

L 13 RA 85/02

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

13

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 13 RA 1010/00

Datum

12.10.2001

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 13 RA 85/02

Datum

21.01.2003

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 12. Oktober 2001 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenübernahme für eine vom 08.11.1999 bis 30.11.1999 in der T.-Klinik in B. selbst durchgeführte Heilbehandlung der Klägerin.

Die am 1950 geborene Büroangestellte war seit 15.06.1998 arbeitsunfähig erkrankt und bezog ab 27.07.1998 Krankengeld. Sie stellte im Februar 1999 über ihre Krankenkasse Antrag auf medizinische Rehabilitation, möglichst in der Klinik Prof. S. in K. bei Passau. Wegen erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit (Hauptdiagnose: Angstneurose) empfahl der Gutachter Dr. K. im Januar 1999 die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation (Reha).

Mit Bescheid vom 15.09.1999 gewährte die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) medizinische Reha-Leistungen in der Reha-Klinik H. in B. ; die Aufnahme erfolgte am 02.11.1999. Am 05.11.1999 teilte der Ehemann der Klägerin telefonisch mit, das Zimmer in der Klinik sei feucht, seine Frau werde die Kur abbrechen. Er verlangte umgehend eine Verlegung in eine andere Klinik vor Ort. Die Beklagte wies laut Aktenvermerk vom 05.11.1999 ausdrücklich darauf, dass die Reha abgebrochen und ein Ersatzheilverfahren beantragt werden müsse. Eine Kostenübernahme im Nachhinein komme nicht in Betracht.

Mit Schreiben vom 07.11.1999, eingegangen bei der Beklagten am 08.11.1999, beantragte die Klägerin, die Kosten für die Reha in der T.-Klinik in B. (ab 08.11.1999, mittags) in dieser außergewöhnlichen Ausnahmesituation zu übernehmen. Aufgrund der Mängel des Zimmers und der sanitären Einrichtungen, der fehlenden Nachtruhe und der Nichteinhaltung der Hausregeln sei die Maßnahme in der Klinik H. nach Rücksprache mit der Beklagten zu beenden. Ein nochmaliges Genehmigungsverfahren - das erste habe 9 Monate gedauert - gehe zu Lasten ihrer Gesundheit. Ihre beruflichen Fortbildungsmaßnahmen hätten bereits mehrfach verschoben werden müssen. Nach Angaben der T.-Klinik vom 07.12.1999 absolvierte die Klägerin dort als Privatpatientin eine Kur vom 08.11.1999 bis 30.11.1999 (Pauschalsatz 175,43 DM pro Tag).

Mit Bescheid vom 13.01.2000 hob die Beklagte den Bescheid vom 15.09.1999 nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) auf. Aufgrund der ab 08.11.1999 in der T.-Klinik eigenständig durchgeführten Behandlung seien jetzt wegen fehlender Reha-Bedürftigkeit keine weiteren medizinischen Leistungen mehr erforderlich.

Mit streitgegenständlichem (weiterem) Bescheid vom 13.01.2000 lehnte die Beklagte den Antrag vom 08.11.1999 auf nachträgliche Bewilligung einer Reha-Maßnahme in der T.-Klinik in B. ab. Die Klägerin habe die bewilligte Kur in der Reha-Klinik H. trotz Aufklärung über die Folgen, wonach die Entscheidung der Beklagten abzuwarten sei und eine Kostenübernahme im Nachhinein ausscheide, am 08.11.1999 abgebrochen und ab 08.11.1999 bis 30.11.1999 eine medizinische Leistung in der T.-Klinik als Privatpatientin und Selbstzahlerin durchgeführt, ohne jeweils eine Entscheidung der Beklagten abzuwarten. Nach [§ 13 Abs. 1 SGB VI](#) könnten Kosten für ein vorher nicht beantragtes Heilverfahren nachträglich nicht übernommen werden, da die Beklagte Sachleistungsträger und nicht Kostenträger sei.

Gegen diesen Bescheid erhob die Klägerin Widerspruch und forderte die Zahlung der für die Kur entstandenen Kosten in Höhe von 5.305,47 DM (Pauschalpflegesatz Reha: 22 Tage x 175,43 = 3.859,46 DM, Fahrtkosten: 130,29 DM, Übergangsgeld für 4 Wochen: 1.315,72 DM). Mit

Widerspruchsbescheid vom 07.08.2000 wies die Beklagte den Rechtsbehelf zurück. Eine Kostenübernahme komme auch deswegen nicht in Betracht, da mit der T.-Klinik kein Belegungsvertrag bestehe und damit auf den Leistungsanbieter und die Qualität seiner Leistungen kein Einfluss ausgeübt werden könne. Mit Bescheid vom 19.04.2000 bewilligte die Beklagte für die Zeit vom 02.11. - 08.11.1999 Übergangsgeld von 41,75 DM pro Tag.

Mit ihrer Klage zum Sozialgericht (SG) München hat die Klägerin vorgetragen, die Verhältnisse in der Reha-Klinik H. seien unerträglich gewesen. Sie habe die Mängel im Schreiben vom 07.11.1999 der Beklagten zur Kenntnis gebracht. Sie sei in die T.-Klinik aus dringendem eigenen Bedürfnis umgezogen, zudem um die Rehabilitation insgesamt nicht zu gefährden und auch um der Beklagten Kosten zu sparen. Die Kosten von insgesamt 5.305,47 DM seien daher zu bezahlen.

Durch Urteil vom 12.10.2001 hat das SG die Klage abgewiesen. Selbst wenn der Klägerin die Weiterführung der Reha in der Klinik H. nicht zumutbar gewesen wäre, sei ein Anspruch auf Kostenerstattung nicht gegeben. Als Rechtsgrundlage komme, wenn wie hier eine genehmigte Rehabilitation aus zwingenden Gründen abgebrochen werde und in einer anderen Einrichtung weitergeführt werde, die entsprechende Anwendung des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht. Die Voraussetzung, dass ein Leistungsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen können, liege jedoch zum Zeitpunkt des Abbruchs und der Weiterführung der Maßnahme nicht vor. Die Klägerin sei selbst nicht von einer Unaufschiebbarkeit der Maßnahme ausgegangen, da nach ihren Angaben vom 07.11.1999 die psychotherapeutische Behandlung bereits ambulant erfolgt sei und somit aus dem Reha-Umfang herauszunehmen sei. Dies bestätige auch die Wahl der T.-Klinik mit dem Konzept einer ganzheitlichen Behandlung. Eine Behandlung der für die Arbeitsunfähigkeit maßgeblichen Diagnose "Angstneurose", die ursächlich für die Bewilligung einer medizinischen Leistung durch die Beklagte gewesen sei, wäre dort nicht möglich gewesen.

Die zum Bayer. Landessozialgericht (LSG) eingelegte Berufung hat die Klägerin im Wesentlichen auf Ihr bisheriges Vorbringen gestützt. Im Gegensatz zum SG sei jedoch die Weiterführung der Reha-Maßnahme "unaufschiebbar" i.S.v. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) analog gewesen. Dies ergebe sich sowohl aus dem Entlassungsschein der Klinik H. als auch aus dem Bericht der T.-Klinik vom 30.11.1999. Danach hätten am 08.11.1999 erhebliche psychische und physische Beschwerden bei Arbeitsunfähigkeit und dringendem Behandlungsbedarf bestanden, weshalb die Fortführung der begonnenen Maßnahme notwendig gewesen sei. Die Behandlung in der T.-Klinik mit entspannender Therapie im psychischen und physischem Bereich sei laut Entlassungsbericht erfolgreich gewesen.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 12.10.2001 sowie den Bescheid vom 13.01.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.08.2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, Kosten in Höhe von 2.712,64 Euro nebst den gesetzlichen Zinsen zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Eine Übernahme von Aufwendungen komme nicht in Betracht. Die T.-Klinik sei kein Vertragshaus und das dortig Maßnahmenangebot auch nicht indikationsgerecht gewesen. Die Fortsetzung der medizinischen Leistung in der Reha-Klinik H. sei keinesfalls unzumutbar gewesen, wie der Stellungnahme der für die Zusammenarbeit mit den Reha-Einrichtungen zuständigen Stelle vom 02.12.1999 zu entnehmen sei.

Beigezogen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die Verwaltungsakten der Beklagten. Auf ihren Inhalt wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

Nicht Streitgegenstand ist der Bescheid vom 13.01.2000, der den Bescheid vom 15.09.1999 über die Bewilligung von medizinischen Leistungen in der Reha-Klinik H. nach [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) wegen der ab 08.11.1999 durchgeführten Behandlung in der T.-Klinik aufhebt. Streitig ist allein die Kostenübernahme für die Rehabilitation in der Zeit vom 08.11.1999 bis 30.11.1999, die der Bescheid vom 13.01.2000 (gleiches Datum, in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.08.2000) ebenso wie die nachträgliche Bewilligung dieser Maßnahme ablehnt.

Wie das SG zu Recht festgestellt hat, ist die Entscheidung der Beklagten über die Ablehnung der Kostenübernahme nicht zu beanstanden. Die Beklagte hat den ihr zustehenden Ermessensspielraum nicht überschritten, eine Ermessensreduzierung auf Null ist nicht ersichtlich, vgl. [§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#).

Nach dem in [§ 115 Abs. 1 SGB VI](#) festgelegten Grundsatz werden Reha-Leistungen i.d.R. nur auf Antrag gewährt; Ausnahmen enthält [§ 115 Abs. 4 SGB VI](#). Der Antrag ist grundsätzlich vor Durchführung der Reha-Leistung zu stellen. Denn der Rentenversicherungsträger muss prüfen können, ob das Reha-Ziel mit anderen Mitteln erreicht werden kann und welche Leistungen sinnvoll und zweckmäßig sind (vgl. [BSGE 54, 91](#), 93). Der Träger handelt nicht rechtswidrig, wenn er sich auf das Erfordernis einer vor Durchführung oder Beginn der Leistung notwendigen Antragstellung beruft.

Vorliegend hat die Klägerin am 08.11.1999 eine genehmigte Rehabilitation in der Klinik H. abgebrochen und am gleichen Tag in einer anderen Einrichtung (hier: T.-Klinik) begonnen, ohne die Zustimmung bzw. die Bewilligung der Beklagten abzuwarten. Zeitgleich, d.h. am 08.11.1999, ist bei der Beklagten der Antrag auf Bewilligung bzw. Kostenübernahme dieser neuen Maßnahme eingegangen.

Es kann dahinstehen, ob nun eine vor dem Antrag durchgeführte Reha-Leistung (sog. selbstbeschaffte Reha) oder eine nach dem Antrag ohne Zutun des Rentenversicherungsträgers durchgeführte Reha-Leistung vorliegt oder zumindest nach dem Antrag die Reha-Leistung ohne Zutun des Rentenversicherungsträgers begonnen worden ist. In jedem Fall ist der Versicherte bei begründeten unaufschiebbaren Leistungen so zu stellen, als habe er die beantragte Leistung rechtzeitig erhalten; sie ist im Nachhinein dann in Geld zu gewähren (vgl. [BSGE 48, 88](#), 89; [48, 92](#), 94; BSG SozR 2200 § 1236 RVO Nr. 16). Die Selbsthilfe darf sich weder vor- noch nachteilig auswirken, der Ermessensspielraum des Rentenversicherungsträgers bleibt unberührt (vgl. [BSGE 54, 54](#), 56). Mit Feststellung der Rechtswidrigkeit der Ablehnung muss daher ein

Anspruch auf Kostenerstattung entstehen, insoweit bestehen Parallelen zum Herstellungsanspruch (vgl. Mrozynski, SGB 1987, S. 407; aA: Heinze, DAngVers 1985, S. 199). Ob ein solcher Kostenerstattungsanspruch nun auf die entsprechende Anwendung des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gestützt wird (so das SG) oder nicht, kann dahinstehen. Eine gesetzliche Regelung der Kostenerstattung ist seit 01.07.2001 in dem - für den vorliegenden Rechtsstreit noch nicht anwendbaren - [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#) enthalten.

Vorliegend kommt eine Kostenübernahme nicht in Betracht, da die Selbsthilfe der Klägerin am 08.11.1999 in unzulässiger Weise in den Ermessensspielraum der Beklagten nach [§ 13 Abs. 1 SGB VI](#) eingegriffen hat. Auf die Frage, ob es sich hier um eine unaufschiebbare Reha-Leistung gehandelt hat, kommt es daher nicht an.

Nach [§ 13 Abs. 1 SGB VI](#) bestimmt der Rentenversicherungsträger im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen, soweit die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen erfüllt sind. Schließlich werden stationäre medizinische Leistungen zur Rehabilitation in Einrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und Mitwirkung von besonders geschultem Personal entweder vom Rentenversicherungsträger selbst betrieben werden oder mit denen ein entsprechender Vertrag besteht (vgl. [§ 15 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#)). Diese Regelung soll es dem Rentenversicherungsträger ermöglichen, auf die Leistungsanbieter und die Qualität ihrer Leistungen Einfluss zu nehmen. Der Rentenversicherungsträger soll im Interesse der Versichertengemeinschaft nicht gezwungen sein, Leistungen zu finanzieren, ohne deren Art und Qualität beeinflussen zu können. So hat die zuständige Stelle der Beklagten die Reha-Klinik H. im November 1999 überprüft und festgestellt, dass die Unterbringung in den Zimmern trotz der Umbaumaßnahmen in der Klinik zumutbar gewesen sei.

Vorliegend hat die Klägerin die Reha-Leistung in der T.-Klinik ohne vorherige Zustimmung am 08.11.1999 begonnen. Die Beklagte hat erstmals am 08.11.1999 davon Kenntnis erlangt. Die Beklagte konnte damit zu diesem Zeitpunkt auch keine Wege mehr aufzeigen, wie das Reha-Ziel mit Mitteln des Rentenversicherungsträgers hätte erreicht werden können.

Zwar können nach [§ 33 Satz 2 SGB I](#) i.V.m. § 3 Abs. 8 der Gesamtvereinbarung über die Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei der Durchführung der medizinischen Leistungen Wünsche hinsichtlich des Kurortes oder der Behandlungsstätte berücksichtigt werden, soweit sie angemessen sind. Eine Rehabilitationsleistung in der T.-Klinik kam nicht in Betracht, da die Beklagte diese nicht selbst betreibt noch ein entsprechender Vertrag besteht und damit die Klinik von der Beklagten auch nicht belegt wird. Zudem war diese Klinik auch aus medizinischer Sicht für die Klägerin ungeeignet. Grundlage für die Bewilligung der medizinischen Reha war das sozialmedizinische Gutachten des Dr. K. vom 19.01.1999, das als Hauptdiagnose eine Angstneurose gestellt hat. Der ärztliche Entlassungsbericht der Reha-Klinik H. vom 25.11.1999 (stationär: 02.11. - 08.11.1999) bestätigt diese Diagnose an erster Stelle (Leichte depressive Episode, DD: Angststörung). Geplant waren die Teilnahme an einer tiefenpsychologisch orientierten Bezugsgruppe, an einer psychosomatischen Bewegungsgruppe, begleitende Einzelgespräche, das Erlernen von Tiefenmuskelentspannungstraining nach Jacobsen, ein Ausdauertraining und anderes mehr. Die T.-Klinik als Klinik für ganzheitliche Prävention und Rehabilitation konnte eine notwendige Behandlung auf psychosomatischem Gebiet nicht erbringen. Dass nach dem Entlassungsbericht vom 30.11.1999 die Klägerin angegeben hat, sie habe sich sehr gut allgemein erholt, ihre psychophysische Erschöpfung habe sich deutlich verbessert sowie die Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule hätten abgenommen, reduziert den Ermessensspielraum der Beklagten nicht. Die Möglichkeit, eine andere geeignete Reha-Einrichtung auszuwählen, hat die Klägerin der Beklagten durch den Kurantritt am 08.11.1999 vereitelt.

Die Klägerin kann sich auch nicht darauf berufen, die Beklagte habe sie nicht ausreichend über die Folgen des Abbruchs der Reha-Maßnahme in der Klinik H. und der Weiterführung der Maßnahme in der T.-Klinik (Notwendigkeit der vorherigen Zustimmung, keine nachträgliche Kostenübernahme) aufgeklärt. Eine ausreichende Information ergibt sich eindeutig aus den Aktenvermerken vom 05.11.1999 der Beklagten über Gespräche mit dem Ehemann der Klägerin, die sich dessen Kenntnis zurechnen lassen muss. Ein Hinweis in den Akten, dass laut Rücksprache mit Herrn H. (Mitarbeiter der Beklagten) die Maßnahme in der Klinik H. zu beenden sei, ist nicht belegt.

Schließlich ist unerheblich, ob die Klägerin durch den Kuraufenthalt in der T.-Klinik der Beklagten Kosten erspart hat. Maßstab ist allein, der Minderung oder Gefährdung der Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken und ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern bzw. Versicherte ins Erwerbsleben dauerhaft wieder einzugliedern (vgl. [§ 9 Abs. 1 SGB VI](#)).

Nach alledem ist die Entscheidung des Sozialgerichts nicht zu beanstanden, die Berufung war daher als unbegründet zurückzuweisen.

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

Gründe, die Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) zuzulassen, sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-09-03