

L 10 R 2427/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 10 R 1357/10
Datum
08.05.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 R 2427/12
Datum
17.10.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 08.05.2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Erstattung bzw. Freistellung von Kosten für eine selbst beschaffte Maßnahme zur ambulanten medizinischen Rehabilitation.

Der am 1948 geborene Kläger ist als Metzgermeister in einem Lebensmittelmarkt in S. beschäftigt. Wegen zunehmender Beschwerden am Bewegungsapparat (vor allem der Kniegelenke und der Wirbeläule) wurde bei ihm ab Mai 2009 Arbeitsunfähigkeit festgestellt. Über seine Krankenkasse beantragte der Kläger bei der Beklagten (Eingangsdatum 23.09.2009) ganztägig ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Mit Bescheid vom 05.10.2009 bewilligte die Beklagte dem Kläger für drei Wochen ganztägig ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der S. Bad K ... Mit einem am 15.10.2009 eingegangenen Schreiben ersuchte der Kläger die Beklagte um eine Zuweisung in die M. -Klinik Bad B ... Die M. -Klinik liege in seinem Wohnort und sei von ihm problemlos zu Fuß zu erreichen. Bad K. liege 25 km von Bad B. entfernt; dies würde neben erheblichen Fahrtkosten für die Beklagte bedeuten, dass er ohne Not täglich anderthalb Stunden auf dem Weg zur Therapie verbringen müsste. Die M. -Klinik werde von der Deutschen Rentenversicherung B. regelmäßig für stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen belegt. Nachdem es sich bei der M. -Klinik um kein Vertragshaus der Beklagten handelte, holte diese daraufhin eine hausinterne Stellungnahme ein, inwieweit im Einzelfall eine Belegung möglich sei. Die ärztliche Dezernentin Wilken verwies in ihrer Stellungnahme auf ein weiterhin bestehendes Defizit bei der dortigen ärztlichen Belegung und lehnte eine Kostenübernahme für die M. -Klinik ab.

Der Kläger trat die ambulante Rehabilitationsmaßnahme in der S. nicht an; vielmehr suchte er für die Durchführung dieser Maßnahme vom 02. bis 27.11.2009 (bei nur zögerlichem Therapieerfolg wurde das Heilverfahren um weitere fünf Therapietage verlängert) die M. -Klinik auf (wegen des Verlaufs dieser Maßnahme wird auf den im medizinischen Teil der VA abgehefteten Entlassungsbericht Bezug genommen). Die M. -Klinik stellte der Beklagten für diesen Aufenthalt unter dem 27.11.2009 1.454,80 EUR in Rechnung. Die Beklagte sandte die Rechnung an die Klinik zurück, da sie nicht Kostenträgerin der Maßnahme gewesen sei. Mit Bescheid vom 17.11.2009 lehnte die Beklagte unter Hinweis auf das ihr zustehende Ermessen bei der Auswahl der Einrichtung eine Änderung der Zuweisung ab. Im Schreiben vom 20.11.2009 führte der Kläger hierzu aus, eine Mitarbeiterin seiner Krankenkasse habe eine Woche nach dem Versand seines Schreibens vom 09.10.2009 versucht, telefonisch Auskunft über den Stand seines Rehabilitationsverfahrens zu erhalten. Ihr sei die Information gegeben worden, sein Brief liege noch nicht vor und selbst wenn, dauere die Bearbeitung wenigstens vier Wochen. Aus diesem Grund habe er am 02.11.2009 die Behandlung in der M. -Klinik aufgenommen. Mit Widerspruchsbescheid vom 19.02.2010 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers im Wesentlichen mit dem Hinweis, die S. sei indikationsgerecht und mit der M. -Klinik bestehe kein Belegungsvertrag, zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 15.03.2010 beim Sozialgericht Freiburg Klage erhoben. Mit Gerichtsbescheid vom 08.05.2012 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Kostenübernahme für die durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme. Die Beklagte habe über den Leistungsantrag vom September 2009 innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Frist von drei Wochen nach Antragseingang entschieden. Sie habe den gewünschten Wechsel der Rehabilitationsklinik nicht zu Unrecht

abgelehnt. Sie sei im Rahmen des ihr zustehenden Auswahlmessens berechtigt gewesen, bei der Auswahlentscheidung zwischen mehreren geeigneten Einrichtungen unter dem Gesichtspunkt einer von der Auslastung abhängigen Rentabilität die zur Bedarfsdeckung vorgehaltenen eigenen Einrichtungen und Vertragseinrichtungen zu bevorzugen. Nur soweit dem Leistungsträger gleich geeignete Einrichtungen zur Verfügung stünden, käme dem Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten eine ermessensbeschränkende Wirkung zu. Mit der vom Kläger gewählten M. -Klinik habe aber, anders als mit der angebotenen Schwarzwaldklinik, kein Leistungs- und Belegungsvertrag bestanden. Nicht mehr entscheidungserheblich sei damit gewesen, dass auch im Übrigen keine Ermessensfehler erkennbar seien. Die Tatsache, dass der Kläger nach Bad K. hätte fahren müssen, sei kein gravierender Grund, da diese Wegstrecke nur am Beginn und am Ende der Rehabilitation angefallen wäre.

Gegen den ihm am 18.05.2012 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 08.06.2012 Berufung eingelegt. Er stützt sich auf das ihm zustehende Wahlrecht zwischen verschiedenen Einrichtungen. Die Beklagte habe allein wegen der fehlenden vertraglichen Beziehung zur M. -Klinik eine Einzelfallprüfung abgelehnt. Die von der Beklagten behaupteten und im Übrigen nicht vorliegenden Strukturdefizite seien für seinen Fall nicht von erheblicher Bedeutung. In anderen Fällen habe die Beklagte sowohl stationäre als auch ambulante Maßnahmen in der M. -Klinik akzeptiert. Das Sozialgericht sei irrtümlich von einer stationären Leistung ausgegangen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 08.05.2012 und den Bescheid vom 17.11.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.2.2010 aufzuheben sowie die Beklagte zu verurteilen, ihn von den Kosten der ambulanten Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation in der M. -Klinik vom 02.11.2009 bis 27.11.2009 in Höhe von 1.454,80 Euro freizustellen,

hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte trägt zur Erwiderung vor, man prüfe alle Einrichtungen nach vorgegebenen Kriterien, ob sie den Anforderungen entsprechen würden. Hierbei sei es völlig unerheblich, ob ein federführender Regionalträger dieses Haus bereits belege. Ebenso würden die eigenen Häuser und sämtliche Häuser mit denen ein Belegungsvertrag bestehe, einer systematischen Qualitätskontrolle unterworfen. Im Rahmen des Beschwerdemanagements erfolge eine weitgehende Aufklärung der beklagten Mängel. Die M. -Klinik genüge nicht den strukturellen Anforderungen der Beklagten, weshalb man den Antrag des Klägers abgelehnt habe. So betrage das Verhältnis von Ärzten zu Rehabilitanden 1:20, nach den Strukturanforderungen zur Personalbemessung solle das Verhältnis aber 1:17 betragen. Die tägliche Therapiezeit habe nach dem Entlassungsbericht der M. -Klinik nur 2,78 Stunden statt laut Strukturanforderung bei ganztägig ambulanten Leistungen täglich vier Stunden betragen. Es sei keine Ergotherapie durchgeführt und psychologische Leistungen in Form von Schmerzbewältigung seien nicht erbracht worden. Ein Belegungsvertrag mit der M. -Klinik bestehe nicht. In diesem Zusammenhang weise man auf [§ 13](#) des Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) hin.

Der Kläger hat eine an ihn adressierte Rechnung der M. -Klinik vom 21.01.2010 über 1.454,80 EUR vorgelegt. Auf Anfrage des Senats hat er mitgeteilt, die M. -Klinik habe bei Maßnahmenantritt mit dem Kläger keinen schriftlichen Behandlungsvertrag abgeschlossen, da man von einem Sachleistungsanspruch des Klägers ausgegangen sei. Die Vereinbarung der ambulanten Maßnahmen sei zwischen dem Kläger und dem Verwaltungsleiter der M. -Klinik nach dessen Erinnerung am 21.10.2009 erfolgt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 105 Abs. 2 Satz 1, 143, 144, 151](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässige Berufung ist unbegründet.

Gegenstand des Rechtsstreits ist allein noch der Bescheid vom 17.11.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.02.2010. Denn mit dem Bescheid vom 17.11.2009 lehnte die Beklagte das hier streitige Begehren des Klägers, eine ambulante medizinische Maßnahme zur Rehabilitation in der M. -Klinik zu erhalten, ab. Was die Bewilligung einer ambulanten Leistung zur medizinischen Rehabilitation für die Dauer von drei Wochen in der S. Bad K. durch Bescheid vom 05.10.2009 betrifft, hat sich dieser Bescheid durch die Weigerung des Klägers und die anderweitige Durchführung der Reha-Maßnahme auf sonstige Weise erledigt ([§ 39 Abs. 2](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X -).

Zutreffend ist der Kläger von dem ursprünglichen Begehren auf Gewährung einer ambulanten medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation in der M. -Klinik als Sachleistung auf eine Klage auf Freistellung von der an ihn gerichteten und bislang von ihm nicht beglichenen Forderung der M. -Klinik übergegangen. Denn an die Stelle des zunächst bei der Beklagten geltend gemachten Sachleistungsanspruchs wäre nach Durchführung der begehrten Maßnahme - sofern die Voraussetzungen vorliegen würden - ein Freistellungsanspruch getreten.

Rechtsgrundlage des vom Kläger geltend gemachten Freistellungsanspruches ist [§ 15](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX), entweder unmittelbar oder über eine entsprechende Anwendung des [§ 13 Abs. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), der seinerseits in Satz 3 für selbst beschaffte Leistungen der medizinischen Rehabilitation auf [§ 15 SGB IX](#) verweist (s. zum Streitstand BSG, Urteil vom 21.08.2008, [B 13 R 33/07 R](#) in [SozR 4-3250 § 14 Nr. 7](#) und Urteil des Senats vom 19.03.2009, [L 10 R 2684/07](#) in juris).

Nach [§ 15 Abs. 1 Satz 1 bis 3 SGB IX](#) besteht ein Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für eine erforderliche Rehabilitationsleistung, wenn der Rehabilitationsträger nicht innerhalb der Fristen des [§ 14 Abs. 2 SGB IX](#) entschieden und dem Kläger die Hinderungsgründe nicht mitgeteilt hat und der Kläger sich nach Ablauf einer von ihm gegenüber dem Rehabilitationsträger gesetzten angemessenen Frist die Leistung selbst beschafft hat. Diese Voraussetzungen sind vorliegend bereits deshalb nicht erfüllt, weil der Kläger der Beklagten keine Frist zur Entscheidung gesetzt hat.

Gemäß [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) besteht eine Erstattungspflicht des Rehabilitationsträgers auch dann, wenn der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Auch diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht erfüllt.

Die Vorschrift des [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) nachgebildet, so dass die hierfür entwickelten Grundsätze über die Voraussetzungen der Erstattungspflicht übertragen werden können (Urteil des Senats vom 19.03.2009, [L 10 R 2684/07](#) in juris m.w.N.). Bei der vom Kläger begehrten Leistung handelte es sich nicht um eine unaufschiebbare Leistung im Sinne der ersten Fallgruppe des [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#). Unaufschiebbare Leistungen liegen vor allem bei Notfällen und anderen dringlichen Bedarfslagen vor, in denen eine Sachleistung nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Diese Voraussetzung ist hier nicht erfüllt. Da die Beklagte - wie der Bescheid vom 05.10.2009 zeigt - grundsätzlich in der Lage war, über eine ambulante medizinische Rehabilitationsmaßnahme zeitnah zu entscheiden, wäre sie - im Falle einer Bewilligung der Maßnahme in der vom Kläger gewünschten Einrichtung - in der Lage gewesen, die Leistung rechtzeitig zu erbringen. Im Übrigen diente die Rehabilitation auch nicht einer Akutbehandlung. Nach [§ 13 Abs. 2 SGB VI](#) darf der Rentenversicherungsträger Leistungen zur medizinischen Rehabilitation weder in der Phase einer akuten Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit noch anstelle einer sonst erforderlichen Krankenbehandlung erbringen.

Einschlägig ist im vorliegenden Fall vielmehr allein die zweite Fallgruppe des [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) (zu Unrecht abgelehnte Leistungen). Deren Voraussetzungen sind nicht erfüllt.

Es fehlt bereits an dem für einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) erforderlichen Kausalzusammenhang zwischen der Ablehnung der Beklagten und der erfolgten Selbstbeschaffung der Leistung, hier also der Rehabilitationsbehandlung in der M. -Klinik. Die Ablehnung durch den Leistungsträger muss zur Inanspruchnahme eines bestimmten Leistungserbringers geführt haben, d.h. die Ablehnung muss diese Inanspruchnahme wesentlich mit verursacht haben (so zu der entsprechenden Regelung des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) BSG, Urteil vom 24.09.1996, [1 RK 33/95](#) in [SozR 3-2500 § 13 Nr. 11](#)). Dem steht hier entgegen, dass sich der Kläger die Leistung in der M. -Klinik bereits vor der ablehnenden Entscheidung der Beklagten beschafft hat. Die Rehabilitationsmaßnahme begann am 02.11.2009 und damit bereits einige Zeit vor Erlass des Ablehnungsbescheides der Beklagten vom 17.11.2009. Eine frühere, gegebenenfalls mündliche Ablehnung des Wunsches des Klägers auf Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme in der M. -Klinik liegt nicht vor. Insbesondere kann in der vom Kläger vorgetragenen fernmündlichen Auskunft einer Mitarbeiterin der Beklagten gegenüber der für den Kläger zuständigen Sachbearbeiterin bei der A. H.-B. am 19.10.2009, wonach der Beklagten ein Widerspruch des Klägers noch nicht vorliege und dessen Bearbeitung ohnehin mindestens vier Wochen in Anspruch nehmen werde, keine solche Ablehnung gesehen werden. Denn eine inhaltliche Stellungnahme kann dieser Auskunft gerade nicht entnommen werden; vielmehr lag darin lediglich ein verfahrenstechnischer Hinweis auf die mögliche Bearbeitungsdauer. Es handelte sich somit gerade nicht um eine Ablehnung des Antrages des Klägers.

Zwar wird bei laufenden oder sich über einen längeren Zeitraum erstreckenden Leistungen die ablehnende Entscheidung des Leistungsträgers im Allgemeinen als Zäsur gesehen und die Kostenerstattung nur für diejenigen Leistungen ausgeschlossen, die bis zum Zeitpunkt der Entscheidung auf eigene Rechnung beschafft wurden; für spätere Leistungen wird der erforderliche Kausalzusammenhang dagegen bejaht (BSG, Urteil vom 19.06.2001, [B 1 KR 23/00 R](#) in [SozR 3-2500 § 28 Nr. 6](#)). Das kann indessen nur gelten, wenn die nachträglich getroffene Entscheidung des Leistungsträgers noch geeignet war, das weitere Leistungsgeschehen zu beeinflussen. War dagegen das weitere Vorgehen bereits endgültig festgelegt, fehlt der erforderliche Ursachenzusammenhang zwischen Ablehnung und der Kostenbelastung des Versicherten auch für die Behandlung, die zeitlich nach dem ablehnenden Bescheid liegt (BSG, a.a.O.; Urteil vom 24.09.1996, [a.a.O.](#)). Die vorliegend streitgegenständliche ganztägig ambulante Leistung zur Rehabilitation, die für einen zusammenhängenden Zeitraum von ursprünglich drei Wochen vorgesehen war, stellt sich indes als einheitliche Behandlung dar, die nicht in einzelne Zeitabschnitte aufgespalten werden kann. Deshalb ist für die Beurteilung, ob und zu welchem Zeitpunkt sich der Kläger die Behandlung selbst verschafft hat, auf den Beginn der Maßnahme abzustellen und kommt eine Zäsurwirkung der ablehnenden Entscheidung der Beklagten von vornherein nicht in Betracht. Auch für die Entstehung weiterer Kosten war die nachträglich getroffene Entscheidung der Beklagten nicht kausal.

Weitere Voraussetzung für einen Freistellungsanspruch ist das rechtswirksame Bestehen eines Vergütungsanspruchs (BSG, Urteil vom 18.07.2006, [B 1 KR 9/05 R](#), in juris). Der Träger der M. -Klinik müsste deshalb einen wirksamen Vergütungsanspruch gegen den Kläger besitzen. Gegen einen solchen wirksamen Vergütungsanspruch auf Grund eines wenigstens konkludent geschlossenen Behandlungsvertrages spricht aber der Vortrag des Klägers (vgl. Bl. 58, 64 LSG-Akte), wonach gerade die M. -Klinik bei Behandlungsaufnahme davon ausging, die Behandlung werde als Sachleistung in Kostenträgerschaft der Beklagten durchgeführt. Weder der Kläger noch die Verwaltung der M. -Klinik rechneten nach eigenen Angaben damit, dass die Beklagte die Übernahme der Kosten ablehnen werde. Aus deren Sicht hat sich - so der Vortrag des Prozessbevollmächtigten des Klägers - deshalb der Abschluss eines zivilrechtlichen Behandlungsvertrags sogar verboten. Folgerichtig machte die M. -Klinik die Behandlungskosten dann auch zunächst bei der Beklagten geltend. Ebenso wie die Regelung in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) regelt auch [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) indes nur Sachverhalte, in denen ein Versicherter gegenüber einem Leistungserbringer eine eigene schuldrechtliche Verpflichtung eingegangen ist, um sich eine Sachleistung zu beschaffen, für die er den Leistungsträger als an sich leistungspflichtig ansieht (BSG, Beschluss vom 01.12.2011, [B 3 KR 17/11 B](#), in juris). Fehlt es hingegen - wie vorliegend - an einer solchen schuldrechtlichen Zahlungsverpflichtung des Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer und zahlt er auf eine ihm zu Unrecht zugesandte Rechnung des Leistungserbringers irrtümlich dennoch den Rechnungsbetrag, scheidet eine Kostenerstattung durch den Leistungsträger dennoch aus. Es handelt sich dann vielmehr um eine rechtsgrundlos erfolgte Zahlung, für die der Versicherte im Verhältnis zum Leistungserbringer als Zahlungsempfänger einen Ausgleich nach bereicherungsrechtlichen Vorschriften ([§§ 812 ff. BGB](#)) suchen muss (BSG, a.a.O.).

Vor diesem Hintergrund stellt sich nicht die Frage, ob die Beklagte die Bewilligung der begehrten ambulanten Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation in der M. -Klinik mit zutreffenden Ermessenserwägungen ablehnte und insbesondere die von ihr vorgeschlagene andere Einrichtung ermessensfehlerfrei auswählte. Lediglich am Rande weist der Senat insoweit darauf hin, dass der geltend gemachte Anspruch auf Erstattung der Kosten für die selbst beschaffte Maßnahme in der M. -Klinik nach [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) einen entsprechenden - zu Unrecht abgelehnten - Primärleistungsanspruch (als Sachleistungsanspruch) vorausgesetzt hätte, also einen Anspruch des Klägers gegen die Beklagte auf Durchführung der ambulanten Leistung zur medizinischen Rehabilitation gerade in der M. -Klinik und damit eine entsprechende Ermessensreduzierung auf Null (Urteil des Senats vom 19.03.2009, [a.a.O.](#); Urteil des Landessozialgerichts B. vom 21.08.2012, [L 11 R 5319/11](#) in juris). Erforderlich wäre also gewesen, dass die Beklagte zwingend die Maßnahme in der M. -Klinik hätte

bewilligen müssen und jede andere Entscheidung rechtswidrig gewesen wäre. Auch wenn einerseits nach [§ 33 Satz 2 SGB I](#) den Wünschen des Berechtigten entsprochen werden soll, soweit sie angemessen sind, hat die Beklagte andererseits gemäß [§ 13 Absatz 1 Satz 1 SGB VI](#) bei der Bestimmung der Rehabilitationsleistungen nach pflichtgemäßem Ermessen unter anderem auch den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten. Damit erscheint es nicht grundsätzlich ermessensfehlerhaft, im Rahmen der Auswahlentscheidung zwischen mehreren (geeigneten) Einrichtungen unter dem Gesichtspunkt einer von der Auslastung abhängigen Rentabilität die zur Bedarfsdeckung vorgehaltenen eigenen Einrichtungen zu bevorzugen (vgl. Kater a.a.O., § 13 Rdnr. 8; Zabre in Kreikebohm, SGB VI, 4. Auflage 2013, § 13 Rdnr. 8).

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-10-29