

L 19 R 918/12

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

19

1. Instanz

SG Würzburg (FSB)

Aktenzeichen

S 4 R 622/12

Datum

17.10.2012

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 19 R 918/12

Datum

26.02.2013

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Selbst wenn die Änderung der Klage prozessual zulässig ist ([§ 99 Abs 1 und 2 SGG](#)), hat das Gericht die Zulässigkeit der geänderten Klage zu prüfen. Für die geänderte Klage müssen sämtliche Sachurteilsvoraussetzungen vorliegen (BSG Urteil vom 31.07.2002 - [B 4 RA 113/00 R](#), BSG Urteil vom 24.03.2009 - [B 8 AY 10/07 R](#))

I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Würzburg vom 17.10.2012 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Erstattung von Kosten streitig.

Die 1962 geborene Klägerin nahm in der Zeit vom 11.11.2008 bis 16.12.2008 an einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation in dem Rehabilitationszentrum B-Stadt teil. Die Maßnahme fand zeitgleich mit einer für den Ehemann der Klägerin in diesem Rehabilitationszentrum durchgeführten stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation statt. Die Entlassungsdiagnosen waren: Psychophysisches Erschöpfungssyndrom, Zervikobrachialsyndrom, LWS-Syndrom, V.a. Interkostalneuralgie links und Komplex fokale Anfälle mit Schlaf-Grand mal, isolierten Auren und sekundärer Generalisierung. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könnten leichte bis mittelschwere Tätigkeiten 6 Stunden und mehr täglich verrichtet werden. Aufgrund der epileptischen Erkrankung bestünden qualitative Einschränkungen (Entlassungsbericht vom 06.02.2009).

Am 20.02.2012 beantragten sowohl die Klägerin als auch ihr Ehemann stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Für die Klägerin beschrieb ihr behandelnder Allgemeinarzt Dr. B. mit Befundbericht vom 06.02.2012, dass die Epilepsie als kurauslösende Diagnose anzusehen sei und die Klägerin unter allgemeiner Erschöpfung und wiederkehrenden Anfällen leide.

Mit Bescheid vom 13.03.2012 bewilligte die Beklagte dem Ehemann die Rehabilitationsleistung im Rehabilitationszentrum B-Stadt. Unter dem 16.03.2012 stellten die Klägerin und ihr Ehemann den Antrag auf gleichzeitige Einweisung in dieselbe Rehabilitationsseinrichtung.

Den Antrag der Klägerin lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 13.04.2012 ab. Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch die Beklagte sei nicht erforderlich. Eine Krankenbehandlung im Rahmen der Krankenversicherung sei ausreichend.

Mit Widerspruch vom 21.04.2012 verwies die Klägerin auf ein Attest des Allgemeinarztes Dr. B. vom 15.05.2012. Danach leide die Klägerin unter einer idiopathischen Epilepsie (Absencen und Grand mal), den Folgen einer Innenohrstörung mit Hörverminderung, Schwindel, Tinnitus und Übelkeit und unter einem Hämangiom am Gehirn sowie einer Psoriasis vulgaris. Ambulante Maßnahmen am Wohnort seien ausgeschöpft.

Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 18.05.2012 mit, sie beabsichtige, den Eingang eines Sachverständigengutachtens

abzuwarten, das vom Sozialgericht (SG) Würzburg in einem von der Klägerin anhängig gemachten Klageverfahren betreffend der Gewährung von Erwerbsminderungsrente in Auftrag gegeben worden sei (S 4 R 763/10). Hierzu äußerte sich die Klägerin unter dem 23.05.2012, dass sie bei dem Sachverständigen nicht erscheinen könne und über den Widerspruch vom 21.04.2012 nach Aktenlage zu entscheiden sei.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 14.06.2012 zurück. Prüferärztlicherseits hätten zwar Gesundheitsstörungen festgestellt werden können. Allerdings rechtfertigten die erhobenen Befunde keine ausreichende Indikation für eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme. Die Krankenbehandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung werde für ausreichend gehalten.

Am 18.06.2012 hat die Klägerin Klage zum SG erhoben. Die Beklagte sei zu verurteilen, ihr eine mindestens dreiwöchige stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu bewilligen. Auf das Attest des Allgemeinarztes Dr. B. vom 15.05.2012 werde Bezug genommen.

Mit Schreiben vom 25.06.2012 hat die Klägerin mitgeteilt, die Beklagte sei zu verurteilen, ihr eine mindestens dreiwöchige stationäre Heilbehandlung im Rehabilitationszentrum B-Stadt zu bewilligen. Sie habe die Reha-Maßnahme nunmehr selbst organisiert und werde vom 05.07.2012 bis voraussichtlich 26.07.2012 die stationäre Heilbehandlung im Rehabilitationszentrum B-Stadt antreten. Dort werde sie - in Begleitung ihres Ehemannes - alle Therapien und Anwendungen wahrnehmen, die sie dort verordnet bekomme. Ein Zuwarten auf eine Entscheidung im Klageverfahren sei nicht zumutbar.

Am 26.06.2012 hat die Klägerin beim SG beantragt, die Beklagte im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes zu verpflichten, ihr vorläufig eine mindestens dreiwöchige stationäre Reha-Maßnahme im Rehabilitationszentrum B-Stadt zu bewilligen. Dies hat das SG mit Beschluss vom 04.07.2012 abgelehnt (S 4 R 653/12 ER). Die persönlichen Voraussetzungen für die Gewährung einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation seien nicht erfüllt. Auch sei ein Abwarten in der Hauptsache zumutbar.

Unter dem 26.07.2012 hat die Klägerin mitgeteilt, ihr Klageantrag sei zu präzisieren. Die Beklagte sei zu verurteilen, ihr die Kosten der selbst organisierten Reha-Maßnahme iHv 965,15 EUR zu erstatten. Nach der beigelegten Rechnung des Rehabilitationszentrums B-Stadt vom 24.07.2012 hatte die Klägerin für den Aufenthalt vom 05.07.2012 bis 26.07.2012 eine "Partnerpauschale Ortho 3 Wochen" iHv 920,00 EUR und Kurtaxe iHv 45,15 EUR zu zahlen. Die Klägerin hat weiter ausgeführt, dass ihr während des Aufenthaltes zahlreiche Anwendungen verordnet worden seien, die die Krankenkasse bezahlt habe.

Die Klägerin hat mit Schreiben vom 17.09.2012 vorgetragen, dass sie ihren Klageantrag erweitere. Die Beklagte sei auch zu verurteilen, ihr eine mindestens dreiwöchige stationäre Reha-Maßnahme zu bewilligen. Sie habe mit Schreiben vom 04.09.2012 einen erneuten Reha-Antrag gestellt, da die selbst organisierte Reha-Maßnahme nicht ausreichend ihrer Gesundheit und der Verbesserung ihrer Leistungsfähigkeit gedient habe. Nach dem Schreiben vom 04.09.2012 hat auch der Ehemann der Klägerin eine stationäre Reha-Maßnahme beantragt. Die gleichzeitige Einweisung in dieselbe Rehabilitationsseinrichtung werde gewünscht.

Die Beklagte hat zu dem Antrag vom 04.09.2012 mitgeteilt, dass ihr eine Entscheidung hierüber verwehrt sei, da dies Gegenstand des vorliegenden Klageverfahrens sei.

In dem Klageverfahren S 4 R 763/10 hat das SG ein Sachverständigengutachten nach Aktenlage von dem Neurologen und Psychiater Th. K. eingeholt. Dieser hat unter dem 16.08.2012 eine Epilepsie mit nächtlichen Grand Mal Anfällen und komplex fokalen Anfällen, eine selbstunsichere Persönlichkeit und eine Hyperventilations-Tetanie festgestellt. Weiter hat er ausgeführt, dass bei vorliegender Epilepsie eine Reha-Maßnahme nicht sinnvoll sei. Vielmehr sollte sich die Klägerin regelmäßig bei einem Neurologen zur medikamentösen Einstellung der Epilepsie vorstellen. Es bestünden keine Hinweise für eine therapieresistente Epilepsie.

Mit Gerichtsbescheid vom 17.10.2012 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Sachverständige habe überzeugend ausgeführt, dass Leistungen zur Teilhabe im Sinne einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme nicht erforderlich gewesen seien. Die beantragte Kostenerstattung für die selbst beschaffte Reha-Maßnahme sei abzulehnen, da bereits dem Grunde nach kein Anspruch auf die Gewährung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme bestanden habe. Über den erneuten Antrag der Klägerin vom 04.09.2012 sei nicht zu entscheiden gewesen.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 22.10.2012 zum Bayer. Landessozialgericht. Aufgrund der bei ihr bestehenden Epilepsie und anderer Erkrankungen sei die stationäre medizinische Heilbehandlung dringend notwendig gewesen. Auf das Attest des Allgemeinarztes Dr. B. vom 15.05.2012 werde hingewiesen. Nicht gefolgt werden könne den pauschalen Ausführungen des Neurologen und Psychiaters Th. K. ... Da die beantragte Leistung von der Beklagten zu Unrecht abgelehnt worden sei, habe die Beklagte die Kosten der selbst organisierten Kurmaßnahme zu erstatten.

Der Senat hat mit Schreiben vom 21.11.2012 das Rehabilitationszentrum B-Stadt um Auskunft gebeten, ob es sich bei der streitigen Maßnahme um eine Reha-Leistung nach § 9 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) gehandelt habe oder Leistungen im Rahmen der Begleitung des Ehemannes während dessen Reha-Maßnahme erbracht worden seien (sog. Partnerprogramm).

Hierzu hat die Klägerin mit Schreiben vom 22.11.2012 mitgeteilt, dass sie die einfache und preiswerteste Variante und zwar die "Partnerpauschale" gewählt habe. Ein anderer Vertrag mit der Einrichtung sei ihr aus finanziellen Gründen nicht möglich gewesen.

Nach Auskunft des Rehabilitationszentrums B-Stadt vom 12.12.2012 sei die Klägerin bei einer Rehabilitationsmaßnahme des Ehemannes vom 05.07.2012 bis 26.07.2012 Begleitperson gewesen.

Auf den Hinweis des Senats vom 21.12.2012, dass für den Aufenthalt als Begleitperson unter keinen Umständen eine Kostenerstattung verlangt werden könne, da es bereits an einer erstattungsfähigen Reha-Maßnahme fehle, hielt die Klägerin an der Berufung fest. Sie führte mit Schreiben vom 29.12.2012 aus, sie könne für den Aufenthalt wohl eine Kostenerstattung verlangen, da sie diesen Aufenthalt wegen

ihrer Erkrankungen auch nötig gehabt habe. Mit weiterem Schreiben vom 12.01.2013 hat sie den folgenden Vergleich vorgeschlagen: 1. Die Berufungsklägerin nimmt die Berufungsklage zurück. 2. Die Berufungsbeklagte erstattet der Berufungsklägerin 50 vH der betreffenden Kosten iHv 482,57 EUR.

Die Klägerin beantragt,
den Gerichtsbescheid des SG Würzburg vom 17.10.2012 sowie den Bescheid der Beklagten vom 13.04.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.06.2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die Kosten der von ihr so bezeichneten Reha-Maßnahme vom 05.07.2012 bis 26.07.2012 iHv 965,15 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des SG Würzburg vom 17.10.2012 zurückzuweisen.

Ergänzend wird auf die beigezogenen Akten der Beklagten, auf die Gerichtsakten beider Instanzen und auf die Gerichtsakten des SG Würzburg S 4 R 763/10 und S 4 R 653/12 ER sowie auf die Akte des Bayer. Landessozialgerichts L 19 R 907/12 (Berufungsverfahren zum Klageverfahren S 4 R 763/10) Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ([§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)) ist zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat im Ergebnis zu Recht die Klage abgewiesen. Die - von der Klägerin geänderte - Klage war unzulässig.

Allein noch streitig ist ein Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Erstattung der Kosten, die ihr aufgrund der Begleitung ihres Ehemannes während dessen stationärer Rehabilitationsmaßnahme im Rehabilitationszentrum B-Stadt entstanden sind. Nach der Rechnung dieser Einrichtung vom 24.07.2012 hatte die Klägerin für den Aufenthalt dort vom 05.07.2012 bis 26.07.2012 eine "Partnerpauschale Ortho 3 Wochen" iHv 920,00 EUR und Kurtaxe iHv 45,15 EUR zu zahlen. Nach Auskunft der Einrichtung vom 12.12.2012 ist die Klägerin Begleitperson bei der Rehabilitationsmaßnahme des Ehemannes gewesen. Die Klägerin hat unter dem 26.07.2012 mitgeteilt, dass ihr während des Aufenthaltes medizinische Anwendungen verordnet worden seien, die aber die Krankenkasse bezahlt habe. Im Berufungsverfahren hat die Klägerin die Gewährung einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation aufgrund des erneut gestellten Antrages vom 04.09.2012 nicht weiter verfolgt.

In dem noch streitigen Erstattungsverlangen ist eine Klageänderung zu sehen ([§ 99 Abs 1 SGG](#)). Grundsätzlich liegt eine Klageänderung vor, wenn ein Kläger seinen Antrag oder den Klagegrund, also den der Klage zugrunde liegenden Sachverhalt, austauscht oder wenn Kläger oder Beklagter wechseln. Als eine Änderung der Klage ist es aber nicht anzusehen, wenn ohne Änderung des Klagegrundes statt der ursprünglich geforderten Leistung wegen einer später eingetretenen Veränderung eine andere Leistung verlangt wird ([§ 99 Abs 3 Nr 3 SGG](#)). Tritt also an Stelle eines Sachleistungsanspruchs ("ursprünglich geforderte Leistung") ein Kostenerstattungsanspruch ("eine andere Leistung"), weil sich der Versicherte die abgelehnte Leistung selbst beschafft hat ("wegen einer später eingetretenen Veränderung"), so ist gem. [§ 99 Abs 3 Nr 3 SGG](#) eine entsprechende Änderung des Klageantrags nicht als Klageänderung anzusehen. Vorliegend hat die Klägerin zunächst eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation beansprucht. Sie klagt nunmehr nicht mehr auf die Gewährung der noch ausstehenden Rehabilitationsleistung, vielmehr geht ihr Klageantrag jetzt dahin, die Beklagte zur Kostenerstattung einer selbst beschafften Leistung zu verurteilen. Insoweit findet zwar ein Wechsel von einem Sachleistungsanspruch zu einem Erstattungsanspruch statt, jedoch liegt diesen Ansprüchen nicht - wie von [§ 99 Abs 3 Nr 3 SGG](#) ebenfalls gefordert - der gleiche Klagegrund (Sachverhalt) zugrunde. Denn die Klägerin hat sich nicht die von ihr ursprünglich beantragte und von der Beklagten abgelehnte stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation beschafft, sondern einen Aufenthalt in einem Rehabilitationszentrum als Begleitperson ihres Ehemannes. Dieser Aufenthalt als Begleitperson stellt keine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation dar (vgl. [§§ 9 Abs 1 Nr 1, § 15 SGB VI, §§ 26 ff Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX -](#)), so dass keine Ersetzung der ursprünglich geforderten Leistung und damit eine Klageänderung vorliegt.

Selbst wenn - wie vorliegend - die Beklagte der Änderung der Klage zugestimmt hat und daher die Änderung der Klage prozessual zulässig ist ([§ 99 Abs 1 und 2 SGG](#)), hat das Gericht die Zulässigkeit der geänderten Klage zu prüfen. Für die geänderte Klage müssen sämtliche Sachurteilsvoraussetzungen vorliegen (BSG Urteil vom 31.07.2002 - [B 4 RA 113/00 R](#) - zit. nach juris; BSG Urteil vom 24.03.2009 - [B 8 AY 10/07 R - SozR 4-3520 § 2 Nr 3](#)).

Hier ergibt sich, dass zum Zeitpunkt der Klageänderung weder ein Antrag der Klägerin noch eine rechtsbehelfsfähige Entscheidung der Beklagten über den geltend gemachten Erstattungsanspruch vorlag. Demnach war die geänderte Klage unzulässig und eine Sachentscheidung über den geänderten Streitgegenstand nicht veranlasst.

Die Zulässigkeit der Klage unterstellt, hat die Klage auch in der Sache keinen Erfolg. Als Anspruchsgrundlage kommt einzig die Vorschrift des [§ 15 Abs 1 SGB IX](#) in Betracht, die trägerübergreifend Kostenerstattungsansprüche für selbst beschaffte Teilhabeleistungen regelt (vgl. BSG Urteil vom 20.10.2009 - [B 5 R 5/07 R - SozR 4-3250 § 14 Nr 8](#)). Von den in [§ 15 Abs 1 S 1 bis 4 SGB IX](#) geregelten Tatbeständen, die zur Kostenerstattungspflicht führen können, kommt vorliegend nur Satz 4 in Frage. Gem. [§ 15 Abs 1 S 4 SGB IX](#) besteht die Erstattungspflicht auch, wenn der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Diese Tatbestandsvoraussetzungen sind schon deshalb nicht erfüllt, weil es sich bei der selbst beschafften Leistung nicht um eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation gehandelt hat. Hier wurde lediglich ein Begleitprogramm während der Erbringung einer Rehabilitationsmaßnahme für eine andere Person, dem Ehemann der Klägerin, wahrgenommen.

Nach alledem hat die Berufung der Klägerin keinen Erfolg.

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

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 Abs 2 Nrn 1 und 2 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2013-03-15