
S 13 RA 1010/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	13
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 13 RA 1010/00
Datum	12.10.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 13 RA 85/02
Datum	21.01.2003

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung der KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts MÄnchen vom 12. Oktober 2001 wird zurÄckgewiesen.
II. AuÄergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die KostenÄbernahme fÄr eine vom 08.11.1999 bis 30.11.1999 in der T.-Klinik in B. selbst durchgefÄhrte Heilbehandlung der KlÄgerin.

Die am 1950 geborene BÄroangestellte war seit 15.06.1998 arbeitsunfÄhig erkrankt und bezog ab 27.07.1998 Krankengeld. Sie stellte im Februar 1999 Äber ihre Krankenkasse Antrag auf medizinische Rehabilitation, mÄglichst in der Klinik Prof. S. in K. bei Passau. Wegen erheblicher GefÄhrdung der ErwerbsfÄhigkeit (Hauptdiagnose: Angstneurose) empfahl der Gutachter Dr. K. im Januar 1999 die DurchfÄhrung einer medizinischen Rehabilitation (Reha).

Mit Bescheid vom 15.09.1999 gewÄhrte die Bundesversicherungsanstalt fÄr 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 KlÄgerin 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 ausdrÄcklich darauf, dass die Reha abgebrochen und ein Ersatzheilverfahren beantragt werden mÄsse. Eine KostenÄbernahme im Nachhinein komme nicht in Betracht.

Mit Schreiben vom 07.11.1999, eingegangen bei der Beklagten am 08.11.1999, beantragte die KlÄgerin, die Kosten fÄr die Reha in der T.-Klinik in B. (ab 08.11.1999, mittags) in dieser auÄergewÄhnlichen Ausnahmesituation zu Äbernehmen. Aufgrund der MÄngel des Zimmers und der sanitÄren Einrichtungen, der fehlenden Nachtruhe und der Nichteinhaltung der Hausregeln sei die MaÄnahme in der Klinik H. nach RÄcksprache mit der Beklagten zu beenden. Ein nochmaliges Genehmigungsverfahren â das erste habe 9 Monate gedauert â gehe zu Lasten ihrer Gesundheit. Ihre beruflichen FortbildungsmaÄnahmen hÄtten bereits mehrfach verschoben werden mÄssen. Nach Angaben der T.-Klinik vom 07.12.1999 absolvierte die KlÄgerin 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 [Ä 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) auf. Aufgrund der ab 08.11.1999 in der T.-Klinik eigenstÄndig durchgefÄhrten Behandlung seien jetzt wegen fehlender Reha-BedÄrftigkeit keine weiteren medizinischen Leistungen mehr erforderlich.

Mit streitgegenstÄndlichem (weiterem) Bescheid vom 13.01.2000 lehnte die Beklagte den Antrag vom 08.11.1999 auf nachtrÄgliche Bewilligung einer Reha-MaÄnahme in der T.-Klinik in B. ab. Die KlÄgerin habe die bewilligte Kur in der Reha-Klinik H. trotz AufklÄrung Äber die Folgen, wonach die Entscheidung der Beklagten abzuwarten sei und eine KostenÄbernahme 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 durchgefÄhrt, ohne jeweils eine Entscheidung der Beklagten abzuwarten. Nach [Ä 13 Abs. 1 SGB VI](#) kÄnnten Kosten fÄr ein vorher nicht beantragtes Heilverfahren nachtrÄglich nicht Äbernommen werden, da die Beklagte SachleistungstrÄger und nicht KostentrÄger sei.

Gegen diesen Bescheid erhob die KlÄgerin Widerspruch und forderte die Zahlung der fÄr die Kur entstandenen Kosten in HÄhe von 5.305,47 DM (Pauschalpflegesatz Reha: 22 Tage x 175,43 = 3.859,46 DM, Fahrtkosten: 130,29 DM, Äbergangsgeld fÄr 4 Wochen: 1.315,72 DM). Mit Widerspruchsbescheid vom 07.08.2000 wies die Beklagte den Rechtsbehelf zurÄck. Eine KostenÄbernahme komme auch deswegen nicht in Betracht, da mit der T.-Klinik kein Belegungsvertrag bestehe und damit auf den Leistungsanbieter und die QualitÄt seiner Leistungen kein Einfluss ausgeÄbt werden kÄnne. Mit Bescheid vom 19.04.2000 bewilligte die Beklagte fÄr die Zeit vom 02.11. â 08.11.1999 Äbergangsgeld von 41,75 DM pro Tag.

Mit ihrer Klage zum Sozialgericht (SG) MÄnchen hat die KlÄgerin 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 habe 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 bestimme auch die Wahl der T.-Klinik mit dem Konzept einer ganzheitlichen Behandlung. Eine Behandlung der für die Arbeitsunfähigkeit maßgeblichen Diagnose "Angstneurose", die ursprünglich 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 dortige 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 [Â§ 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. [Â§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#).

Nach dem in [Â§ 115 Abs. 1 SGB VI](#) festgelegten Grundsatz werden Reha-Leistungen i.d.R. nur auf Antrag gewährt; Ausnahmen enthält [Â§ 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 [Â§ 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 [Â§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gestÃ¼tzt wird (so das SG) oder nicht, kann dahinstehen. Eine gesetzliche Regelung der Kostenerstattung ist seit 01.07.2001 in dem â fÃ¼r den vorliegenden Rechtsstreit noch nicht anwendbaren â [Â§ 15 Abs. 1 SGB IX](#) enthalten.

Vorliegend kommt eine KostenÃ¼bernahme nicht in Betracht, da die Selbsthilfe der KlÃ¤gerin am 08.11.1999 in unzulÃ¤ssiger Weise in den Ermessensspielraum der Beklagten nach [Â§ 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 [Â§ 13 Abs. 1 SGB VI](#) bestimmt der RentenversicherungstrÃ¤ger im Einzelfall unter Beachtung der GrundsÃ¤tze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und DurchfÃ¼hrung dieser Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemÃ¤Ãem Ermessen, soweit die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen erfÃ¼llt sind. SchlieÃlich werden stationÃ¤re medizinische Leistungen zur Rehabilitation in Einrichtungen erbracht, die unter stÃ¤ndiger Ã¤rztlicher Verantwortung und Mitwirkung von besonders geschultem Personal entweder vom RentenversicherungstrÃ¤ger selbst betrieben werden oder mit denen ein entsprechender Vertrag besteht (vgl. [Â§ 15 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#)). Diese Regelung soll es dem RentenversicherungstrÃ¤ger ermÃ¶glichen, auf die Leistungsanbieter und die QualitÃ¤t ihrer Leistungen Einfluss zu nehmen. Der RentenversicherungstrÃ¤ger soll im Interesse der Versichertengemeinschaft nicht gezwungen sein, Leistungen zu finanzieren, ohne deren Art und QualitÃ¤t beeinflussen zu kÃ¶nnen. So hat die zustÃ¤ndige Stelle der Beklagten die Reha-Klinik H. im November 1999 Ã¼berprÃ¼ft und festgestellt, dass die Unterbringung in den Zimmern trotz der UmbaumaÃnahmen in der Klinik zumutbar gewesen sei.

Vorliegend hat die KlÃ¤gerin 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 RentenversicherungstrÃ¤gers hÃ¶chste erreicht werden kÃ¶nnen.

Zwar kÃ¶nnen nach [Â§ 33 Satz 2 SGB I](#) i.V.m. Â§ 3 Abs. 8 der Gesamtvereinbarung Ã¼ber die BerÃ¼cksichtigung der GrundsÃ¤tze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei der DurchfÃ¼hrung der medizinischen Leistungen WÃ¼nsche hinsichtlich des Kurortes oder der BehandlungsstÃ¤tte berÃ¼cksichtigt 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 fÃ¼r die KlÃ¤gerin ungeeignet. Grundlage fÃ¼r die Bewilligung der medizinischen Reha war das sozialmedizinische Gutachten des Dr. K. vom 19.01.1999, das als Hauptdiagnose eine Angstneurose gestellt hat. Der Ã¤rztliche Entlassungsbericht der Reha-Klinik H. vom 25.11.1999 (stationÃ¤r: 02.11. â 08.11.1999) bestÃ¤tigt 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. [Â§ 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 [Â§ 193 SGG](#).

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

Erstellt am: 03.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024