S 11 KR 199/16

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG Nürnberg (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 11 KR 199/16
Datum
01.02.2017
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Erstattung der Kosten der vom 02.03.2015 bis 10.04.2015 im Krankenhaus M. durchgeführten Anschlussrehabilitation in Höhe von 7.546,50 EUR streitig.

Die am 1935 geborene Klägerin befand sich vom 12.01.2015 bis 27.01.2015 aufgrund einer operativen Knie-TEP-Versorgung im Krankenhaus M. A-Stadt, das für sie am 15.01.2015 die Kostenübernahme für eine geriatrische Rehabilitationsbehandlung in der Rehabilitationsabteilung der Einrichtung beantragte. Mit Schriftsatz vom 19.01.2015 bewilligte die Beklagte eine stationäre Anschlussrehabilitation in der L. Klinik in B. für drei Wochen. Beim Transport der Klägerin zur L. Klinik am 27.01.2015 verletzte sie sich, was eine erneute Operation (Patellarsehnenreflaxtion nach McLaughlin sowie Revision des rechten Kniegelenks) im Krankenhaus M. erforderlich machte. Am 06.02.2015 beantragte das Krankenhaus M. erneut die Kostenübernahme für eine geriatrische Rehabilitationsbehandlung in der Rehabilitationsabteilung der Einrichtung. Mit Schriftsatz vom 09.02.2015 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme für eine geriatrische Anschlussrehabilitation ab, weil aufgrund der Indikation ein grundsätzlicher Rehabedarf nicht nachvollziehbar sei. Mit Schriftsatz vom 17.02.2015 (Eingang bei der Beklagten am 18.02.2015) bat das Krankenhaus M. unter Übersendung einer Stellungnahme der Stationsschwester vom 04.02.2015 zum Unfallgeschehen vom 27.01.2015 erneut, eine entsprechende Reha-Maßnahme in der Rehabilitationsabteilung der Einrichtung zu genehmigen. Nach Beiziehung des vorläufigen Entlassungsbriefs bezüglich des stationären Aufenthalts der Klägerin im Krankenhaus M. ab 27.01.2015 ging der MDK Bayern in seiner Stellungnahme vom 24.02.2015 von einer Reha-Fähigkeit der Klägerin und Notwendigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme nach Abschluss der Akutbehandlung ab 09.03.2014 aus. Eine Telefonnotiz vom 26.02.2015 enthält einen Vermerk eines Mitarbeiters der Beklagten über ein Gespräch mit Frau K. (K.) vom Sozialdienst des Krankenhauses M ...

Mit Bescheid vom 02.03.2015 bewilligte die Beklagte eine stationäre Anschlussrehabilitation in der Klinik H. in E-Stadt. Am 02.03.2015 trat die Klägerin die stationäre Anschlussrehabilitation im Krankenhaus M. als Selbstzahlerin an (siehe Entlassungsbrief vom 10.04.2015). Mit Schriftsatz vom 22.04.2015 verwies der Bevollmächtigte der Klägerin auf die vorgetragenen Wünsche einer wohnortnahen Durchführung (§ 33 Satz 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I), § 9 Abs. 1 Satz 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)).

Mit Bescheid vom 05.05.2015 lehnte die Beklagte eine Anschlussrehabilitation in der Rehabilitationsabteilung des Krankenhauses M. ab. Hiergegen legte der Bevollmächtigte der Klägerin am 27.05.2015 Widerspruch ein und begründete ihn insbesondere damit, dass die Beklagte bei ihrer Entscheidung für die Durchführung der notwendigen Rehabilitation in einer Einrichtung in E-Stadt die berechtigten und angemessenen Wünsche der Klägerin unter Missachtung des § 9 Abs. 1 SGB IX und § 33 Satz 1 SGB I ohne triftigen Grund übergangen habe. Damit sei der mit dem angegriffenen Bescheid zurückgewiesene Antrag der Klägerin auf Erstattung der Kosten für die selbstbeschaffte Rehabilitationsmaßnahme im Krankenhaus M. nach § 13 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. § 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX begründet. Es werde die Rechnung des Krankenhauses M. vom 30.04.2015 in Höhe von 8.642,52 Euro übersandt und gebeten, die darin ausgewiesene Anzahlung in Höhe von 6.000,00 Euro an die Klägerin zu überweisen und den Restbetrag direkt an die Einrichtung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 10.03.2016 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 Satz 1 1. Alt. SGB V seien nicht erfüllt, da es sich um eine geplante und somit nicht um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt

habe. Dies folge daraus, dass die Maßnahme bereits zwei Wochen vor ihrem Antritt beantragt worden sei. Im Übrigen seien Rehabilitationsmaßnahmen bereits aufgrund ihres strukturellen Behandlungsansatzes ungeeignet, um einer dringenden Behandlungsbedürftigkeit im Sinne von § 13 Abs. 3 Satz 1 1. Alt SGB V Rechnung tragen zu können. Eine unaufschiebbare dringende Behandlung im Sinne von § 13 Abs. 3 Satz 1 1. Alt SGB V würde eher eine akutstationäre Krankenhausbehandlung rechtfertigen als eine Rehabilitationsmaßnahme. Ein Anspruch auf Kostenerstattung sei auch nicht unter den Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt SGB V gegeben. Insoweit fehle es bereits an der Kausalität zwischen einer vermeintlich rechtswidrigen Ablehnungsentscheidung seitens der Beklagten und den der Klägerin entstandenen Kosten für die selbstbeschaffte Leistung. Die Gesamtumstände und der äußere Geschehensablauf belegten, dass die Klägerin von Anfang an dazu entschlossen gewesen sei, die Anschlussrehabilitation ausschließlich in der Klinik M. durchzuführen. Entsprechend habe die Klägerin auch bereits vor der Leistungsablehnung durch die Beklagte alle erforderlichen Schritte mit der Klinik M. abgestimmt, um im Falle der Leistungsablehnung die beantragte Maßnahme unverzüglich auf eigene Kosten antreten zu können. Nicht anders sei es zu verstehen, dass die Klägerin als Selbstzahlerin die Rehabilitationsmaßnahme bereits am 02.03.2015 habe antreten können, obwohl die Bewilligung für die Klinik H. überhaupt erst an jenem Tag ausgestellt worden sei. Es sei daher zu vermuten, dass die Klägerin noch nicht einmal Kenntnis von dem Bewilligungsbescheid vom 03.02.2015 gehabt habe als sie die Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik M. angetreten habe. Jedenfalls sei der Bescheid vom 03.02.2015 nicht ursächlich für den Entschluss der Klägerin gewesen, die Maßnahme in der Klinik M. durchzuführen. Darüber hinaus scheide eine Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V aber auch deshalb aus, weil die Beklagte die beantragte Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt habe. Unter Abwägung der wechselseitigen Interessen habe das Interesse der Beklagten an der Belegung der Klinik H. jenes der Klägerin an der Durchführung der Anschlussrehabilitation in der Klinik M. überwogen. Die Nachsorge der Knie-TEP-Versorgung habe in der Klinik H. ebenso gut behandelt werden können wie in der Klinik M ... Ein qualitativer Unterschied zwischen beiden Kliniken werde von der Klägerin auch nicht behauptet. Allein der Umstand, dass die Klinik M. näher am Wohnort der Klägerin liege und deshalb eher mit Besuchen habe gerechnet werden können, rechtfertige keine Bevorzugung der Klinik M ... Stattdessen sei unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten der Klinik H. der Vorzug zu geben. So wäre eine Behandlung in der Klinik M. mit einem finanziellen Aufwand für die Beklagte verbunden gewesen, der mindestens 3.000,00 Euro höher liege als in der Klinik H ... Umgekehrt sei zwar die Fahrtstrecke von der Klinik M. zur Wohnung der Klägerin wesentlich kürzer als nach E-Stadt. Da die Klinik H. jedoch einen Fahrdienst unterhalte, wären insoweit überhaupt keine erstattungsfähigen Fahrtkosten entstanden. Im Übrigen sei die Beklagte verpflichtet, auf eine möglichst gleichmäßige Auslastung der geeigneten Rehabilitationseinrichtungen hinzuwirken. Nur so sei sicherzustellen, dass die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der vorhandenen Rehabilitationseinrichtungen und damit die flächendeckende Versorgung mit geeigneten Einrichtungen erhalten blieben. Die Beklagte habe dabei nicht die gesetzlichen Grenzen ihres Ermessens überschritten und von ihrem Ermessen auch in einer dem Zweck der Ermächtigung entsprechenden Weise Gebrauch gemacht. Sie habe ihre Entscheidung in erster Linie an den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalles ausgerichtet. Medizinische Gründe dafür, eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik M. gegenüber einer Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik H. vorzuziehen, hätten vorliegend nicht bestanden. Die von der Klägerin gewünschte Klinik M. und die von der Beklagten befürwortete Klinik H. seien unter medizinischen Gesichtspunkten für die Behandlung der geriatrischen Erkrankung der Klägerin gleich gut geeignet. Die Beklagte habe innerhalb des Kreises der medizinisch geeigneten Einrichtungen nach Maßgabe des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) auch die kostengünstigere Einrichtung auswählen dürfen.

Hiergegen richtet sich die am 13.04.2016 zum Sozialgericht N. (SG) erhobene Klage. Zur Klagebegründung trägt der Bevollmächtigte der Klägerin mit Schriftsatz vom 18.07.2016 über sein bisheriges Vorbringen hinaus insbesondere vor, dass sich die Beklagte bei ihrer Entscheidung für die Klinik in E-Stadt gerade nicht von medizinischen Erfordernissen habe leiten lassen. Dies ergebe sich schon daraus, dass die Aufnahme der Klägerin in der Klinik E-Stadt erst ab dem 09.03.2015 möglich gewesen sei. Die Klägerin sei jedoch nach der Aussage der sie behandelnden Ärzte bereits am 25.02.2015 verlegungsfähig gewesen. Durch die Auswahl der Klinik E-Stadt wäre der Reha-Beginn in nicht unerheblichem Umfang hinausgezögert worden, ohne dass geklärt gewesen wäre, wie die Klägerin zwischenzeitlich untergebracht oder medizinisch betreut worden wäre. Dies berühre dann auch das Wirtschaftlichkeitsgebot, da die Kosten für die in der Wartezeit zusätzlich zu erbringenden medizinischen oder zumindest krankenpflegerischen Versorgungsleistungen ebenfalls hätten aufgewendet werden müssen. Hinzu komme eine ebenfalls als medizinisch zu bewertende Phobie der Klägerin vor einer Verladung in ein Transportfahrzeug. Beim ersten Versuch einer Rehabilitationsmaßnahme Ende Januar 2015 sei es zu einem Sturzunfall mit einem Aufpralltrauma gekommen, den der Fahrer des Transportfahrzeugs zu verantworten gehabt und der eine weitere Operation der Klägerin notwendig gemacht habe. Es sei nur zu verständlich, dass sie subjektive Befürchtungen vor einer Wiederholung dieses Traumas gehegt habe. Ihretwegen sei es notwendig gewesen, dass die durchzuführende Reha-Maßnahme unter möglichst vollständiger Vermeidung von Transportfahrten habe durchgeführt werden müssen. Dies führe dann aber unweigerlich zu einer Einengung der Auswahl auf die unbestreitbar geeignete und im selben Haus untergebrachte Rehabilitationsabteilung des N.er Akutkrankenhauses als ausführende Rehabilitationseinrichtung.

Dafür, dass die Reha-Durchführung in der Klinik in N. um 3.000,00 Euro teurer gewesen wäre als in der Klinik E-Stadt, finde sich keinerlei Nachweis. Es müsse daher bezweifelt werden, dass dies der ausschlaggebende Grund für die Ermessensentscheidung der Beklagten gewesen sei, zumal sie auch die oben erwähnten Kosten für die - bei der Durchführung in der N.er Klinik vermiedene - Wartezeit in die Vergleichsrechnung hätte einstellen müssen. Vielmehr bestehe jeder Anlass zur Vermutung, dass die Entscheidung der Beklagten ausschließlich von dem - wie sie es im Widerspruchsbescheid vom 10.03.2016 im letzten Absatz der Seite 2 in erfreulicher Klarheit selbst benenne - "Interesse der DAK-Gesundheit an der Belegung der Klinik H." bestanden habe, dass also weder spezielle medizinische oder gar Sparsamkeitsgründe vorgelegen hätten, sondern ein hiervon deutlich zu unterscheidendes Interesse, gerade diesem Leistungserbringer eine Abrechnungsmöglichkeit zu verschaffen.

Soweit die Beklagte im Widerspruchsbescheid die Kausalität zwischen ihrer Ablehnung und der Selbstbeschaffung vermisse, sei auf den Aktenvermerk vom 26.02.2015 verwiesen. Diesem sei zu entnehmen, dass dem im Auftrag der Klägerin tätigen Sozialdienst der N.er Klinik bereits an diesem Tage telefonisch mitgeteilt worden sei, dass die Reha-Maßnahme in E-Stadt durchgeführt werde. Es habe also bereits die Entscheidung der Beklagten festgestanden, die Leistung in der von der Klägerin beantragten Form abzulehnen und dies sei auch so bekannt gegeben worden. Die schriftliche Fixierung am 02.03.2015 habe diese Entscheidung lediglich bestätigt. Die Leistung sei also noch vor ihrer Beschaffung am 02.03.2015 abgelehnt worden. Die Ablehnung sei auch rechtswidrig, weil sie entgegen den medizinischen Erfordernissen ergangen sei und sich die Beklagte bei ihrer Ermessensausübung von der sachfremden Erwägung "Belegungsinteresse" habe leiten lassen. Gerade aus medizinischen Erfordernissen heraus hätte es ihr jedoch zwingend oblegen, die Reha-Maßnahme, wie beantragt, in der Klinik M. in N. zu bewilligen. Damit lägen die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nach § 13 SGB V vor.

Hierauf erwidert die Beklagte mit Schriftsatz vom 26.07.2016 insbesondere, dass die von der Klägerin behauptete Phobie gegen einen Krankentransport medizinisch nicht bewiesen sei. Erforderlichenfalls wären entsprechende Phobien durch Mittel der Psychotherapie und/oder der Psychiatrie zu behandeln. Phobien rechtfertigten hingegen nicht die eigenverantwortliche Selbstbeschaffung stationärer Rehabilitationsmaßnahmen. Bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung in E-Stadt sei es der Beklagten auch nicht darum gegangen, "gerade diesem Leistungserbringer eine Abrechnungsmöglichkeit zu verschaffen", sondern darum, eine möglichst gleichmäßige Auslastung der in Deutschland verfügbaren Rehabilitationseinrichtungen zu fördern. Dass es sich hierbei um ein im Rahmen des Auswahlermessens berücksichtigungsfähiges Kriterium handele, sei höchstrichterlich vom BSG in dem bereits im angefochtenen Widerspruchsbescheid zitierten Urteil vom 07.05.2013 (B 1 KR 53/12 R) bestätigt worden. Schließlich sei es unter rechtlichen Gesichtspunkten auch abwegig, wenn die Klägerseite die Kausalität zwischen vermeintlich rechtswidriger Ablehnung der Beklagten und Selbstbeschaffung durch die Klägerin damit zu begründen versuche, dass der Sozialdienst der N.er Klinik bereits telefonisch am 26.02.2015 darüber unterrichtet worden sei, dass die Rehabilitationsbewilligung in jener Einrichtung abgelehnt werde. § 13 Abs. 3 SGB V fordere eine ablehnende Entscheidung der Krankenkasse gegenüber dem Antragsteller, vorliegend also gegenüber der Klägerin. Diese Ablehnung sei jedoch erst mit Bescheid vom 02.03.2015 ergangen. Zu diesem Zeitpunkt habe sich die Klägerin die streitgegenständliche Leistung bereits selbst beschafft. Dem Sozialdienst des Krankenhauses M. sei am 26.02.2015 nach dem Aktenvermerk vom 26.02.2015 noch keine definitive Ablehnung mitgeteilt worden, sondern lediglich die Information erteilt worden, "dass hier noch eine Anfrage wegen Aufnahmemöglichkeit in der Reha-Klinik E-Stadt läuft". Die Beklagte habe sich am 26.02.2015 also noch in der Prüfung der Auswahl der geeigneten Reha-Einrichtung befunden, eine Entscheidung - gleichgültig, ob gegenüber der Klinik M. oder gegenüber der Klägerin - sei am 26.02.2015 hingegen noch nicht getroffen worden. Selbst wenn man unterstellen wolle, dass die Beklagte ihr Ermessen rechtsfehlerhaft ausgeübt habe, habe dies noch lange nicht den streitgegenständlichen Leistungsanspruch begründet. Dies wäre nur dann der Fall, wenn einzig und allein die von der Klägerin tatsächlich in Anspruch genommene Rehabilitationseinrichtung geeignet gewesen wäre, die erforderliche Behandlung adäquat zu erbringen, insoweit also eine Ermessensreduzierung auf Null vorgelegen hätte.

Auf Nachfrage des Gerichts hat das Krankenhaus M. unter Übersendung des Behandlungsvertrags mit der Klägerin vom 02.03.2015 und der ärztlichen Unterlagen mit Schriftsatz vom 07.10.2016 insbesondere mitgeteilt, dass die Klägerin gemäß den vorliegenden Aufzeichnungen am 27.02.2015 den Entschluss gefasst habe, die aus ihrer Sicht geeignetere und medizinisch-therapeutisch sinnvollere Maßnahme zur geriatrischen Rehabilitation im Krankenhaus M. durchzuführen. Die Klägerin habe geäußert, dass sie die Entscheidung der Beklagten, erneut "lediglich" eine indikationsspezifische Anschlussheilbehandlung statt der beantragten GRB-Maßnahme zu gewähren, nicht akzeptieren könne und habe sich entschlossen, die Kosten für die GRB-Maßnahme im M. zunächst selbst zu übernehmen und eine Kostenerstattung anschließend ggf. mit anwaltlicher Hilfe bei der Beklagten einzufordern. Mit der Klägerin sei vor Beginn bzw. anlässlich der Anschlussrehabilitation ein schriftlicher Behandlungsvertrag geschlossen worden, in dem geregelt worden sei, dass - sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz bestehe oder Wahlleistungen in Anspruch genommen würden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst seien - nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlichen Kostenträgers bestehe und die Patientin oder der Patient als Selbstzahler/in zur Entrichtung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet sei. Die Klägerin sei darüber aufgeklärt worden, dass sie wegen der erfolgten Ablehnung der Kostenübernahme durch die Beklagte die Kosten für die Anschlussrehabilitation in der Klinik M. selbst zu tragen habe.

Zur weiteren Klagebegründung trägt der Bevollmächtigte der Klägerin vor (siehe nichtöffentliche Sitzung vom 18.08.2016, Schriftsätze vom 14.10.2016 und 29.11.2016), dass ein Mitarbeiter der Beklagten der Mitarbeiterin des Sozialdienstes des Krankenhauses M. (K.) mündlich gesagt habe, dass die Anschluss-Reha im M. Krankenhaus abgelehnt worden sei und die Reha in E-Stadt stattfinden werde. Es werde die Einvernahme von K. als Zeugin beantragt. Die Beklagte habe sich bei der Auswahl der Reha-Einrichtung von der sachfremden Erwägung "Belegungsinteresse" bzw. "Verschaffung einer Abrechnungsmöglichkeit zu Gunsten des Klinikums in E-Stadt" leiten lassen. Tatsache sei, dass die Klägerin aufgrund des Vorfalls am 27.01.2015 mit dem Fahrdienst eine mehr als nachvollziehbare Phobie gegen Krankentransporte gehabt habe. Daraus ergebe sich zwanglos im vorliegenden Fall eine Ermessensreduzierung auf Null. Die Konzeption des § 13 Abs. 3 SGB V sehe vor, dass im Falle einer rechtswidrigen Leistungsablehnung der Versicherte selbst im Rahmen der Notwendigkeit ein Auswahlrecht habe - "selbstbeschaffte Leistung" - nur so mache diese Norm auch Sinn, denn bei einer rechtswidrigen Leistungsablehnung müsse schließlich der Versicherte eine Entscheidung treffen. Könnte sich die Beklagte in dieser Konstellation auf ein Ermessen berufen, liefe die Konzeption des § 13 Abs. 3 SGB V leer. Nach der Auskunft vom 07.10.2016 hätte in Anbetracht des erheblichen Sturzrisikos ein erneuter Transport "eindeutig vermieden werden müssen". In der Auskunft werde zudem bestätigt, dass auch aus sozialtherapeutischer Sicht eine Verlegung in das weit entfernte Klinikum in E-Stadt nicht sinnvoll gewesen wäre. Ganz zu schweigen davon, dass nicht die beantragte und medizinisch indizierte GRB-Maßnahme dort durchgeführt worden wäre, sondern lediglich eine Reha unter orthopädischen Aspekten.

Hierzu äußert sich die Beklagte mit Schriftsätzen vom 25.08.2016, 10.10.2016 und 18.11.2016 dahingehend, dass sie sich innerhalb der Grenzen des ihr obliegenden Auswahlermessens bewegt habe; schon deshalb scheitere ein Anspruch aus § 13 Abs. 3 SGB V. Letztlich komme es auf den Inhalt des Telefonats vom 26.02.2015 nicht entscheidend an, da - wie vorstehend ausgeführt - selbst dann die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 SGB V nicht erfüllt wären. Wie sich aus den anliegenden Klinikauskünften ergebe, verfüge sowohl die Klinik H. in E-Stadt als auch die Klinik M. in N. über eine Zulassung für geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen. Darüber hinaus verfüge die Klinik H. aber auch noch über Zulassungen für Rehabilitationen bei orthopädischen Erkrankungen und Stoffwechselerkrankungen. Damit sei die Klinik H. zur Durchführung der streitgegenständlichen Rehabilitationsmaßnahme nicht nur genauso gut geeignet wie die Klinik M., sondern eigentlich noch besser. In der Klinik M. habe sich der Tagessatz auf 206,90 Euro belaufen, so dass bei einer regelmäßigen Rehabilitationsdauer von drei Wochen, welche mit 20 Kalendertagen berechnet werde, voraussichtliche Kosten in Höhe von 4.138,00 Euro zu erwarten gewesen wären. Der vergleichbare geriatrische Tagessatz in der Klinik H. hätte demgegenüber nur 189,00 Euro betragen, so dass hier Kosten in Höhe von 3.780,00 Euro zu erwarten gewesen wären. Tatsächlich habe die Klägerin jedoch ausweislich der Kostenrechnung vom 30.04.2015 sogar eine 39-tägige Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen. Hierdurch seien Kosten in Höhe von 7.546,50 Euro entstanden, die darüber hinaus entstandenen Kosten in Höhe von 1.096,02 Euro für einen Einbettzimmerzuschlag hätten insoweit außer Betracht zu bleiben, da es sich hierbei um Wahlleistungen handele, welche von der Beklagten selbst dann nicht zu erstatten wären, wenn das Gericht wider Erwarten dem Grunde nach einen Kostenerstattungsanspruch bejahen sollte. Nach alledem lägen die tatsächlichen prinzipiell erstattungsfähigen Kosten in der Klinik M. um 3.766,50 Euro höher als die voraussichtlichen Kosten der mit Bescheid vom 02.03.2015 bewilligten Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik H ... Damit wäre eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik H. wesentlich wirtschaftlicher gewesen, als es die tatsächlich durchgeführte Behandlung in der Rehabilitationsabteilung der Klinik M. gewesen sei. Durch die vom Gericht übersandten Unterlagen des Krankenhauses M. werde die Beklagte in ihrer Auffassung bestätigt, wonach der streitgegenständliche Kostenerstattungsanspruch bereits daran scheitere, dass die Klägerin den gesetzlich vorgeschriebenen

Versorgungsweg nicht eingehalten habe, weshalb es an der zwingend erforderlichen Kausalität im Sinne von § 13 Abs. 3 Alt. 2 SGB V fehle. Ausweislich des übersandten Datenblattes des Krankenhauses M., das mit dem Titel "Verlaufüberleitungsteam AHB/Pflege" überschrieben sei, sei auch jene Einrichtung nicht davon ausgegangen, dass es bereits anlässlich des Telefonats vom 26.02.2015 zu einer mündlichen Leistungsablehnung durch die Beklagte gekommen sei. Unter dem Datum 26.02.2015 finde sich dort die Notiz, dass die Klägerin noch stationär sei und bei der Beklagten am 19.02.2015 ein erneuter Antrag auf GR MM eingereicht worden sei. Die Beklagte habe nach Auskunft der Sachbearbeiterin den Antrag nach E-Stadt weitergeleitet, ob dort Aufnahme stattfinden könne, bisher sei noch keine Rückinformation eingegangen.

Auf Nachfrage des Gerichts (Schriftsatz vom 12.12.2016) hat die MEDIAN Klinik H. E-Stadt am 15.12.2016 mitgeteilt, dass die Klinik bei gegebener Indikation auch geriatrische Rehabilitationen durchführe.

Der Bevollmächtigte der Klägerin beantragt (Sitzungsniederschrift vom 01.02.2017),

die Beklagte zu verurteilen, unter Abänderung des Bescheides vom 02.03.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.03.2016 die Kosten für die in der Zeit vom 02.03.2015 bis 10.04.2015 durchgeführte Anschlussrehabilitation im Krankenhaus M. A-Stadt in Höhe von 7.546,50 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt (Sitzungsniederschrift vom 01.02.2017),

die Klage abzuweisen.

Das Gericht hat die Akte der Beklagten beigezogen. Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten und der Gerichtsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht erhobene Klage ist auch im Übrigen zulässig (§§ 51, 54, 57, 78, 87 und 90 Sozialgerichtsgesetz - SGG).

Die Klage ist jedoch nicht begründet.

Der Bescheid vom 02.03.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10.03.2016 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten, § 54 Abs. 2 Satz 1 SGG.

Der Klägerin steht weder ein Anspruch auf Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 Satz 2 SGB V i.V.m. § 15 Abs. 1 Satz 3 SGB IX noch nach § 13 Abs. 3 Satz 2 SGB V i.V.m. § 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX zu.

Kann über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb der in § 14 Abs. 2 genannten Fristen entschieden werden, teilt der Rehabilitationsträger dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mit, § 15 Abs. 1 Satz 1 SGB IX. Erfolgt die Mitteilung nicht oder liegt ein zureichender Grund nicht vor, können Leistungsberechtigte dem Rehabilitationsträger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass sie sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen, Satz 2. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist der zuständige Rehabilitationsträger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet, Satz 3.

Diese Voraussetzungen liegen schon deshalb nicht vor, weil die Beklagte innerhalb der Drei-Wochen-Frist des § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX nach Antragseingang am 18.02.2015 (Schriftsatz vom 17.02.2015) mit Bescheid vom 02.03.2015 entschieden hat.

Darüber hinaus ergibt sich bei hier selbstbeschaffter und durchgeführter stationärer Anschlussrehabilitation auch kein Anspruch auf Kostenerstattung in Höhe von 7.546,50 EUR nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX. Danach besteht ein Kostenerstattungsanspruch, wenn der Rehabilitationsträger, hier die Beklagte, nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX eine unaufschiebbare Leistung zur Teilhabe, hier Leistungen zur stationären medizinischen Anschlussrehabilitation nach § 5 Nr. 1 SGB IX i.V.m. § 40 SGB V nicht rechtzeitig erbringen konnte oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat.

Auch diese Voraussetzungen liegen im vorliegenden Fall nicht vor.

Ein solcher Kostenerstattungsanspruch besteht nicht, weil die Klägerin zum maßgeblichen Zeitpunkt, d. h. zum Zeitpunkt des Beginns der Durchführung der stationären Anschlussrehabilitation am 02.03.2015, keinen Anspruch auf Sachleistung hatte, d. h. auf Bewilligung einer stationären Anschlussrehabilitation im Krankenhaus M. im Zeitraum vom 02.03.2015 bis 10.04.2015. Denn der Beklagten stand hinsichtlich der Bestimmung der Rehabilitationseinrichtung sowie hinsichtlich der Dauer der Anschlussrehabilitation ein Auswahlermessen zu. Zum maßgeblichen Zeitpunkt am 02.03.2015 lagen die Voraussetzungen einer Ermessensreduzierung auf Null jedoch weder hinsichtlich der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung noch hinsichtlich der Dauer der Rehabilitationsmaßnahme vor, weil nicht jede andere Entscheidung ermessensfehlerhaft gewesen wäre (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl., § 54 Rn. 28d, 29 m.w.N.).

Aus diesem Grund war das Gericht auch nicht gehalten, die Mitarbeiterin des Sozialdienstes des Krankenhauses M. K. als Zeugin zur Frage des Inhalts des mit einem Mitarbeiter der Beklagten am 26.02.2015 geführten Telefongesprächs einzuvernehmen. Letzlich kommt es nämlich nicht darauf an, ob der Mitarbeiter der Beklagten am 26.02.2015 eine Anschlussrehabilitation in der Rehabilitationsabteilung von M. mündlich abgelehnt hat, d. h. einen mündlichen Verwaltungsakt im Sinne des § 35 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) erlassen hat, wogegen im Übrigen der Inhalt des Telefonvermerks vom 26.02.2015 spricht (darin wurde nämlich detailliert festgehalten, dass noch eine Anfrage der Beklagten wegen einer Aufnahmemöglichkeit in der Reha-Klinik E-Stadt laufe, die Antwort stehe noch aus). Denn der Anspruch auf Kostenerstattung reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch. Er setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkasse allgemein in Natur als Sach- und Dienstleistung zu erbringen hat (st.Rspr., vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 28.02.2008, B 1 KR 16/07 R = SozR 4-2500 § 31 Nr. 9, Rn. 13; BSG, Urteil vom 16.12.2008, B 1 KR 11/08 R).

Über die Notwendigkeit einer stationären Anschlussrehabilitation bei der Klägerin, also über das "Ob" einer stationären Anschlussrehabilitation bestand zwischen den Beteiligten - im Gegensatz zum streitigen "Wie" der Durchführung - kein Streit.

Die Rechtmäßigkeit der Ablehnung der Kostenerstattung der stationären medizinischen Anschlussrehabilitation in der Klinik M. in N. richtet sich nach § 40 SGB V (i.d.F vom 23.10.2012, gültig ab 30.10.2012 bis 22.07.2015). Da unstreitig im Hinblick auf die Folgen der chirurgisch-orthopädischen Operation im Krankenhaus M. weder eine ambulante Krankenbehandlung noch ambulante Rehabilitationsleistungen ausreichend waren (§ 40 Abs. 2 a.a.O.) und auch ein anderer Träger für die stationäre Rehabilitationsleistung nicht zuständig war (vgl. § 40 Abs. 4 SGB V, a.a.O.), ist § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V (a.a.O) anwendbar, wonach die Krankenkasse eine stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringt, mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht. Im Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation galt nicht die freie Wahl der Vertragseinrichtung durch den Versicherten. Vielmehr bestimmt § 40 Abs. 3 Sätze 1 bis 3 SGB V (a.a.O.):

Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach Abs. 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Leistungen nach Abs. 2 sollen ... längstens für drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

Sind die Leistungsträger ermächtigt, bei der Entscheidung über Sozialleistungen nach ihrem Ermessen zu handeln, haben sie ihr Ermessen entsprechend dem Zweck der Ermächtigung auszuüben und die gesetzlichen Grenzen des Ermessens einzuhalten, § 39 Abs. 1 Satz 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Auf die pflichtgemäße Ausübung des Ermessens besteht ein Anspruch, Satz 2.

Die Ermessensentscheidung der Beklagten ist nur eingeschränkt gerichtlich überprüfbar. Das Gericht darf bei der Ermessensüberprüfung nicht sein eigenes Ermessen an die Stelle des Verwaltungsermessens setzen. Bei der Überprüfung der eigentlichen Ermessensentscheidung findet nur eine Rechtskontrolle, keine Zweckmäßigkeitsüberprüfung statt. Das Gericht überprüft lediglich, ob ein Ermessensfehler vorliegt und ob der Kläger durch den Ermessensfehler beschwert ist. Für die Rechtskontrolle durch das Gericht ist die Begründung des Bescheides und des Widerspruchsbescheides wesentlich. Dass von dem Ermessen fehlerfrei Gebrauch gemacht worden ist, muss sich aus ihm ergeben; er muss die Gesichtspunkte erkennen lassen, von denen die Verwaltung ausgegangen ist. Die Berücksichtigung und Angabe der Besonderheiten des Einzelfalls kennzeichnet eine ordnungsgemäße Ermessensausübung (Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl., § 54 Rn. 28).

Zu den Ermessensfehlern zählen Ermessensnichtgebrauch, Ermessensunterschreitung, Ermessensüberschreitung und Ermessensfehlgebrauch. Ein Ermessensfehlgebrauch liegt vor, wenn die Behörde ein unsachliches Motiv oder einen sachfremden Zweck verfolgt, ferner wenn sie nicht alle maßgebenden Ermessensgesichtspunkte in die Entscheidung einbezogen oder wenn sie die abzuwägenden Gesichtspunkte fehlerhaft gewichtet oder einen unrichtigen oder unvollständigen Sachverhalt zugrunde gelegt hat (BSG, Urteil vom 09.11.2010, B 2 U 10/10 R).

Maßstab für die Ausübung des den Krankenkassen auch hinsichtlich der Bestimmung der Rehabilitationseinrichtung eingeräumten Auswahlermessens sind nach § 40 Abs. 3 Sätze 1 bis 3 SGB V (a.a.O.) die medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 01.08.2007, L 4 KR 2071/05). Nimmt ein Rehabilitationsträger zur Ausführung von Leistungen Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch, hat gemäß § 19 Abs. 4 Satz 1 HS 1 SGB IX die Auswahl danach zu erfolgen, welche Einrichtung die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt. Dabei muss nach §§ 19 Abs. 4 Satz 2, 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB IX darauf geachtet werden, dass die Einrichtung die Leistungen nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, insbesondere zu angemessenen Vergütungssätzen ausführt. Das von den Krankenkassen stets zu beachtende Wirtschaftlichkeitsgebot (§§ 2 Abs. 4, 12 Abs. 1 SGB V) hat dabei wiederum zur Folge, dass bei der Auswahl zwischen zwei oder mehr in gleicher Weise geeigneten, das gleiche Leistungsangebot bereithaltenden Einrichtungen grundsätzlich diejenige mit der Durchführung der Maßnahme zu beauftragen ist, die die günstigsten Vergütungssätze anbietet (BSGE 89, 294, 303). Im Übrigen ergibt sich das Gebot der Wirtschaftlichkeit auch aus § 69 Abs. 2 des Vierten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB IV).

In diesem Zusammenhang ist § 9 Abs. 1 SGB IX zu beachten: Danach wird bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe berechtigten Wünschen des Leistungsberechtigten entsprochen (Satz 1). Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen (Satz 2); im Übrigen gilt § 33 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB I), dessen Satz 1 bestimmt: Ist der Inhalt von Rechten oder Pflichten nach Art oder Umfang nicht im Einzelnen bestimmt, sind bei ihrer Ausgestaltung die persönlichen Verhältnisse des Berechtigten oder Verpflichteten, sein Bedarf und seine Leistungsfähigkeit sowie die örtlichen Verhältnisse zu berücksichtigen, soweit Rechtsvorschriften nicht entgegenstehen. Von berechtigten Wünschen, die sich auch auf die Auswahl der Rehabilitationsdienste und Einrichtungen und damit auch auf den Leistungsort erstrecken können, kann dabei nur ausgegangen werden, wenn sie sich im Rahmen des Leistungsrechts, der mit ihm verfolgten Ziele und sonstiger Vorgaben halten. Sie sind dann angemessen (BT-Drs. 12/5054 S. 100).

In Übereinstimmung mit dem BSG (Urteil vom 07.05.2013, B 1 KR 12/12 R) geht auch das Gericht davon aus, dass sich das Auswahlermessen der Krankenkasse bei der Bestimmung einer zugelassenen Rehabilitations-Vertragseinrichtung vorrangig nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls sowie dem Wirtschaftlichkeitsgebot richtet und erst nachrangig das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten berücksichtigt.

Dies zugrundegelegt ist zum maßgeblichen Zeitpunkt des Beginns der stationären Anschlussrehabilitation am 02.03.2015 ein Ermessensfehler der Beklagten nicht feststellbar; insbesondere lagen nicht die Voraussetzungen einer Ermessensreduzierung auf Null vor, so dass nicht einzig und allein die von der Klägerin tatsächlich in Anspruch genommene Rehabilitationseinrichtung des Krankenhauses M. geeignet war, die medizinisch erforderliche Behandlung adäquat zu erbringen.

Zur Überzeugung des Gerichts steht fest, dass die Voraussetzungen für eine Ermessensreduzierung auf Null in dem Sinne, dass die Anschlussrehabilitation nach den bei der Klägerin vorliegenden medizinischen Erfordernissen nur im Krankenhaus M. hätte durchgeführt werden können bzw. müssen, nicht vorliegen. Sowohl die Klinik H. in E-Stadt als auch die Klinik M. in N. verfügen über eine Zulassung für geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen. Darüber hinaus verfügt die Klinik H. auch noch über Zulassungen für Rehabilitationen bei

orthopädischen Erkrankungen und Stoffwechselerkrankungen. Damit ist die Klinik H. zur Durchführung der streitgegenständlichen Rehabilitationsmaßnahme medizinisch nicht nur genauso gut geeignet wie die Klinik M., sondern eher noch besser. Der Klinik H. wäre es nämlich möglich gewesen, neben den geriatrischen Behandlungserfordernissen auch den orthopädischen Behandlungsnotwendigkeiten der Klägerin kompetent gerecht zu werden.

Soweit die Klägerin hiergegen einwendet, dass sich die Beklagte gerade nicht von medizinischen Erfordernissen habe leiten lassen, ergebe sich schon daraus, dass ihre Aufnahme in der Klinik E-Stadt erst ab dem 09.03.2015 möglich gewesen wäre, sie jedoch nach der Aussage der sie behandelnden Ärzte bereits am 25.02.2015 verlegungsfähig gewesen wäre, greift nicht durch. Zur Begründung führt die Klägerin insoweit an, dass durch die Auswahl der Klinik E-Stadt der Reha-Beginn in nicht unerheblichem Umfang hinausgezögert worden wäre, ohne dass geklärt gewesen wäre, wie sie, die sich - ausweislich des "Barthel-Index" - nicht habe ausreichend selbständig versorgen können, zwischenzeitlich untergebracht oder medizinisch betreut worden wäre (siehe Klagebegründung vom 18.07.2016).

Aus der Aufnahme der Klägerin in der Klinik H. E-Stadt erst ab dem 09.03.2015 lässt sich kein Anhaltspunkt dafür herleiten, dass dadurch in irgendeiner Weise der Rehabilitationszweck gefährdet worden wäre. Der Vortrag, sich zwischenzeitlich nicht ausreichend selbständig versorgen zu können, ist kein Gesichtspunkt, den die Beklagte in die Ermessensausübung hinsichtlich der Wahl der Rehabilitationseinrichtung hätte einstellen müssen und betrifft vielmehr ggf. Leistungen nach dem SGB XI. In diesem Zusammenhang sieht die Klägerin auch das "Wirtschaftlichkeitsgebot" berührt, da die Kosten für die in der Wartezeit zusätzlich zu erbringenden medizinischen oder zumindest krankenpflegerischen Versorgungsleistungen ebenfalls hätten aufgewendet werden müssen (siehe Schriftsatz vom 18.07.2016). Dabei verkennt die Klägerin, dass hier nicht die insgesamt in dieser Situation anfallenden Kosten zu berücksichtigen sind, sondern das Wirtschaftlichkeitsgebot im Sinne des § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V, das für alle Leistungsbereiche des SGB V gilt (BSG, Urteil vom 07.05.2013, B 1 KR 53/12 R), erfordert, dass unter mehreren geeigneten und medizinisch erforderlichen Leistungen diejenige ausgewählt wird, die "wirtschaftlich" ist. Somit sind nur gleichartige Leistungen auf ihre Wirtschaftlichkeit zu überprüfen.

Im Rahmen der Ermessensausübung zum hier maßgeblichen Zeitpunkt am 02.03.2015 hatte die Beklagte auch nicht als "medizinisches Erfordernis" bzw. als "berechtigten Wunsch" im Sinne des § 9 SGB IX eine Transportunfähigkeit der Klägerin zur Klinik H. E-Stadt bzw. die von der Klägerin erstmals in der Klagebegründung (siehe Schriftsatz vom 18.07.2016) vorgetragene "Phobie" vor einer Verladung in ein Transportfahrzeug zu berücksichtigen. Denn zum einen verfügte die Klinik H. E-Stadt über einen Transportdienst und es waren keine medizinischen Gründe ersichtlich, dass die Klägerin nach erfolgreicher 2. Operation nicht den Transportdienst hätte benutzen können, zumal die Transportschwierigkeiten am 27.01.2015 personenbezogen waren, d. h. auf dem Verhalten des Taxifahrers beruhten. Zum anderen stellte sich der Gesichtspunkt einer möglichen "Phobie" der Klägerin vor einem Transport zum maßgeblichen Zeitpunkt am 02.03.2015 nicht. Vielmehr hat die Klägerin zunächst mit Schriftsatz vom 22.04.2015 - und somit nach dem maßgeblichen Zeitpunkt am 02.03.2015 - lediglich den Wunsch nach einer "wohnortnahen Durchführung" der Anschlussrehabilitation geäußert und mit Widerspruch vom 27.05.2015 nur auf ihre berechtigten und angemessenen Wünsche nach § 9 Abs. 1 SGB IX und § 33 Satz 2 SGB I hingewiesen, ohne weitere zu benennen. Die Behauptung einer Phobie, zu der es aufgrund des Sturzunfalls anlässlich des ersten Versuchs einer Rehabilitationsmaßnahme Ende Januar 2015 gekommen sein soll, war von der Klägerin nicht bis zum 02.03.2015 (und im Übrigen auch nicht bis zum Erlass des Widerspruchsbescheides am 10.03.2015) vorgetragen worden und kann daher nicht "nachträglich" eine Rechtswidrigkeit der Ermessensausübung durch Nichtberücksichtigung dieses Umstandes begründen.

Lediglich ergänzend sei in diesem Zusammenhang angemerkt, dass die mit Schriftsatz vom 18.07.2016 erstmalig vorgetragene "Phobie" der Klägerin vor einer Verladung in ein Transportfahrzeug nicht belegt ist. Vielmehr ergibt sich aus der Auskunft des Krankenhauses M. vom 07.10.2016, dass die Klägerin am 27.02.2015 gemäß den vorliegenden Aufzeichnungen den Entschluss gefasst hatte, die aus ihrer Sicht geeignetere und medizinisch-therapeutisch sinnvollere Maßnahme zur geriatrischen Rehabilitation im Krankenhaus M. durchzuführen. Insofern hat sie geäußert, dass sie die Entscheidung der Beklagten, erneut "lediglich" eine indikationsspezifische Anschlussheilbehandlung statt der beantragten geriatrischen Rehabilitationsbehandlung zu gewähren, nicht akzeptieren könne und sich entschlossen habe, die Kosten für die geriatrische Rehabilitationsbehandlung im Krankenhaus M. zunächst selbst zu übernehmen und eine Kostenerstattung anschließend ggf. mit anwaltlicher Hilfe bei der Beklagten einzufordern. Von einer "Phobie" als Grund für die Durchführung der Anschlussrehabilitation im Krankenhaus M. war danach nicht die Rede. Vielmehr stand im Vordergrund, dass die Klägerin offensichtlich irrig davon ausgegangen ist, dass eine geriatrische Rehabilitationsbehandlung in der Klinik B. H. nicht stattfinden könne, sondern lediglich im Krankenhaus M. möglich sei.

Bei der Ermessensausübung hat die Beklagte auch zu Recht das Wirtschaftlichkeitsgebot im Sinne der §§ 2 Abs. 4, 12 Abs. 1 SGB V beachtet. Danach besteht die Verpflichtung, bei der Auswahl zwischen zwei oder mehr in gleicher Weise geeigneten, das gleiche Leistungsangebot bereithaltenden Einrichtungen grundsätzlich diejenige mit der Durchführung der Maßnahme zu beauftragen, die die günstigsten Vergütungssätze anbietet (BSGE 89, 294, 303). Nach §§ 19 Abs. 4 Satz 2, 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB IX muss darauf geachtet werden, dass die Einrichtung die Leistung nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, insbesondere zu angemessenen Vergütungssätzen ausführt. In der Klinik M. belief sich im streitigen Zeitraum der Tagessatz auf 206,90 EUR, so dass bei einer regelmäßigen Rehabilitationsdauer von drei Wochen, die mit 20 Kalendertagen berechnet wird, voraussichtliche Kosten in Höhe von 4.138,00 EUR zu erwarten waren. Der vergleichbare geriatrische Tagessatz in der Klinik H. hätte demgegenüber nur 189,00 EUR betragen, so dass hier Kosten in Höhe von 3.780,00 EUR zu erwarten waren. Die Klägerin hat jedoch ausweislich der Kostenrechnung vom 30.04.2015 sogar eine 39-tägige Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen, wodurch Kosten in Höhe von 7.546,50 EUR entstanden sind. Somit liegen die tatsächlichen - prinzipiell erstattungsfähigen - Kosten in der Klinik M. um 3.766,50 EUR höher als die voraussichtlichen Kosten der mit Bescheid vom 02.03.2015 bewilligten Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik H ... Damit war eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik H. wirtschaftlicher als es die tatsächlich durchgeführte Behandlung in der Rehabilitationsabteilung der Klinik M. war.

Der Klägerin steht darüber hinaus auch kein Anspruch auf Erstattung der Kosten zu, die den Zeitraum der durchgeführten Anschlussrehabilitation betreffen, der dem bewilligten Zeitraum von drei Wochen bis zum 39. Tag nachfolgt. Denn zum einen steht der Beklagten hinsichtlich der Dauer einer Anschlussrehabilitationsmaßnahme gemäß § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V (a.a.O.) Ermessen zu. Gesichtspunkte, die eine Ermessensreduzierung auf Null insofern bedingen, sind weder aus den Akten ersichtlich noch von der Klägerin vorgetragen worden. Daher scheitert ein entsprechender Kostenerstattungsanspruch bereits an einem fehlenden Sachleistungsanspruch auf Gewährung einer Anschlussrehabilitation für die Dauer vom 22. Bis 39. Tag. Zum anderen liegen die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 Satz 1 2. HS SGB V ("oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten

entstanden, ...") nicht vor. Mangels eines - den verlängerten Zeitraum betreffenden - ablehnenden Bescheids ist die von § 13 Abs. 3 Satz 1 2. HS SGB V geforderte Kausalität zwischen ablehnendem Bescheid und Selbstbeschaffung zu verneinen. Aus den dargelegten Gründen steht der Klägerin kein Anspruch auf Erstattung der Kosten bezüglich des Verlängerungszeitraums nach § 13 Abs. 3 Satz 1 2. HS SGB V zu.

Auch die Erstattung der "Sowiesokosten", d. h. der Kosten, die bei tatsächlicher Inanspruchnahme der stationären Anschlussrehabilitation in der Klinik H. für die Dauer von drei Wochen angefallen wären, kommt hier schon deshalb nicht in Betracht, weil die rechtskundig vertretene Klägerin keinen entsprechenden Antrag gestellt hat. Eine Erstattung der "Sowiesokosten" kommt aber auch bei entsprechender sinngemäßer Auslegung des Antrags der Klägerin gemäß § 123 SGG nicht in Betracht.

Nach § 9 Abs. 2 SGB IX können Sachleistungen zur Teilhabe, die nicht in Rehabilitationseinrichtungen auszuführen sind, auf Antrag der Leistungsberechtigten als Geldleistungen erbracht werden, wenn die Leistungen hierdurch voraussichtlich bei gleicher Wirksamkeit wirtschaftlich zumindest gleichwertig ausgeführt werden können, Satz 1.

Von der Erstattung der "Sowiesokosten" sind nach dem ausdrücklichen Wortlaut des § 9 Abs. 2 SGB IX Sachleistungen in Rehabilitationseinrichtungen ausgenommen. Gründe für eine Gesetzesauslegung contra legem sind nicht ersichtlich. Eine derartige Auslegung kommt gerade auch unter dem rechtlichen Gesichtspunkt, dass die Krankenkasse im Rahmen ihres Auswahlermessens eine möglichst gleichmäßige Auslastung der in Deutschland verfügbaren Rehabilitationseinrichtungen fordern darf (siehe BSG, Urteil vom 07.05.2013, B 1 KR 53/12 R), nicht in Betracht.

Ein Erstattungsanspruch der "Sowiesokosten" ergibt sich auch nicht aus § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V. Denn die Norm gibt Versicherten nur dann ein Recht, eine andere zertifizierte Einrichtung zu wählen, wenn mit dieser kein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht (so zu Recht BSG, Urteil vom 07.05.2013, B 1 KR 12/12 R, Juris Rn. 17 ff.). Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor. Die Klägerin kann auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten kein Wahlrecht für verschiedene Leistungen beanspruchen, weil sie das im Hinblick auf die Zielsetzung des § 40 SGB V Erforderlich hält. Für diese Rechtsauffassung spricht auch die rechtshistorische Entwicklung des § 111 SGB V: Die Einschränkung der Wahlrechte bei Vertragseinrichtungen sichert die Vorhaltung eines verfügbaren Systems von stationären Einrichtungen, indem die Krankenkassen bei der Auswahlentscheidung zwischen verschiedenen gleich geeigneten Einrichtungen auch im Interesse der Erhaltung der Infrastruktur und Wirtschaftlichkeit eine Auslastung der für Naturalleistungen verfügbaren Vertragseinrichtungen sorgen können (BSG, a.a.O. Juris Rn. 23). Der Gesetzgeber bezog Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in ein vertragliches Zulassungssystem (vgl. § 111 SGB V) ursprünglich mit ein, um einer ungesteuerten Entwicklung in diesem Bereich entgegenzuwirken (vgl. Gesetzesentwurf der Fraktion CDU/CSU und FDP eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz-GRG) BT-Drucks 11/2237, S. 140). Er wollte damit den Krankenkassen(verbänden) auch Einfluss auf die Zahl der Leistungserbringer verschaffen (vgl. Klückmann in Hauck/Noftz, SGB V, Stand April 2013, K § 111 Rn. 3; Wahl in: jurisPK, 2. Aufl. 2012 § 111 SGB V Rn. 16 m.w.N.).

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Klage abzuweisen war.

Die Kostenentscheidung beruht auf den §§ 183, 193 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2017-09-15