitung (Ermessen nicht im Rahmen der Ermächtigung ausgeübt) oder Ermessensfehlgebrauch (Ermessen nicht im Sinne des Gesetzes gebraucht) ist nicht der Beklagten vorzuwerfen. Maßstab für die Ausübung des Ermessens ist [§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) und damit die medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls. Diesem hat die Beklagte mit den angefochtenen Entscheidungen Rechnung getragen, indem sie eine stationäre Reha-Maßnahme im Klinikzentrum Mühlengraben in Bad Wildungen nach dem Krankheitsbild und den dortigen Therapiemöglichkeiten ausgewählt hat. Die Beklagte war sich bewusst, dass bei einer medizinisch begründbaren Notwendigkeit eine andere stationäre medizinische Reha-Einrichtung auszuwählen wäre. Darüber hinaus hat die Beklagte im Rahmen ihrer Ermessensentscheidung [§ 19 Abs. 4 S. 2 SGB IX](#) i.V.m. [§ 35 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 SGB IX](#) beachtet. Danach sind die Leistungen von Reha-Einrichtungen nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, insbesondere zu angemessenen Vergütungssätzen, auszuführen. Darüber hinaus hat die Beklagte als GKV das Wirtschaftlichkeitsgebot nach [§ 2 Abs. 4, § 12 Abs. 1 SGB V](#) mit der Folge zu beachten, dass bei der Auswahl der gleich geeigneten Leistungserbringer derjenige mit der Durchführung der Maßnahme beauftragt ist, der die Leistung mit den geringsten Vergütungssätzen anbietet (Bundessozialgericht, Urteil vom 23. Juli 2002, Az.: [B 3 KR 63/01 R](#), veröff. in Juris). Es ist somit entgegen der Auffassung der Klägerin nicht zu beanstanden, dass die Beklagte - entgegen ihrem Wunsch - nicht den teuren Anbieter Kliniken Schmieder zur Durchführung der stationären Reha-Maßnahme ausgewählt hat. Auch hat die Klägerin - trotz Aufforderung der Beklagten - keine medizinischen Gesichtspunkte vorgetragen, die darauf schließen lassen, dass ausschließlich dort die Ziele ihrer medizinischen stationären Reha-Maßnahme erreicht werden können. Somit war die Beklagte nicht gehalten, dem Wunsch der Klägerin gemäß [§ 9 Abs. 1 SGB IX](#) Rechnung zu tragen.

Auch kann die Klägerin der Entscheidung der Beklagten nicht entgegenhalten, ihr Wunsch sei für die Auswahl der Reha-Einrichtung allein ausschlaggebend. Wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat, steht dieser Auffassung der Wortlaut des [§ 40 Abs. 3 SGB V](#) entgegen. Die nach [§ 76 SGB V](#) für den Bereich der ambulanten Versorgung bestehende freie Arztwahl ist nach dem ausdrücklichen Wortlaut des [§ 40 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) für den Bereich der medizinischen Reha-Maßnahme ausdrücklich ausgeschlossen. Aus diesem Grund konnte auch der Hinweis der Klägerin auf die in der Literatur vertretene anders lautende Meinung den Senat nicht überzeugen.

Dies gilt auch für den Hinweis der Klägerin auf die Regelung des [§ 40 Abs. 2 S. 2 SGB V](#). Zwar kann der Versicherte zur Durchführung seiner Reha-Maßnahme eine Reha-Einrichtung wählen, die nicht Vertragspartner der GKV ist, jedoch gemäß [§ 20 Abs. 2a SGB IX](#) zertifiziert wurde. Insoweit besitzt der Versicherte gegenüber seiner Krankenkasse als Reha-Träger Anspruch auf Sachleistung, jedoch hat der Versicherte nach dieser gesetzlichen Regelung Mehrkosten selbst zu tragen. Diese gesetzliche Norm ist als Ausnahmeregelung eng auszulegen und kann nicht aussernd auf andere Fälle übertragen werden. Diese gesetzliche Regelung ist nach ihrem Wortlaut vorliegend nicht einschlägig. Zum anderen haben die Beklagte und die von der Klägerin in Anspruch genommene Reha-Einrichtung einen Versorgungsvertrag abgeschlossen. Und zum einen macht die Klägerin vorliegend keinen Sachleistungsanspruch gegen die Beklagte geltend, sondern einen Kostenerstattungsanspruch für eine selbstbeschaffte Leistung. Da der Gesetzgeber mit unveränderter Beibehaltung der Regelung des [§ 40 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) zum Ausdruck gebracht hat, dass dem Versicherten trotz Einfügung des § 40 Abs. 2 S. 2 ein Wahlrecht unter den Vertragseinrichtungen nicht zusteht, welches das Auswahlmessen der GKV nach [§ 40 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) einschränkt (so auch Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 14. Mai 2009, Az. [L 5 KR 155/09](#)), kann entgegen der Auffassung des Prozessbevollmächtigten der Klägerin diese Regelung den vorliegend geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch nicht begründen.

Der Senat konnte insoweit eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes nach [Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz](#) nicht erkennen. Zum einen macht die Klägerin nicht einen Sachleistungsanspruch, sondern einen Kostenerstattungsanspruch geltend. Zudem stellt nach Überzeugung des Senats der Abschluss eines Versorgungsvertrages zwischen der GKV und einer Reha-Einrichtung bzw. der Nichtabschluss eines solchen Vertrages einen begründenden Umstand dar, der eine unterschiedliche Behandlung der Versicherten der GKV durch den Gesetzgeber rechtfertigt.

Im Hinblick auf die fehlende Erstattungsmöglichkeit der teilweisen Kosten der Klägerin im Sinne der Erstattung der "Sowieso-Kosten" verweist der Senat auf die Entscheidungsgründe in dem angefochtenen Gerichtsbescheid gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#). Auch insoweit konnten die Hinweise des Prozessbevollmächtigten der Klägerin auf Meinungen in der Literatur nicht überzeugen.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2013-11-11