

L 5 R 1433/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 19 R 3165/10
Datum
03.03.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 R 1433/11
Datum
15.02.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 03.03.2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Dem Kläger werden Verschuldungskosten gem. [§ 192 SGG](#) in Höhe von 300 EUR auferlegt.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Erstattung der Kosten für eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme.

Der 1962 geborene Kläger ist als IT-Dienstleister selbständig tätig und privat bei der G. Versicherung AG krankenversichert.

Er befand sich in der Zeit vom 11.12.2009 bis zum 18.12.2009 in der Behandlung in der Klinik der W. M. P. GmbH in R., wo er am 12.12.2009 eine Hüftendoprothese links erhielt.

Eine Anschluss-Rehabilitationsmaßnahme im Heilbad K. in K. hatte er bereits am 12.11.2009 verbindlich vereinbart. Nachdem er am 23.11.2009 erfahren hatte, dass die Beklagte zuständiger Rehabilitationsträger sei, hatte er nach seinen Angaben am 30.11.2009 mit einer Mitarbeiterin der Beklagten (Servicestelle O.) telefoniert, die ihm erklärt habe, dass über die Auswahl der Klinik von Fall zu Fall entschieden werde. Der Antrag werde von der Klinik mit den entsprechenden Hinweisen nach der Operation eingereicht.

Am 15.12.2009 beantragte die W. M. P. GmbH für den Kläger bei der Beklagten, die Gewährung einer Anschlussrehabilitation im Heilbad K. in K. ...

In der Zeit vom 18.12.2009 bis 01.01.2010 nahm der Kläger die Rehabilitationsmaßnahme im Heilbad K. in K. in Anspruch.

Mit Bescheid vom 28.12.2009 bewilligte die Beklagte dem Kläger eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der M. Sch. Klinik in Bad P.-G ... Der Aufnahmeterrmin werde von der Rehabilitationseinrichtung mitgeteilt. Diese sei gebeten worden, ihn möglichst bald aufzunehmen. Die vom Kläger gewünschte Einrichtung könne nur dann ausgewählt werden, wenn die Rehabilitationsleistung einzig in dieser Einrichtung erfolgreich durchgeführt werden könne. Weiter müsse jede Einrichtung, die von ihr betrieben werde oder mit der ein Behandlungsvertrag bestehe, ungeeignet sein. Ihr stünden jedoch mehrere geeignete Einrichtungen zur Verfügung, aus denen die genannte Klinik ausgewählt worden sei.

Gegen diesen Bescheid legte der Kläger mit Schreiben vom 07.01.2010 Widerspruch ein und führte aus, er habe gründlich nach einer geeigneten Klinik gesucht. Nur das Heilbad K. habe alle seine Anforderungen erfüllt. Bei seiner Recherche habe er keine geeignete Einrichtung der Beklagten gefunden. Zudem habe er von K. die Zusage zur Aufnahme direkt im Anschluss an den stationären Aufenthalt am 18.12.2009 erhalten. Eine Aufnahme in die von der Beklagten genannten Klinik hätte erst am 12.01.2010 erfolgen können. Dies sei aus medizinischen Gründen nicht akzeptabel gewesen. Gleichzeitig legte er sofort zu zahlende Rechnungen des Heilbads K. vom 29.12.2009 (8 Übernachtungen, 6x Vollpension, sowie Telefonkosten sowie Anwendungen für die Zeit vom 18.12.2009 bis zum 01.01.2010) und vom 21.12.2009 (Gast-Anwendungen ausgehend von einem Aufenthalt bis zum 08.01.2009) über insgesamt 1.939,70 EUR vor und beantragte die Erstattung der von ihm beglichenen Kosten.

Mit Bescheid vom 22.01.2010 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme für die Maßnahme im Heilbad K. ab und führte aus, dass diese Einrichtung von ihr nicht belegt werde. Darüber sei der Kläger nach Eingang seines Antrages vom 15.12.2009 umgehend telefonisch informiert worden.

Gegen diesen Bescheid legte der Kläger mit Schreiben vom 08.02.2010 Widerspruch ein. Ihm sei erst am 17.12.2009 mitgeteilt worden, dass einer Kostenübernahme womöglich nicht zugestimmt werden könne. Dies habe keine Ablehnung dargestellt. Zudem seien Buchung und Reservierung bereits am 12.11.2009 erfolgt. Eine Stornierung einen Tag vor Antritt der Maßnahme hätte Kosten verursacht. Eine Alternative zum umgehenden Besuch einer Anschlussrehabilitation sei von der Beklagten nicht genannt worden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 26.05.2010 wies die Beklagte den Widerspruch zurück und führte zur Begründung aus, Wünsche der Antragsteller seien nur zu berücksichtigen, soweit es sich um Einrichtungen handle, die vom Rentenversicherungsträger betrieben würden oder mit denen ein Vertrag bestünde. Eine nachträgliche Kostenübernahme bei selbst beschafften Leistungen käme zudem nur in Betracht, wenn auf einen Antrag hin nicht innerhalb von drei Wochen habe entschieden werden können. Dies sei vorliegend nicht der Fall.

Der Kläger hat sein Begehren weiterverfolgt, am 17.06.2010 Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben und sich auf sein Wahlrecht nach [§ 9 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch \(SGB IX\)](#) berufen. Zudem sei die von ihm gewählte Rehabilitationsmaßnahme kostengünstiger gewesen. Das Ermessen der Beklagten sei daher auf null reduziert. Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten.

Mit Gerichtsbescheid vom 03.03.2011 hat das SG die Klage abgewiesen und im Wesentlichen ausgeführt, die Klage sei zulässig, jedoch nicht unbegründet, da der angefochtene Bescheid rechtmäßig sei. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Kostenerstattung für die Rehabilitationsmaßnahme im Heilbad K ... Zwischen den Beteiligten sei unstrittig, dass der Kläger nach seiner Operation im Dezember 2009 grundsätzlich einen Anspruch auf eine medizinische Rehabilitationsleistung gehabt habe. Der Kläger erfülle auch die allgemeinen Leistungsvoraussetzungen für eine Rehabilitation, weshalb ihm von der Beklagten mit Bescheid vom 28.12.2009 eine solche Maßnahme bewilligt worden sei. Art und Ort der Rehabilitationsmaßnahme stünden grundsätzlich im Ermessen der Beklagten. Der Versicherte habe lediglich einen Anspruch auf pflichtgemäße Ermessensausübung, nicht jedoch das Recht, eine ganz bestimmte Reha-Leistung zu verlangen. Vorliegend habe der Kläger die Rehabilitationsmaßnahme im Heilbad K. bereits durchgeführt und die Kosten selbst beglichen. Es komme daher nur ein Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 15 Abs. 1 Satz 3 SGB IX](#) in Betracht. Könne nach [§ 15 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb der in [§ 14 Abs. 2 SGB IX](#) genannten Fristen entschieden werden, teile der Rehabilitationsträger dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mit. Erfolge die Mitteilung nicht oder liege ein zureichender Grund nicht vor, könnten Leistungsberechtigte dem Rehabilitationsträger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass sie sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen (Satz 2). Beschafften sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, sei der zuständige Rehabilitationsträger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet (Satz 3). Vorliegend scheidet ein Kostenerstattungsanspruch des Klägers bereits deswegen aus, weil die Beklagte innerhalb der Frist des [§ 14 Abs. 2 SGB IX](#) über den Antrag des Klägers entschieden habe. Danach müsse der Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang entscheiden. Vorliegend sei der Antrag des Klägers bei der Beklagten am 15.12.2009 eingegangen. Die Beklagte habe darüber mit Bescheid vom 28.12.2009, somit bereits innerhalb von zwei Wochen entschieden. Der Kläger habe die Maßnahme, für die er Kostenerstattung begehre, jedoch bereits am 18.12.2009 und damit lediglich drei Tage nach Antragstellung angetreten, so dass er der Beklagten gar keine Möglichkeit mehr gelassen habe, innerhalb der ihr vom Gesetz eingeräumten Frist zu entscheiden. Zudem habe er mit Schreiben vom 07.01.2009 ausgeführt, dass er die Behandlung bereits im November 2009 gebucht habe und eine Stornierung kurz vor Behandlungsantritt mit Kosten verbunden gewesen wäre. Damit habe sich der Kläger bereits vor Antragstellung an eine bestimmte Klinik gebunden gehabt, ohne der Beklagten die Möglichkeit einzuräumen, von ihrem nach [§ 13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) eingeräumten Ermessen Gebrauch zu machen. Dies könne jedoch nicht zu einer Ermessensreduzierung der Beklagten auf null bei der Auswahl der Einrichtung führen. Ansonsten könnte das Ermessen der Beklagten dadurch ausgehebelt werden, dass sich der Versicherte bereits vor Antragstellung eine bestimmte Klinik auswähle und die Maßnahme antrete. Es falle daher in den Risikobereich des Klägers, wenn er die Maßnahme in der von ihm gewünschten Klinik antrete, ohne vorher eine Entscheidung der Beklagten abzuwarten. Es wäre dem Kläger auch ohne weiteres möglich gewesen, bereits Mitte November bei der Beklagten einen Antrag auf Anschlussrehabilitation zu stellen, so dass die Beklagte vor Beginn der Maßnahme eine Entscheidung hätte treffen können.

Gegen diesen ihm am 07.03.2011 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 06.04.2011 Berufung beim Landessozialgericht eingelegt und vorgetragen, er habe alles ihm Zumutbare unternommen, um der Beklagten eine rechtzeitig vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme erfolgende Entscheidung zu ermöglichen. Zu berücksichtigen sei hierbei, dass die Beklagte unabhängig von der Eilbedürftigkeit gar nicht Willens gewesen wäre, ihm eine Rehabilitationsmaßnahme in unmittelbarem Anschluss an den Krankenhausaufenthalt zu gewähren. Obwohl es aufgrund des vorgesehenen operativen Eingriffs auf der Hand gelegen habe, dass er im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt eine Rehabilitationsmaßnahme benötigen werde, sei ihm von der Beklagten mitgeteilt worden, dass eine Entscheidung ohne den Entlassungsbericht der die Operation durchführenden Klinik nicht getroffen werde. Damit sei aber automatisch sein Wunsch vereitelt worden, direkt von der Klinik in die Reha-Einrichtung verlegt zu werden. Die vom Sozialgericht geforderte frühere Antragstellung, um die Dreiwochenfrist des [§ 14 Abs. 2 SGB IX](#) einzuhalten, hätte angesichts der Haltung der Beklagten also nichts bewirkt. Deren aus medizinischen Gründen nicht nachvollziehbare Auffassung, wonach erst auf Grundlage des Entlassungsberichts aus der die Operation durchführenden Klinik entschieden werden könnte, habe von vornherein die Möglichkeit einer nahtlosen Anschlussbehandlung vereitelt. Abgesehen davon, sei eine sich unmittelbar an den Krankenhausaufenthalt anschließende Rehabilitationsmaßnahme auch medizinisch indiziert gewesen. Hierzu werde der Entlassungsbericht vom 18.12.2009 vorgelegt. Aus diesem Grund habe es sich auch um eine unaufschiebbare Leistung im Sinne von [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) gehandelt, die von der Beklagten - wie sich gezeigt habe - nicht rechtzeitig habe erbracht werden können. Dass die vom Kläger gewählte Maßnahme kostengünstiger gewesen sei als die von der Beklagten im Bescheid vom 28.12.2009 vorgesehene, dürfe unstrittig sein, so dass insoweit auch die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei der nachträglichen Erstattung der Aufwendungen beachtet wären. Er hat zuletzt vorgetragen, mit der von der Beklagten praktizierten Verfahrensweise, einen Antrag auf Anschlussheilbehandlung erst zu einem Zeitpunkt anzunehmen und zu bearbeiten, wenn sich der Versicherte bereits im Krankenhaus befinde und dieses einen Operationsbericht vorgelegt habe, konterkarriere sie selbst die medizinisch gebotene zeitliche Nahtlosigkeit zwischen Krankenhausaufenthalt und Anschlussrehabilitation.

Der Kläger beantragt sinngemäß, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 03.03.2011 und den Bescheid der Beklagten vom 22.01.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.05.2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die Kosten für die von

ihm in der Zeit vom 18.12.2009 bis 01.01.2010 im Heilbad K. in Anspruch genommenen Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation in Höhe von 1939,70 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend und ihren Bescheid für rechtmäßig.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gem. [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthafte und auch sonst zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, ihm die Kosten in Höhe von insgesamt 1.939,70 EUR für die selbst beschaffte Maßnahme der medizinischen Rehabilitation zu erstatten. Er hat darauf keinen Anspruch. Das Sozialgericht hat in seinem Urteil zutreffend dargelegt, nach welchen Rechtsvorschriften das Begehren des Klägers zu beurteilen ist, und weshalb ihm danach die begehrte Kostenerstattung nicht zusteht. Der Senat nimmt auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Gerichtsbescheids Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Zu ergänzen ist lediglich, dass, unabhängig davon, ob die Maßnahme unaufschiebbar in dem Sinne gewesen ist, dass sie am 18.12.2009 beginnen musste, dies nach Überzeugung des Senats nicht die Ursache für die Inanspruchnahme der nicht genehmigten Maßnahme war. Der Grund dafür, dass der Kläger sich die in Anspruch genommene Kur selbst beschafft hat, lag nicht darin, dass im Hinblick auf die - unterstellte - Unaufschiebbarkeit die Entscheidung der Beklagten nicht abgewartet werden konnte. Vielmehr hatte der Kläger diese Einrichtung bereits vor der stationären Akutbehandlung und der Operation am 12.11.2009 verbindlich ausgesucht. Er hat an seiner Entscheidung für das Heilbad K. auch festgehalten, nachdem er wusste, dass die Beklagte zuständiger Rehabilitationsträger war. Er hat seinen erst am 15.12.2009 bei der Beklagten eingegangenen Antrag allein auf die Gewährung der Maßnahme im Heilbad K. gerichtet, wo er über Weihnachten und Neujahr auch seine Familie untergebracht hatte. Danach steht fest, dass er von vorneherein nur diese Maßnahme wahrnehmen wollte, die er bereits Mitte November 2009 verbindlich vereinbart hatte.

Es liegt auch auf der Hand, dass der Kläger, der den so eingeschränkten Antrag bei der Beklagten erst am 15.12.2009 gestellt hat, dieser damit keine ausreichende Gelegenheit für eine frühere Entscheidung gegeben hat, obwohl dies ohne Weiteres möglich gewesen wäre. Dies führt, wie das SG zutreffend ausgeführt hat, unter keinem denkbaren Gesichtspunkt zu einer Ermessensreduzierung. Nach [§ 13 Abs.1 SGB VI](#) bestimmt der Träger der Rentenversicherung im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Nach [§ 15 SGB VI](#) erbringen die Träger der Rentenversicherung im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation diese Leistungen nach den [§§ 26 bis 31 SGB IX](#). Gemäß [§ 15 Abs. 2 SGB VI](#) werden stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Einrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal entweder vom Rentenversicherungsträger selbst betrieben werden oder mit denen ein Vertrag gemäß [§ 21 SGB IX](#) besteht. Dass dann, wenn, wie hier, dem Rehabilitationsträger geeignete Einrichtungen zur Sachleistung zur Verfügung stehen, sich auch aus [§ 9 SGB IX](#) kein Anspruch ergibt, die Gewährung einer Maßnahme in einer Einrichtung zu erhalten, mit der dieser keine vertragliche Beziehung hat, folgt bereits aus dem dargestellten Sachleistungsprinzip.

Hieran ändert nichts, dass der Kläger nach seinem weiteren Vorbringen ab dem 01.12.2009 auf den Internetseiten der Beklagten nach Alternativen gesucht, aber weder hinsichtlich der Indikation noch des Kriteriums "nähere" Umgebung eine geeignete alternative Einrichtung gefunden haben will. Auch dem Senat ist, wie dem SG, insofern nicht ersichtlich, warum der Kläger, auch wenn er die telefonische Auskunft erhalten haben sollte, dass grundsätzlich erst nach Vorliegen des Entlassungsberichts entschieden und der Antrag durch das Krankenhaus gestellt werde, sich nicht an die Beklagte gewandt und ihr den im Hinblick auf den voraussichtlich sehr kurzen Krankenhausaufenthalt besonderen Sachverhalt nicht mit der Bitte um Gewährung einer nahtlosen Anschluss-Heilbehandlung schriftlich dargelegt hat. Darauf, ob die Beklagte ihm bei rechtzeitiger Antragstellung nahtlos eine entsprechende Maßnahme gewährt hätte, kommt es nicht an. Abgesehen davon, dass nicht ersichtlich ist, warum dies nicht hätte geschehen sollen, handelt es sich hier um eine fiktive Betrachtung und nicht um dem tatsächlichen Geschehensablauf.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, weshalb die Berufung des Klägers erfolglos bleiben muss.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 192 und 193 SGG](#). Die Voraussetzungen für die Auferlegung von Verschuldungskosten gemäß [§ 192 Abs. 1 SGG](#) sind erfüllt. Nach dieser Vorschrift kann das Gericht im Urteil einem Beteiligten ganz oder teilweise die Kosten auferlegen, die dadurch verursacht werden, dass der Beteiligte den Rechtsstreit fortführt, obwohl ihm vom Vorsitzenden die Missbräuchlichkeit der Rechtsverfolgung oder Verteidigung dargelegt worden und er auf die Möglichkeit der Kostenauflegung bei Fortführung des Rechtsstreits hingewiesen worden ist.

Der Vorsitzende hat den Kläger mit Verfügung vom 09.06.2011 darauf hingewiesen, dass die Klage aus den oben genannten Gründen keine Aussicht auf Erfolg hat. Weiter hat er ihn auf die Möglichkeit, ihm eine Missbrauchsgebühr aufzuerlegen, hingewiesen.

Trotz dieser Belehrungen hat der Kläger den Rechtsstreit gegen die Beklagte fortgesetzt, wobei er ein hohes Maß an Uneinsichtigkeit gezeigt hat. Nachdem das Sozialgericht schon zutreffend dargelegt hat, dass er sich eine Maßnahme selbst beschafft hat, ohne der Beklagten zuvor die Möglichkeit zu geben, ihm auf dem vorgesehenen Sachleistungsweg eine von ihr ausgewählte Maßnahme zu gewähren, obwohl dies möglich und zumutbar gewesen wäre, hat der Kläger auch nach dem entsprechenden Hinweis des Vorsitzenden an der Berufung festgehalten.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login
BWB
Saved
2012-03-12