

L 9 KR 150/03

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 86 KR 99/03
Datum
07.11.2003
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 150/03
Datum
19.12.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1.) Eine vertragsärztliche Verordnung muss die von [§ 15 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) geforderten Voraussetzungen erfüllen, d. h. der Vertragsarzt muss eine hinreichend konkretisierte Maßnahme anordnen und für die Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahme sowohl gegenüber dem Versicherten als auch gegenüber den Krankenkassen die Verantwortung übernehmen. Daran fehlt es, wenn der Arzt keine Behandlung anordnet, sondern lediglich "befürwortet", "empfiehlt" oder "anregt", weil sie ihm "sinnvoll" erscheint. Mit diesen Formulierungen in ärztlichen Bescheinigungen begrenzen Ärzte ihre Stellungnahmen auf Empfehlungen oder gutachterliche Äußerungen, ohne Verantwortung übernehmen zu wollen, so dass entsprechenden Bescheinigungen der Charakter von "Verordnungen" fehlt.

2.) Die vertragsärztliche Verordnung kann grundsätzlich noch bis zum Schluss der letzten mündlichen Tatsachenverhandlung vor dem Landessozialgericht (LSG) nachgeholt werden.

3.) Wechselt der Versicherte die Krankenkasse, müssen alle Leistungsvoraussetzungen für den geltend gemachten Anspruch (einschließlich der vertragsärztlichen Verordnung) vor dem Wechsel vorliegen; sie können auch in einem bereits vorher begonnenen Sozialrechtsstreit danach nicht mehr nachgeholt werden, um den Anspruch gegen die bisher zur Leistungserbringung zuständige Krankenkasse zu begründen.

4.) Der Senat mach von seinem ihm in [§ 75 Abs. 5 SGG](#) eingeräumten Ermessen, einen beigeladenen Versicherungsträger zu verurteilen nur dann Gebrauch, wenn der vom Kläger gegen die Beklagte geltend gemachte Anspruch in diesem Rechtsstreit bereits besteht und der Kläger nur gegen den falschen Versicherungsträger vorgegangen ist.

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 07. November 2003 aufgehoben und die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind für den gesamten Rechtsstreit nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt eine stationäre Rehabilitation.

Der 1948 geborene Kläger bezieht seit dem 1. Mai 1992 eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit und war im Hinblick darauf bis zum 31. Mai 2004 versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten; seit dem 1. Juni 2004 ist er versicherungspflichtiges Mitglied der Beigeladenen.

Er leidet u. a. an einem gemischtförmigen Asthma bronchiale, einer kombinierten obstruktiv-restriktiven Lungenfunktionsstörung, einer vocal chord dysfunction, einer psychogenen Gangstörung, einem Tremor bei neurozirkulatorischer Dystonie, einer Polyarthrose sowie einem degenerativen Wirbelsäulensyndrom. Er erhielt deswegen von der Beklagten in der Zeit vom 30. Mai bis zum 27. Juni 2001 eine stationäre Rehabilitation im Klinikzentrum in Bad Sulza. Dort erhielt er eine musiktherapeutische Einzelkonsultation, Atem-Einzelkrankengymnastik, Arthrose- Einzelkrankengymnastik, Solebecken- Einzelkrankengymnastik, klassische Massage Thoraxbereich, Kurzwelle, Hochvolttherapie Hüftgelenke beidseits, Peloidpackungen, 2 mal täglich Soleinhalationen, Ergo- und Psychotherapie sowie Anwendungen im Gradierwerk. In dem Abschlussbericht der Rehabilitationseinrichtung vom 26. Juni 2001 hieß es im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung: Bei dem 53-jährigen Kläger bestünden schwere chronische Leiden im Sinne einer chronischen obstruktiven Atemwegserkrankung mit asthmatischer Verlaufsform und rezidivierenden Zuständen der Stridoratmung sowie das Bild einer funktionellen motorischen Tetraparese mit erheblichen Einschränkungen des Gehvermögens und des Koordinationsvermögens. Unter der klinischen Heilmaßnahme wird eine leichte Entspannung erreicht, eine wesentliche Verbesserung der ventilatorischen Situation und auch der motorischen Situation sei nicht gelungen. Der Patient sei teilweise pflegebedürftig, eine wesentliche Verschlechterung des Zustandes mit völligem Verlust der Selbständigkeit sei angesichts des bisherigen Verlaufes vorläufig nicht zu erwarten.

Mit Schreiben vom 28. Juni 2002 beantragte der Kläger unter Vorlage ärztlicher Atteste seiner behandelnden Ärzte Dr. Sch (Facharzt f.

Lungen und Bronchialheilkunde vom 30. Juni 2002, vom 4. Juni 2003 sowie vom 2. April 2005, 13. Juni 2004 und 8. August 2007), Dr. Sch (Facharzt f. Innere Medizin vom 27. Juni 2002 und vom 5. Mai 2003 sowie vom 19. März 2005), T /Dr. Rößler (Fachärzte f. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde vom 10. Juli 2002 und vom 5. Mai 2003) und Dres. M und L (Fachärzte für Orthopädie vom 13. Juni 2004) eine erneute stationäre Behandlungsmaßnahme. Dr. Sch befürwortete in seinen Stellungnahmen eine vorzeitige Wiederauflage des stationären Heilverfahrens vom Juni 2001, welches zu einer Besserung des Krankheitsbildes geführt habe und daher aus fachpulmologischer Sicht sinnvoll erscheine bzw. gewährt werden sollte. Dr. Sch empfahl auf Grund der Progredienz der Erkrankung aus hausärztlicher und internistischer Sicht dringend eine neue Reha-Maßnahme. Frau T und Dr. R befürworteten die stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung zur Stabilisierung des Krankheitsbildes unter begünstigenden klimatischen Bedingungen und Therapiemaßnahmen. Dres. M und L regten eine Kur auf Wunsch des Klägers und zur Therapieoptimierung an. Die Beklagte holte beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg e.V. (MDK) Gutachten nach Aktenlage zur Notwendigkeit von stationären Rehabilitationsleistungen ein (Sozialmedizinisches Gutachten der Ärztin A-H vom 19./22. Juli 2002 und des Arztes f. Lungen- und Bronchialheilkunde L vom 7. Oktober 2002) und lehnte den Antrag des Klägers mit Bescheid vom 25. Juli 2002, bestätigt durch den Widerspruchsbeschcheid vom 21. Januar 2003 mit der Begründung ab, dass eine vorzeitige stationäre Rehabilitation vor Ablauf von vier Jahren nach der 2001 bewilligten stationären Maßnahme medizinisch nicht notwendig sei. Denn das Rehabilitationsziel der 2001 durchgeführten Maßnahme habe nicht erreicht werden können; außerdem sei aus pneumologischer Sicht seine Reise- und Rehabilitationsfähigkeit anzuzweifeln.

Auf die hiergegen erhobene Klage hat das Sozialgericht Berlin mit Urteil vom 7. November 2003 die ablehnenden Bescheide der Beklagten aufgehoben und die Beklagte verurteilt, dem Kläger eine stationäre Rehabilitation zu gewähren. Zweifel an der Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit bestünden nach dem Entlassungsbericht der Reha-Klinik und der behandelnden Ärzte ebenso wenig wie nach dem Gutachten des MDK vom 19./22. Juli 2002, in dem die Gutachterin eine stationäre Rehabilitation in einer psychosomatischen Klinik empfohlen habe. Eine ambulante Behandlung am Wohnort sei nach dem Eindruck des Gerichts aus dem Verfahrensablauf nicht ausreichend.

Gegen dieses ihr am 14. November 2003 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 27. November 2003 Berufung eingelegt und zur Begründung vorgetragen: Nach dem Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik und dem Gutachten des MDK vom 7. Oktober 2002 sei festzustellen, dass keine dringende medizinische Indikation für eine vorzeitige stationäre Rehabilitation vorliege. Außerdem habe der Kläger auf psychiatrischem bzw. psychosomatischem Gebiet angebotene ambulante Maßnahmen bislang nicht durchgeführt und verweigert und damit die Behandlungsmöglichkeiten vor Ort noch nicht ausgeschöpft. Die im Rahmen der stationären Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführte Psychotherapie habe zu keiner wesentlichen Stabilisierung des Gesamtbildes geführt. Außerdem habe der Kläger jede weitergehende Diagnostik verweigert und zum Ausdruck gebracht, dass ihm an der Durchführung eines stationären Rehabilitationsverfahrens mit Schwerpunkt im psychiatrischen Bereich nicht gelegen sei, so dass er auch aus diesem Grund nicht rehabilitationsfähig sei. Schließlich habe die Leistungspflicht der Beklagten mit dem Kassenwechsel des Klägers geendet, so dass sie nicht mehr die richtige Beklagte sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 7. November 2003 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil des Sozialgerichts für zutreffend.

Die Beigeladene ist der Auffassung, dass trotz des Kassenwechsels allenfalls die Beklagte leistungs verpflichtet bleibe, wenn sie den geltend gemachten Anspruch zu Unrecht abgelehnt habe und deswegen mit der Leistungserbringung in Verzug geraten sei. Sie sei deshalb nicht der richtige Anspruchsgegner. Eine stationäre Reha-Maßnahme habe sie bislang noch nicht bewilligt.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist begründet. Die ablehnenden Bescheide der Beklagten sind im Ergebnis rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten; das Sozialgericht hätte sie weder aufheben noch die Beklagte zur Gewährung einer stationären Rehabilitation verurteilen dürfen. Denn hierauf hat der Kläger keinen Anspruch.

1.) Es spricht nach den dem Gericht vorliegenden medizinischen Gutachten, Berichten und Attesten schon vieles dafür, dass die Voraussetzungen für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht vorliegen, weil für den Kläger eine ambulante Krankenbehandlung oder ambulante Rehabilitationsleistungen ausreichen (vgl. § 40 Abs. 2 i. V. m. Abs. 1 Sozialgesetzbuch/Fünftes Buch [SGB V] in der ab 1. Januar 2002 geltenden Fassung). Denn der Schwerpunkt der Rehabilitationsmaßnahmen soll nach den ausführlichen Begutachtungen des MDK im Bereich der psychologischen bzw. psychosomatischen Leistungen liegen, weil sie nach dem Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik z. T. über die i. Ü. allenfalls leichten Verbesserungen des Gesundheitszustandes, die sich durch die Heilmaßnahmen erzielen ließen, hinausgingen. Auf diesem Gebiet hat jedoch bisher keine ambulante Behandlung des Klägers stattgefunden. Aus diesem Bereich muss nach den vorhandenen ärztlichen Berichten aber die gesamte weitere Behandlung, einschließlich weiterer fachärztlicher Heilmaßnahmen, konzipiert werden.

2.) Die damit in Zusammenhang stehenden Fragen können aber ebenso offen bleiben wie die Frage, ob der Kläger rehabilitationsbedürftig und -fähig ist, weil es an der für die begehrte stationäre Maßnahme erforderlichen vertragsärztlichen Verordnung fehlt.

Nach [§ 15 Abs. 1 SGB V](#) wird die ärztliche Behandlung von Ärzten erbracht. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden. Die Erforderlichkeit ärztlicher Verordnungen für die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, insbesondere in Rehabilitationseinrichtungen, ist durch [§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB V](#) noch einmal ausdrücklich bestimmt worden. Erst durch die vertragsärztliche Verordnung wird das dem Versicherten durch [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) gewährte Rahmenrecht auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu einem Anspruch auf die vom Vertragsarzt bestimmte

Rehabilitationsmaßnahme - unter Beachtung des der Krankenkasse nach [§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) zustehenden Ermessens - konkretisiert. Daraus folgt, dass dem Versicherten ohne vertragsärztliche Verordnung (noch) kein Anspruch auf die begehrte Rehabilitationsmaßnahme zusteht.

Die vertragsärztliche Verordnung muss zunächst die von [§ 15 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) geforderten Voraussetzungen erfüllen, d.h. der Vertragsarzt muss eine hinreichend konkretisierte Maßnahme anordnen und für die Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahme sowohl gegenüber dem Versicherten als auch gegenüber den Krankenkassen die Verantwortung übernehmen. Daran fehlt es, wenn der Arzt - wie im vorliegenden Fall die behandelnden Ärzte des Klägers - keine Behandlung anordnet, sondern lediglich "befürwortet", "empfiehlt" oder "anregt", weil sie ihm "sinnvoll" erscheint. Mit diesen Formulierungen in ärztlichen Bescheinigungen begrenzen Ärzte ihre Stellungnahmen auf Empfehlungen oder gutachtliche Äußerungen, ohne Verantwortung übernehmen zu wollen, so dass entsprechenden Bescheinigungen, wie im vorliegenden Fall, die erforderliche "Verordnung" fehlt.

Darüber hinaus ergeben sich die Notwendigkeit der vertragsärztlichen Verordnung und weitere Anforderungen an die Verordnung und an den verordnenden Arzt aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien - RehaRL -) nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V](#) vom 16. März 2004. Diese sind im vorliegenden Fall anwendbar, weil sie den Inhalt der vertragsärztlichen Verordnung und damit die Voraussetzungen des Anspruchs auf medizinische Rehabilitation betreffen und deshalb im Zeitpunkt der letzten mündlichen Tatsachenverhandlung bzw. im vorliegenden Fall im Zeitpunkt des Wechsels der Kasse durch den Kläger zum 1. Juni 2004 vorliegen müssen (vgl. dazu unten). Abgesehen von der danach erforderlichen Rehabilitationsberatung nach §§ 5 und 6 der genannten Richtlinien darf ein Vertragsarzt eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 7 der Richtlinien nur verordnen, wenn er die Rehabilitationsbedürftigkeit, die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose auf der Grundlage realistischer, für den Versicherten alltagsrelevanter Rehabilitationsziele feststellt und gemäß § 11 der Richtlinien die besondere Qualifikation zur Beratung des Versicherten sowie zur Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation besitzt. Zumindest die nachvollziehbare Prüfung der Verordnungsvoraussetzungen des § 7 RehaRL ist hier nicht zu erkennen. Die Formulierungen in den ärztlichen "Attesten" sprechen umgekehrt dafür, dass die Ärzte eine solche Prüfung bisher noch nicht vorgenommen haben und damit die von den Richtlinien verlangte qualifizierte Verordnung auch unter dem Blickwinkel der von den RehaRL bezweckten Qualitätssicherung des Rehabilitationsrechts nicht vorliegt.

Der Versicherte, der auf eine in Attesten oder anderen ärztlichen Bescheinigungen ausgesprochene Empfehlung, Befürwortung oder Anregung seines behandelnden Arztes als ausreichender vertragsärztlicher Verordnung vertraut und gestützt darauf ein lange dauerndes Verwaltungsverfahren sowie ggf. einen sich anschließenden Sozialrechtsstreit durchführt, ist ohne die oben näher beschriebene vertragsärztliche Verordnung mit seinem Begehren auf medizinische Rehabilitation im sozialgerichtlichen Prozess aber nicht endgültig gescheitert. Denn in einem Streit auf Bewilligung dieser Leistung mit seiner Krankenkasse kann die hier erforderliche qualifizierte Verordnung noch grundsätzlich bis zum Schluss der letzten mündlichen Tatsachenverhandlung vor dem Landessozialgericht (LSG) nachgeholt werden, weil es sich bei der Verordnung um eine anspruchsbegründende Voraussetzung handelt, die zu den tatbestandlichen Voraussetzungen des Rehabilitationsanspruchs gehört.

Allerdings gibt es für diese Möglichkeit Grenzen, die sich aus dem materiellen Recht ergeben. Beschafft sich der Versicherte die Maßnahme selbst, müssen die Voraussetzungen für den Anspruch auf Rehabilitation im Zeitpunkt der Beschaffung, d. h. i. d. R. im Zeitpunkt der zivilrechtlichen Vereinbarung der medizinischen Maßnahme mit dem Leistungserbringer, spätestens im Zeitpunkt der Leistung selbst, vorliegen, was sich aus [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ergibt, der einen Kostenerstattungsanspruch in solchen Fällen von der Unrechtmäßigkeit der Leistungsablehnung abhängig macht. Wechselt der Versicherte die Krankenkasse, müssen alle Leistungsvoraussetzungen für den Anspruch auf die begehrte Rehabilitationsmaßnahme vor dem Wechsel vorliegen; sie können auch in einem bereits vorher begonnenen Sozialrechtsstreit danach nicht mehr nachgeholt werden, um den Anspruch gegen die bisher zur Leistungserbringung zuständige Krankenkasse zu begründen. Denn nach [§ 19 Abs. 1 SGB V](#) erlischt der Anspruch auf Leistungen mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit keine abweichenden Bestimmungen entgegenstehen. Durch den grundsätzlichen Ausschluss von Rechtswirkungen des Mitgliedschaftsverhältnisses für die Zeit nach seiner Beendigung wird der mögliche Zusammenhang zwischen der Erkrankung (Versicherungsfall) und der Kostenbelastung durch die einzelne Behandlungsmaßnahme krankensicherungsrechtlich jedenfalls dann für unerheblich erklärt, wenn der Versicherte zwischenzeitlich die Mitgliedschaft verliert. Dementsprechend kann (umgekehrt) einem neu aufgenommenen Mitglied nicht entgegengehalten werden, es dürfe Versicherungsleistungen nicht in Anspruch nehmen, weil sie auf einer vor der Mitgliedschaft festgestellten Behandlungsnotwendigkeit beruhen (vgl. zum früheren Recht: Bundessozialgericht SozR 2200 § 182b Nr. 32). Das zwingt ganz generell zu der Annahme, dass die Leistungspflicht der Krankenkasse für eine konkrete Behandlungsmaßnahme nicht von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt des Versicherungsfalls, sondern von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung abhängt (BSG [SozR 3-2500 § 19 Nr. 3](#) und Nr. 4).

[§ 19 SGB V](#) gilt auch für den Verlust der Mitgliedschaft bei einer Kasse und den gleichzeitigen Beitritt zu einer anderen (Kassenwechsel). Der Wortlaut bezieht sich nicht nur auf das Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung schlechthin. Das folgt schon aus der Verwendung des Begriffs "Mitgliedschaft", der nach der Systematik der [§§ 186 ff SGB V](#) das Versicherungsverhältnis zu der für den Versicherten jeweils zuständigen Krankenkasse kennzeichnet (vgl. für den Fall des Kassenwechsels: [§ 186 Abs. 10 SGB V](#) sowie früher § 312 Abs. 1 RVO). Eine - indirekte - Bestätigung erfährt diese Auslegung durch die Sonderregelung in [§ 19 Abs. 2 SGB V](#), die ehemals Versicherungspflichtigen für längstens einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft einen nachgehenden Anspruch auf Leistungen gegen die frühere Krankenkasse zubilligt. Dieser nachgehende Anspruch ist subsidiär; er wird durch eine neue Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse verdrängt (BSGE 51, 281, 285 = SozR 2200 § 183 Nr. 35 S 94; BSG [SozR 2200 § 214 Nr. 2](#) S 2 f m. w. N). Demnach ist die Grundregel des [§ 19 Abs. 1 SGB V](#) auch bei einem Kassenwechsel anzuwenden (ebenso: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Stand: 2000, [§ 19 SGB V](#) RdNr 11). Mit ihm ist deshalb ein Wechsel der Leistungszuständigkeit für alle danach durchgeführten Behandlungen verknüpft, auch wenn der sie veranlassende Versicherungsfall schon vorher eingetreten war und unabhängig davon, ob sich der krankheitsbedingte Behandlungsbedarf bereits gezeigt hatte und ärztlich festgestellt war. Der Zeitpunkt der Behandlungsmaßnahme vor oder nach dem Beginn der Mitgliedschaft ([§ 186 Abs. 10 SGB V](#)) entscheidet darüber, ob die neue oder die alte Krankenkasse leistungspflichtig ist.

Abweichend hiervon führt der Kassenwechsel nach dem Urteil des 3. Senats des BSG vom 23. Januar 2003 nicht zum Ende der Leistungspflicht der alten Krankenkasse, wenn der Leistungsanspruch des Versicherten schon vor dem Kassenwechsel bestanden, die

frühere Krankenkasse den geltend gemachten Versorgungsanspruch deshalb zu Unrecht abgelehnt hat und sich mit der Leistungserbringung im Zeitpunkt des Kassenwechsels in Verzug befindet. In solchen Fällen bleibt die frühere Krankenkasse weiterhin leistungspflichtig, weil sie es sonst in der Hand hätte, sich durch Leistungsverzögerung ihrer Verpflichtung zu entledigen (BSG [SozR 4-2500 § 33 Nr. 1](#)). War der Leistungsanspruch hingegen noch nicht entstanden, hat die Kasse den Versorgungsanspruch deshalb nicht zu Unrecht abgelehnt und befindet sich auch nicht im Verzug. In einem solchen Fall erlischt mit dem Kassenwechsel die Leistungspflicht der alten Kasse mit ihrer Leistungszuständigkeit endgültig und die neue Krankenkasse hat den erst nach dem Kassenwechsel entstehenden Leistungsanspruch zu erfüllen. Bezogen auf den vorliegenden Fall bedeutet dies, dass eine nachträgliche Beschaffung ausreichender vertragsärztlicher Verordnungen nach dem Kassenwechsel des Klägers die bereits endgültig erloschene Leistungszuständigkeit der Beklagten nicht wieder entstehen lassen könnte.

Im Hinblick auf Sach- und Rechtslage kommt derzeit auch eine Verurteilung der beigeladenen neuen Krankenkasse des Klägers nach [§ 75 Abs. 5 SGG](#) nicht in Betracht. Denn ein Rehabilitationsanspruch des Klägers besteht nach den obigen Ausführungen nicht. Der Senat macht von seinem ihm in [§ 75 Abs. 5 SGG](#) eingeräumten Ermessen, einen beigeladenen Versicherungsträger zu verurteilen nur dann Gebrauch, wenn der vom Kläger gegen die Beklagte geltend gemachte Anspruch in diesem Rechtsstreit bereits besteht und der Kläger nur gegen den falschen Versicherungsträger vorgegangen ist. Fehlen dagegen Leistungsvoraussetzungen des Anspruchs gegen den beigeladenen Versicherungsträger, die zudem im Verwaltungsverfahren festzustellen wären und - wie hier nach den RehaRL - weitere Ermittlungen der Krankenkasse - hier nach § 12 RehaRL und [§ 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) u.a. die Einschaltung des MDK - nach sich ziehen müssen, ist der Kläger auf die Geltendmachung seines behaupteten Anspruchs gegen die neue Krankenkasse zunächst in einem neuen Verwaltungsverfahren zu verweisen. Eine solche Vorgehensweise hat hier auch den Vorteil, dass auf Grund seines aktuellen Gesundheitszustandes zunächst von Ärzten seines Vertrauens Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit sowie eine positive Rehabilitationsprognose festzustellen sein werden, bevor die Beigeladene nach erneuter Einschaltung des MDK über sein Begehren im Verwaltungsverfahren zu entscheiden haben wird.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) und folgt dem Ergebnis in der Hauptsache.

Die Revision ist nicht zugelassen worden, weil hierfür kein Grund nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) vorlag.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-02-06