

L 4 KR 999/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 3 KR 2666/05
Datum
01.02.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 999/07
Datum
12.12.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 01. Februar 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger erhebt Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine Rehabilitationsmaßnahme vom 06. bis 27. April 2005.

Der am 1944 geborene Kläger, seit 1991 als Heilpraktiker tätig und seit 2002 verwitwet, bezieht seit Oktober 2004 Rente wegen voller Erwerbsminderung. Er ist versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten in der Krankenversicherung der Rentner. Es besteht eine koronare Ein-Gefäßerkrankung mit eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit. Seit Januar 2001 befindet sich der Kläger in der kardiologischen Betreuung der Abteilung Innere Medizin III der Medizinischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums T. (Oberarzt Prof. Dr. H.). In der Folgezeit entwickelte sich eine eingeschränkte linksventrikuläre Funktion mit Herzinsuffizienz und Bluthochdruck (Herzkatheterbefund vom 09. Oktober 2003 und Bescheinigung Prof. Dr. H. vom 12. November 2003). Weitere Vorstellungen in der Klinik erfolgten am 07. Juli 2004 und 01. Februar 2005.

Ausgangspunkt des Verfahrens ist die Verordnung von medizinischer Rehabilitation der Fachärztin für Allgemeinmedizin/Naturheilverfahren Dr. E.-H. vom 16. März 2005. Der Kläger benötige medizinische Rehabilitation mit Herz-Kreislauf-Therapie und Diät (Diabetes/Gicht); die beantragte Leistung sei vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von vier Jahren zur Erhaltung der Restfähigkeiten und Besserung der Stoffwechselschläge dringend medizinisch notwendig. Vorgeschlagen werde Physiotherapie (Lendenwirbelsäule) und Koronarsportgruppe. Der Patient solle zum 06. April 2005 in die S.-Rehaklinik B. K. eingewiesen werden. Die Rehabilitationsbedürftigkeit beruhe auf Lendenwirbelsäulensyndrom rechts, Diabetes, Gicht, Bluthochdruck und Herzinsuffizienz III. Am 23. März 2005 rief der Kläger bei der Beklagten an, er habe zum 06. April 2005 einen Termin in der S.-Klinik B. K. gebucht; seine Lebensgefährtin mache dort eine Rehabilitationsmaßnahme, deren Kostenträger die damalige Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) sei. Er wurde "auf eigene Häuser" der Beklagten hingewiesen. Der Kläger erwiderte, er habe bereits seit Längerem ein Zimmer reserviert. Die Beklagte ermittelte, dass stationäre Leistungen vom 19. Februar bis 11. März 2001 zu Lasten der BfA und vom 09. bis 31. Juli 2002 zu ihren Lasten erfolgt seien. Ärztin Dr. Ö.-S. legte in der sozialmedizinischen Stellungnahme vom 31. März 2005 dar, die dringende medizinische Notwendigkeit für eine Durchbrechung der vierjährigen Ausschlussfrist sei nicht nachvollziehbar. Durch Bescheid vom 04. April 2005 lehnte die Beklagte die Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ab. Eine weitere MDK-Begutachtung würde zu keinem günstigeren Ergebnis führen.

Der Kläger erhob Widerspruch und machte vorsorglich Kostenerstattung für den Fall einer sich als rechtswidrig erweisenden Ablehnung geltend. Ärztin Dr. E.-H. unterstützte mit Schreiben vom 07. April 2005 den Widerspruch; aufgrund des Diabetes verschlechtere sich die koronare Herzkrankheit und die Einstellung des Blutdrucks gestalte sich schwierig, was im Januar 2005 zu einer Akuteinweisung in die Klinik geführt habe. Der Kläger führte die medizinische Rehabilitation vom 06. bis 27. April 2005 durch. Er reichte die beiden von ihm bezahlten Privatrechnungen des Rehabilitationszentrums B. K. über (EUR 1.715,00 + EUR 857,50) insgesamt EUR 2.572,50 (21 Pflagestage à EUR 122,50) ein. Hinzu kämen Fahrkosten von EUR 200,00. Dr. B. vom MDK erläuterte in der sozialmedizinischen Beratung vom 13. Mai 2005, die vorliegenden Krankheiten seien medikamentöser Behandlung und Maßnahmen der Lebensführung am Wohnort zugänglich. Die Widerspruchsstelle der Beklagten erließ den zurückweisenden Widerspruchsbescheid vom 29. Juli 2005. Nach den Empfehlungen des MDK lägen zwingende medizinische Gründe für eine vorzeitige stationäre Maßnahme nicht vor. Dem Argument ersparter Aufwendungen - Abwendung von Notfallbehandlungen - könne nicht gefolgt werden.

Mit der am 08. August 2005 zum Sozialgericht Reutlingen (SG) erhobenen Klage begehrte der Kläger die Erstattung von EUR 2.572,50 zuzüglich vier v.H. Zinsen ab Antragstellung sowie Fahrkosten in Höhe von EUR 200,00 und Verdienstausfall für 15 Tage à EUR 15,00, insgesamt EUR 3.522,50. Er verblieb dabei, nach dem Gebot der Wirtschaftlichkeit sei zu berücksichtigen, dass die Vorsorgemaßnahme unter Umständen mehrere Noteinweisungen habe vermeiden können. Die ärztlichen Stellungnahmen seien entgegen derjenigen seiner behandelnden Ärztin Dr. E.-H. nur nach Aktenlage erstellt worden. Der Kläger legte den Entlassungsbericht des Leitenden Arztes Dr. K. vom 04. Mai 2005 zu der Heilmaßnahme vom 06. bis 27. April 2005 vor. Dieser Bericht enthielt die Aussage, die Beklagte habe (bedauerlicherweise) einer Maßnahme ablehnend gegenübergestanden. Mit dem Typ II-Diabetes sowie dem Bluthochdruck und einer Hyperlipidämie bestünden ernst zu nehmende Risikofaktoren, die behandelt worden seien und einer weiteren Kontrolle und Korrektur bedürften. Der Kläger sei bei guter Allgemeinerholung und verbesserter Einstellung der Risikofaktoren entlassen worden. Der Kläger legte ferner die gutachterliche Stellungnahme des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. Bü. vom 04. Oktober 2005 (vorzeitige Maßnahme wegen instabilen kardialen Zustands aus medizinischer Sicht dringend erforderlich) und die Bescheinigung der Fachärztin Dr. E.-H. vom 14. November 2005 (Maßnahme wegen starker kardialer Gefährdung aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich) vor.

Die Beklagte trat unter Bezugnahme auf die bisherigen ihren Standpunkt stützenden ärztlichen Äußerungen der Klage entgegen. Sie legte das sozialmedizinische Gutachten (Dr. L.) vom 15. Dezember 2005 vor, dem Antrag auf Rehabilitation seien keine Hinweise auf Funktionsstörungen oder Fähigkeitsstörungen zu entnehmen und die notwendigen ambulanten Maßnahmen seien nicht ausgeschöpft.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) erstattete Prof. Dr. Ha., Chefarzt der Kardiologischen Klinik des Klinikums am S. R., unter Mitarbeit von Internistin Dr. W. das Gutachten vom 04. Dezember 2006. Auf die Erhebung apparativer Untersuchungsbefunde wurde verzichtet. Als Diagnosen bestünden koronare Ein-Gefäßerkrankung nach nicht-transmuralem Myokardinfarkt Januar 2001, Herzinsuffizienz II. bis III. Grades, Bluthochdruck, Diabetes mellitus II, Hyperlipidämie, rezidivierende Gichtanfälle bei Hyperurikämie, Unverträglichkeit von Alopurinol sowie Verschleiß der Wirbelsäule mit Kreuzschmerzen. Im Verlauf des Jahres 2004 hätten sich die Blutdruckwerte stabilisiert. Nach der Behandlung vom 31. Januar/01. Februar 2005 wäre eine erneute ambulante Untersuchung mit Therapieanpassung und Entscheidung zu weiterführender Diagnostik sinnvoll und eine regelmäßige Teilnahme an einer wohnortnahen Koronarsportgruppe wünschenswert gewesen. Bezüglich des Diabetes wäre ambulante Vorstellung in einer Schwerpunktpraxis möglich gewesen. Bezüglich des degenerativen Wirbelsäulensyndroms wären eine orthopädische Mitbetreuung und ggf. krankengymnastische Übungsbehandlungen sinnvoll gewesen. Nach alledem seien ambulante Maßnahmen nicht ausgeschöpft gewesen. Dies gelte auch in Kenntnis der auffälligen Befunde aus dem Jahr 2003.

Durch Gerichtsbescheid vom 01. Februar 2007 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung legte es im Wesentlichen dar, die ablehnende Entscheidung der Beklagten aufgrund der von dieser eingeholten ärztlichen Stellungnahmen sei durch den Entlassungsbericht nicht entkräftet und auch durch das Gutachten bestätigt worden. Auf die Entscheidungsgründe wird im Übrigen Bezug genommen.

Der Kläger hat am 26. Februar 2007 beim Landessozialgericht Berufung eingelegt. Er hat sein Begehren auf die Erstattung des Betrags von EUR 2.772,50 ohne Zinsen beschränkt und rügt, die Bescheinigungen seiner behandelnden Ärztin Dr. E.-H. seien zu Unrecht als Gefälligkeitsbescheinigungen abqualifiziert worden. Er habe wegen des Herzleidens laufend in engmaschiger internistischer Behandlung und Betreuung gestanden. Es sei unverständlich, dass er die zu Gebote stehenden ambulanten Möglichkeiten nicht ausgeschöpft habe. Die Teilnahme an einer Koronarsportgruppe sei ihm wegen Lähmungserscheinungen am Bein nicht möglich. Im Übrigen sei er sogleich, ohne vorheriges Gutachten von Amts wegen, zur Antragstellung nach [§ 109 SGG](#) gedrängt worden. Inzwischen sei ein neuer stationärer Aufenthalt im C.-Krankenhaus B. M. vom 06. bis 11. März 2008 wegen seiner lebensbedrohlichen Gesundheitsstörungen erforderlich gewesen (Bericht Chefarzt Dr. S. vom 20. März 2008). Zuletzt hat der Kläger nochmals die Untersuchung durch Prof. Dr. Ha. gerügt sowie die Bescheinigungen zur Feststellung einer schweren chronischen Krankheit seitens der Ärztin Dr. E.-H. vom 25. Juli 2007 und des Praktischen Arztes Dr. Hi. vom 30. Juli 2007 vorgelegt. Er beantrage, Prof. Dr. Se. vom R.-B.-Krankenhaus S. von Amts wegen mit der Erstattung eines Gutachtens zu beauftragen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 01. Februar 2007 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 04. April 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29. Juli 2005 zu verurteilen, EUR 2.772,50 zu erstatten, hilfsweise, Prof. Dr. Se., R.-B.-Krankenhaus, Abteilung Kardiologie, S. gutachterlich zu hören, dass die vom 06. bis 27. April 2005 durchlaufene Rehabilitationsmaßnahme dringend erforderlich gewesen sei.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid und ihre Bescheide im Ergebnis weiterhin für zutreffend.

Der Berichterstatter des Senats hat am 29. Juli 2008 den Sachverhalt mit den Beteiligten erörtert. Der Kläger ist bei seinem Hilfsbeweis antrag verblieben. Auf die Niederschrift wird Bezug genommen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung wird auf den Inhalt der Berufsakten, der Klageakten und der von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 153 Abs. 1 i.V.m. § 124 Abs. 2 SGG](#) durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist in der Sache nicht begründet. Das SG hat im angefochtenen Gerichtsbescheid den Bescheid der Beklagten vom 04. April 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29. Juli 2005 zutreffend als rechtmäßig bestätigt.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die von ihm belegte Rehabilitationsmaßnahme vom 06. bis 27. April 2005.

Der Anspruch des Klägers auf Erstattung des von ihm zuletzt bezifferten Geldbetrags von EUR 2.772,50 für eine Heilmaßnahme zuzüglich Fahrtkosten scheitert bereits daran, dass der Kläger vor der ablehnenden Entscheidung der Beklagten auf die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme vom 06. bis 27. April 2005 festgelegt war. Gemäß [§ 13 Abs. 1](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) darf die Krankenkasse anstelle einer Sach- oder Dienstleistung, zu deren Erbringung sie verpflichtet ist, Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) vorsieht. Insoweit gilt insbesondere Abs. 3 Satz 1 der Vorschrift: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch reicht dabei nicht weiter als der entsprechende Sachleistungsanspruch; er setzt voraus, dass die selbstbeschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkasse allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen hat (vgl. Bundessozialgericht - BSG - [SozR 3-2500 § 13 Nr. 11](#); [SozR 4-2500 § 27 Nr. 1](#)). Nach gefestigter Rechtsprechung des BSG, welcher der erkennende Senat ständig folgt, darf sich der Versicherte die Leistung nicht selbst besorgt haben, ohne die Krankenkasse einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten (vgl. etwa BSG [SozR 4-2500 § 27 Nr. 10](#); BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) -). Es muss ein ablehnender Bescheid, zumindest eine als verbindlich zu empfindende ablehnende Erklärung der Krankenkasse vorliegen. Diesen Verfahrensweg hat der Kläger hier zwar eingehalten. Er hat die Verordnung der Dr. E.-H. vom 16. März 2005 eingereicht und am 23. März 2005 bei der Beklagten telefonisch angerufen; hierauf ist eine medizinische Stellungnahme erfolgt und der ablehnende Bescheid vom 04. April 2005, also vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme am 06. April 2005 ergangen. Allerdings war der Kläger bereits bei der Antragstellung auf die Durchführung dieser Rehabilitationsmaßnahme festgelegt, sodass die ablehnende Entscheidung der Beklagten das weitere Geschehen nicht mehr beeinflussen konnte. War mit dem eigenmächtigen Beginn oder Einleiten einer Behandlung das weitere Vorgehen bereits endgültig festgelegt, fehlt der erforderliche Ursachenzusammenhang zwischen der Ablehnung durch die Krankenkasse und der Kostenbelastung des Versicherten (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 28 Nr. 6](#)). Der Kläger hatte bereits vor dem ablehnenden Bescheid vom 04. April 2005 den Termin für die Rehabilitationsmaßnahme mit der Klinik vereinbart, auch weil seine Lebenspartnerin dort zur selben Zeit eine Rehabilitationsmaßnahme durchführte. Auch hatte der Kläger gegenüber der Beklagten anlässlich des Telefonats am 23. März 2005 deutlich gemacht, er werde auch ohne eine positive Entscheidung der Beklagten die Rehabilitationsmaßnahme ab 06. April 2005 durchführen.

Dem geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch steht auch entgegen, dass die Beklagte die begehrte Rehabilitationsmaßnahme nicht als Sachleistung zu erbringen hatte und damit zu Recht abgelehnt hat.

[§ 40 Abs. 1 SGB V](#) in der hier noch anzuwendenden Fassung vor Inkrafttreten des Gesetzes vom 26. März 2007 (GKV-WSG, BGBl. I S. 378) lautet: Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in [§ 11 Abs. 2](#) (SGB V) beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach [§ 111](#) (SGB V) besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, in wohnortnahen Einrichtungen erbringen. Gemäß Abs. 2 der Vorschrift kann die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach [§ 111](#) (SGB V) besteht. Gemäß Abs. 3 Satz 4 der Vorschrift können Leistungen nach den Abs. 1 und 2 nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

Nachdem die letzte stationäre Maßnahme vom 09. bis 31. Juli 2002 erfolgt war, lag die vom Kläger in Anspruch genommene Rehabilitationsmaßnahme vom 06. bis 27. April 2005 in der S.-Klinik B. K. noch deutlich innerhalb des Vier-Jahres-Zeitraums im Sinne der gesetzlichen Vorschrift. Die Ausnahmeregelung, dass die vom Kläger selbstbeschaffte vorzeitige Leistung aus medizinischen Gründen dringend erforderlich war, ist aus den im Folgenden darzulegenden Gründen nicht erfüllt.

Der Kläger leidet unter einer koronaren Ein-Gefäßerkrankung nach nicht-transmuralem Myokardinfarkt vom Januar 2001. Begleiterscheinung ist eine Herzinsuffizienz II. bis III. Grades. Zu behandeln sind ferner Bluthochdruck, Diabetes mellitus II, Hyperlipidämie, rezidivierende Gichtanfälle bei Hyperurikämie sowie Unverträglichkeit von Alopurinol. Hinzu kommt außerhalb des internistischen Komplexes ein Verschleiß der Wirbelsäule mit Kreuzschmerzen. Eine Notfallbehandlung war am 31. Januar/01. Februar 2005 in der Abteilung Innere Medizin III der Medizinischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums T. (Oberarzt Prof. Dr. H.) erforderlich geworden. Die Blutdruckwerte hatten sich bis dahin stabilisiert.

Auf dieser Befundgrundlage wäre im Anschluss an die Notfallbehandlung vom 31. Januar/01. Februar 2005 weiterführende Diagnostik und Therapieanpassung ausreichend gewesen. Zudem hätte im Rahmen der ambulanten Behandlung die Teilnahme an einer Koronarsportgruppe erfolgen können. Bezüglich des Diabetes hätte die Möglichkeit der Vorstellung in einer so genannten Schwerpunktpraxis bestanden. All dies hat der nach [§ 109 SGG](#) auf Antrag des Klägers gehörte Sachverständige Prof. Dr. Ha. im Gutachten vom 04. Dezember 2006 schlüssig dargelegt. Die Notwendigkeit einer stationären Maßnahme ist nach der Notfallbehandlung vom 31. Januar/01. Februar 2005 zunächst von keiner Seite nahegelegt worden. Der Kläger hat die streitige Maßnahme offenkundig wegen der von seiner Lebensgefährtin in derselben Klinik durchlaufenen Behandlung kurzfristig einzuleiten gesucht. Soweit der Kläger behauptet, an Lähmungserscheinungen am rechten Bein nach Stehen und längerem Gehen zu leiden und deshalb an einer Koronarsportgruppe nicht teilnehmen zu können, vermag dies jedenfalls für das Jahr 2005 nicht zu überzeugen. Die behandelnde Ärztin Dr. E.-H. hat in der Verordnung vom 16. März 2005 die Teilnahme an einer Koronarsportgruppe ausdrücklich als inhaltlichen Schwerpunkt der begehrten stationären Rehabilitation bezeichnet. Daraus ergibt sich, dass der Teilnahme des Klägers an einer Koronarsportgruppe jedenfalls im Jahr 2005 keine gesundheitlichen Einschränkungen entgegenstehen konnten. Die behaupteten Lähmungserscheinungen sind auch weder im Gutachten des Prof. Dr. Ha. noch im Entlassungsbericht des Dr. K. beschrieben. Im Entlassungsbericht des Dr. K. werden nur Empfindungsstörungen im rechten Bein genannt.

Die medizinische Erforderlichkeit der Rehabilitationsbehandlung ergibt sich auch nicht aus den Bescheinigungen und Stellungnahmen der behandelnden Ärzte. Die Bescheinigung der behandelnden Ärztin Dr. E.-H. vom 16. März 2005 beschränkte sich im Wesentlichen auf die befürwortende Bejahung des gesetzlichen Tatbestands. Dem ist die beratende Ärztin Dr. Ö.-S. in der Stellungnahme vom 31. März 2005 zu

Recht als nicht nachvollziehbar entgegengetreten. Wenn im Entlassungsbericht der Maßnahme vom 06. bis 27. April 2005 (Leitender Arzt Dr. K.) die ablehnende Haltung der Beklagten bedauert und darauf hingewiesen wird, die Risikofaktoren seien behandelt worden und der Kläger sei bei deren verbesserter Einstellung und guter Allgemeinerholung entlassen worden, deckt dies, wie bereits das SG zutreffend dargelegt hat, nicht den Begriff der dringenden Erforderlichkeit einer vorzeitigen Leistung ab. Die gutachterliche Stellungnahme des Dr. B. vom 04. Oktober 2005, die vorzeitige Maßnahme sei dringend erforderlich gewesen, ist vom Sachverständigen Prof. Dr. Ha. berücksichtigt und widerlegt worden. Dem Kläger wird - um Missverständnisse zu vermeiden - nicht vorgehalten, er würde sich nicht zureichend um die erforderliche ambulante Behandlung bemühen; vielmehr ist nicht nachvollziehbar erweislich, dass gerade die hier durchlaufene Maßnahme einen gegenüber optimaler ambulanter Behandlung weitergehenden dauerhaften Erfolg erbracht hat.

Dem Beweisanspruch des Klägers, von Amts wegen ein nochmaliges Gutachten bei Prof. Dr. Se. einzuholen, war nicht nachzugehen. Dass nach mehrmaligen Absagen von in Betracht kommenden Sachverständigen das Gutachten erst nach längerer Zeit gefertigt werden konnte, ist nicht dem Gericht oder den sonstigen Verfahrensbeteiligten anzulasten; der Kläger hatte gemäß [§ 109 SGG](#) die Auswahl des Sachverständigen frei. Es hätte ihm obliegen, mit dem von ihm gewählten Sachverständigen abzuklären, ob dieser bereit und binnen angemessener Frist in der Lage ist, das Gutachten zu erstatten. Der Zeitablauf hätte im Weiteren nicht mehr geheilt werden können. Indem der Senat den Sachverhalt aufgrund des Gesamtergebnisses der medizinischen Ermittlungen für geklärt hält, kommt die Einholung eines nochmaligen Gutachtens von Amts wegen nicht in Betracht. Da der Kläger von dem Antragsrecht nach [§ 109 SGG](#) Gebrauch gemacht hat, war auch kein weiteres Gutachten nach [§ 109 SGG](#) zu erheben.

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

Zur Zulassung der Revision besteht kein Anlass.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-01-12