

Forum A

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe
– Diskussionsbeitrag Nr. 2/2013 –

15.01.2013

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – Wahlrecht der Versicherten bei Auswahl der Rehabilitationseinrichtung und Ermessensausübung der Krankenkasse

Anmerkung zu LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 19.01.2012, L 5 KR 542/11

Von Diana Ramm, M. A. und Prof. Dr. Felix Welti

I. Wesentliche Aussagen des Urteils

- 1. Versicherte haben ein „eingeschränktes Wahlrecht“ bei der Wahl einer zertifizierten Nicht-Vertragseinrichtung.**
- 2. Für Versicherte besteht kein Wahlrecht bei Auswahl der Klinik, wenn es sich bei der ausgewählten Einrichtung um eine Vertragseinrichtung der Krankenkasse handelt.**
- 3. Wünsche von Versicherten zu Einrichtungen gemäß § 9 Abs. 1 SGB IX dürfen nicht allein unter dem Hinweis auf einen fehlenden Versorgungsvertrag abgelehnt werden.**

II. Der Fall

Die Versicherte der beklagten Krankenkasse war Anfang Januar 2008 in stationärer Behandlung. Der Sozialdienst der behandelnden Klinik stellte am 9. Januar 2008 für sie einen Antrag auf eine Anschlussheilbehandlung. Diese sollte auf Wunsch der Versicherten in Klinik 1 durchgeführt werden. Die Kli-

nik ist zertifiziert und es besteht ein Versorgungsvertrag mit der betreffenden Krankenkasse. Des Weiteren wurde angefragt, ob die Möglichkeit einer Teilkostenübernahme bestehe.

Ebenfalls am 9. Januar 2008 teilte die Krankenkasse mit, dass sie nur noch bestimmte Kliniken in Anspruch nehmen und für die Versicherte nur Klinik 2 und Klinik 3 in Betracht kommen. Die eingereichten Unterlagen verdeutlichten nicht, dass nur Klinik 1 für die Behandlung der Versicherten geeignet sei – dies stellte die Versicherte auch nicht in Abrede. Weiter scheidet eine anteilige Kostenbeteiligung aufgrund des Sachleistungsprinzips aus. Die Versicherte begann ohne weitere vorherige Rücksprache mit der Krankenkasse am 14. Januar 2008 die Anschlussheilbehandlung auf eigene Kosten in Klinik 1.

Nach Kenntnis der begonnenen Anschlussheilbehandlung lehnte mit Bescheid vom 14. Januar 2008 die beklagte Krankenkasse eine Kostenübernahme mit dem Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsprinzip ab. Hiergegen legte die Versicherte Widerspruch ein. Der

Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 9. Juni 2008 abgelehnt.

Mit Urteil vom 26. August 2011 hat das Sozialgericht (SG) Düsseldorf die Klage aufgrund einer fehlenden rechtswirksamen Vergütungsforderung der Klinik 1 abgelehnt. Die Versicherte legte Berufung ein.

III. Die Entscheidung

Das Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen hat am 19. Januar 2012 entschieden, dass die zulässige Berufung nicht begründet ist. Nach Auffassung des LSG hat die Versicherte keinen Anspruch auf Erstattung der Gesamtkosten der Leistung oder der Kosten, die entstanden wären, wenn die Leistung in einer von der Krankenkasse vorgeschlagenen Klinik durchgeführt worden wäre („Sowieso-Kosten“). Es sei nicht ersichtlich, dass die Voraussetzungen einer Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 S. 2 SGB V i. V. m. § 15 Abs. 1 S. 4 SGB IX – Unaufschiebbarkeit der Leistung bzw. zu Unrecht abgelehnte Leistung – erfüllt sind.

Das LSG ist der Ansicht, dass es nicht an einer rechtswirksamen Vergütungsforderung fehlte und dass der Beschaffungsweg eingehalten wurde, meint aber, dass ein Kostenerstattungsanspruch nicht weiter reicht als ein Naturalleistungsanspruch. Laut dem LSG hatte die Versicherte jedoch keinen Anspruch auf Leistung in gerade dieser Rehabilitationseinrichtung, mithin keinen konkretisierten Naturalleistungsanspruch.

Bei Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung soll unter Wirtschaftlichkeits- und Kostengesichtspunkten diejenige Einrichtung ausgewählt werden, die bei gleichem Leistungsangebot die günstigsten Vergütungssätze bietet. Bei Auswahl der Klinik hat die Krankenkasse das ihr zustehende Ermessen hier nicht überschritten und die Krankenkasse war nicht verpflichtet, den Wünschen der Versicherten (i. S. d. § 9 Abs. 1 SGB IX)

Rechnung zu tragen.

Das LSG Nordrhein-Westfalen begründet das Urteil damit, dass ein Wahlrecht unter Vertragseinrichtungen nicht bestehe und § 40 Abs. 2 S. 2, 3 SGB V lediglich regule, dass Leistungen auch in Nicht-Vertragskliniken durchgeführt werden können, wenn diese nach § 20 Abs. 2a SGB IX zertifiziert sind, da ansonsten die Regelung des § 40 Abs. 3 S. 1 SGB V – Ermessen bei der Auswahl von geeigneten Einrichtungen – überflüssig wäre. Das LSG Nordrhein-Westfalen legt § 40 Abs. 2 S. 1, 2 SGB V einschränkend dahingehend aus, dass Wünsche von Versicherten zu Einrichtungen gemäß § 9 Abs. 1 SGB IX nur zu berücksichtigen sind, wenn es sich um eine zertifizierte Klinik ohne bestehenden Versorgungsvertrag handelt.

Eine Erstattung der Kosten, die ohnehin entstanden wären, käme nicht in Betracht, da die Kostenübernahme für Klinik 1 nicht zu Unrecht unter Verweis auf das Sachleistungsprinzip durch die Krankenkasse abgelehnt wurde.

IV. Würdigung/Kritik

Mit seiner Auslegung des Wunsch- und Wahlrechts von Leistungsberechtigten (§ 9 SGB IX) und der hierbei getroffenen Unterscheidung zwischen Vertragseinrichtungen und zertifizierten Nicht-Vertragseinrichtungen geht das LSG Nordrhein-Westfalen einen Weg, dem nicht zuzustimmen ist und der wohl auch nicht der Intention des Gesetzgebers entspricht.

Mit § 9 SGB IX wurde den Versicherten ein Mitspracherecht über die zu erbringende Leistung und zur Ausführung der Leistung eingeräumt. In Bezug auf die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die Krankenkassen gemäß § 40 Abs. 2 S. 1 SGB V angehalten, die Leistung in einer Einrichtung durchzuführen, die erstens nach

§ 20 Abs. 2a SGB IX zertifiziert ist und mit der zweitens nach § 111 SGB V ein Versorgungsvertrag besteht. § 40 Abs. 2 S. 2 SGB V bestimmt, dass entstehende Mehrkosten von Versicherten zu tragen sind, wenn diese eine Einrichtung wählen, die zwar zertifiziert ist, mit der aber kein Versorgungsvertrag besteht. Diese Norm ist entgegen der Auffassung des LSG Nordrhein-Westfalen nicht so auszulegen, dass für Versicherte lediglich dann ein Wahlrecht besteht, wenn es sich um eine zertifizierte Nicht-Vertragseinrichtung handelt. Vielmehr besteht das Wahlrecht in Bezug auf eine zertifizierte Vertragseinrichtung erst recht, da deren Eignung durch Vertragsschluss und Zertifizierung doppelt festgestellt ist (vgl. § 21 Abs. 3 SGB IX). Zudem verliert die Auffassung des LSG ihre argumentative Wirkung, wenn der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts¹ gefolgt wird, wonach Krankenkassen verpflichtet sind, mit jeder geeigneten Einrichtung einen Versorgungsvertrag zu schließen.

Im Hinblick auf die Erstattung der Kosten, die der Krankenkasse in einer der von ihr vorgeschlagenen Klinik entstanden wäre

(Sowieso-Kosten), führte das Landessozialgericht Baden-Württemberg mit Urteil vom 1. August 2007² aus, dass in der Ermessensausübung der Krankenkasse auch unter Kostengesichtspunkten erwogen werden könne, die Sowieso-Kosten dann zu erstatten, wenn die selbst beschaffte Anschlussrehabilitation in einer gleich geeigneten Reha-Einrichtung durchgeführt wurde, die ebenfalls über einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V verfügt – wie es vorliegend der Fall war.³

Noch einen Schritt weiter geht die Entscheidung des Hessischen Landessozialgerichts vom 28. August 2008⁴. Gemäß dortiger Rechtsauffassung war das Ermessen der Krankenkasse nach § 40 Abs. 3 S. 1 SGB V bei Auswahl einer Einrichtung in Verbindung mit berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten auf null reduziert, wenn ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht und die Einrichtung für den Einzelfall geeignet ist.⁵

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

¹ BSG v. 23.07.2002 – B 3 KR 63/01 R – BSGE 89, S. 294.

² Az. L 4 KR 2071/05 – ASR 2009, S. 98 ff.

³ ASR 2009, S. 98, S. 100 = Juris, Rz. 21.

⁴ Az. L 1 KR 2/05 – Sozialrecht aktuell 2009, S. 28 ff.

⁵ Sozialrecht aktuell 2009, S. 29 = Juris, Rz. 26; vgl. Fuhrmann, ZMGR 2008, S. 230.