

L 10 R 4402/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 5 R 1552/13
Datum
23.09.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 R 4402/13
Datum
24.01.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze

Das dem Rentenversicherungsträger im Rahmen der Entscheidung über Leistungen zur Teilhabe (hier: medizinische Rehabilitation) eingeräumte Ermessen bezieht sich nicht auf das "Ob" sondern nur auf das "Wie" der Leistung. Eine Klage auf Verurteilung des Rentenversicherungsträger, eine stationäre Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation zu gewähren, kann im gerichtlichen Verfahren nur dann erfolgreich sein, wenn eine entsprechende Ermessensreduzierung auf null eintrat; ob der Rentenversicherungsträger die begehrte Maßnahme mit zutreffender Begründung ablehnte, spielt dabei keine Rolle.
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 23.09.2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation streitig.

Der am 1954 geborene Kläger erlernte den Beruf des Elektroinstallateurs und war in der Folgezeit vor allem als Handelsvertreter, teilweise auch mit eigener Firma, tätig. Ab 2007 arbeitete er in der Abteilung Verkaufsleitung und Marketing eines Herstellers von Rolladenkästen in S. am Ammersee, wo er unter der Woche wohnt. Am Wochenende hält er sich am Wohnort seiner Familie in E., Landkreis C., auf. Er stellte am 24.09.2012 einen Antrag auf Gewährung von Leistungen zur Teilhabe für Versicherte bei der Beklagten. Den Antrag begründete er mit psychischer Belastung und körperlichen Beschwerden wie gehäufter Angina pectoris aufgrund drohenden Wegfalls des Arbeitsplatzes.

Die Beklagte holte bei der zuständigen Krankenkasse des Klägers eine Aufstellung über die Arbeitsunfähigkeitszeiten mit Diagnosen des Klägers ein. Danach war der Kläger in der Zeit vom 30.05.2011 bis 10.06.2011 arbeitsunfähig krank wegen "instabiler Angina pectoris"; daneben fanden sich zwei kürzere AU-Zeiten wegen Infektionen der oberen Atemwege. Bezüglich der Einzelheiten dieser Aufstellung wird auf Bl. 40 der Verwaltungsakte verwiesen. Nach Beziehung eines Befundberichts der behandelnden Hausärztin des Klägers, Dr. W., Fachärztin für Allgemeinmedizin, lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 28.09.2012 den Antrag des Klägers ab, weil die persönlichen Voraussetzungen nicht erfüllt seien. Seinen Widerspruch hiergegen begründete der Kläger damit, er würde seit über fünf Jahren als Arbeitnehmer regelmäßig von E. nach S. am Ammersee (einfache Strecke 290 km) pendeln. Dies bedeute neben der ihn stets fordernden Arbeit zusätzlich eine doppelte Haushaltsführung. Mit 58 Jahren sei dieser zusätzliche Aufwand für ihn sehr beschwerlich. Er verspüre in zunehmendem Maße, dass seine Schaffenskraft sich reduziere und er deshalb dringend eine Auszeit in Form einer aufbauenden Rehabilitation benötige, um letztendlich auch einem Burnout-Syndrom entgegenzuwirken. Die Beklagte veranlasste daraufhin eine Begutachtung durch die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. H. ... Diese diagnostizierte in ihrem Gutachten vom Dezember 2012, beruhend auf einer ambulanten Untersuchung des Klägers, bei diesem eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle sowie einen Mangel an Entspannung oder Freizeit. Der Kläger sei noch affektiv schwingungsfähig, könne sich freuen, Aufmerksamkeit und Konzentration seien vorhanden, der Antrieb unauffällig, die Aktivitäten gleichfalls. Er habe bisher ambulant keine weiteren Maßnahmen ergriffen, d.h. weder eine psychotherapeutische Behandlung noch ein Entspannungsverfahren oder gegebenenfalls Unterstützung mit Psychopharmaka. Die Leistungsfähigkeit des Klägers sei nicht eingeschränkt. Auf Grund dessen würden weder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation noch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorgeschlagen. Mit Widerspruchsbescheid vom 04.04.2013 wies die Beklagte daraufhin den Widerspruch zurück. Die persönlichen Voraussetzungen würden nicht vorliegen. Für die beim Kläger festgestellten gesundheitlichen Einschränkungen seien eine ambulante nervenärztliche Mitbehandlung, Psychotherapie sowie die

Fortsetzung der ambulanten fachärztlichen Behandlung angezeigt. Auch nach den Vorschriften eines anderen Leistungsträgers liege kein Rehabilitationsbedarf vor.

Der Kläger hat hiergegen am 26.04.2013 das Sozialgericht Karlsruhe angerufen. Auf gerichtliche Anfrage hat der Kläger klargestellt, dass er eine stationäre Leistung der medizinischen Rehabilitation begehre. Das Sozialgericht hat zunächst die behandelnden Ärzte des Klägers als sachverständige Zeugen schriftlich vernommen. Der behandelnde Internist und Kardiologe Dr. W. hat unter anderem eine Bescheinigung vorgelegt, in welcher er zur Modifikation der Risikofaktoren und aus "tertiär prophylaktischen Gründen" sowie zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit des Klägers eine Reha-Maßnahme für dringend erforderlich erachte, zumal der Kläger nach der Stentimplantation und Diagnose einer koronaren Herzerkrankung im Juni 2011 keine entsprechende Maßnahme erhalten habe. Dr. W. hat mitgeteilt, bei dem Kläger sei eine deutliche Verschlechterung eingetreten. Der Kläger leide an immer wieder schwankenden Blutdruckwerten; eine Blutdruckeinstellung gestalte sich schwierig; auch sei der Diabetes öfters als entgleist zu bezeichnen gewesen. Der Kläger sei an einer psychischen Belastungsreaktion erkrankt, weil seine Firma aufgelöst werde. Der Internist und Pneumologe Dr. S. hat von einem unter cPAP-Gerätetherapie ausreichend kontrollierten Befund hinsichtlich der obstruktiven Schlafapnoe berichtet.

Mit Urteil vom 23.09.2013 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der Kläger könne keine stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beanspruchen, denn ein rehabilitativer Erfolg ließe sich auch im ambulanten Rahmen erreichen. Es erscheine schon fraglich, ob die Erwerbsfähigkeit des Klägers erheblich gefährdet oder gar gemindert ist, nachdem der Kläger in den letzten zwei Jahren nach der Aufstellung der Krankenkasse seit Juli 2011 nur ein einziges Mal für wenige Tage arbeitsunfähig gewesen sei und dies wegen einer Erkältung. Dessen ungeachtet ließen sich die Gesundheitsstörungen des Klägers nicht nur durch stationäre Leistungen, sondern in gleichwertiger Weise auch durch ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beheben. Im Hinblick auf die im Vordergrund stehenden psychischen Beschwerden des Klägers sei zu beachten, dass dieser bisher keinerlei ambulante Maßnahmen ergriffen habe. So habe er keinen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie aufgesucht, ebenso wenig einen Psychotherapeuten, auch finde keine medikamentöse Behandlung statt. Soweit Dr. W. in seiner Bescheinigung eine stationäre Rehabilitation zur Modifikation von Risikofaktoren und aus "tertiär prophylaktischen Gründen" für dringend erforderlich erachte, sei weder ersichtlich noch vorgetragen, dass insoweit eine stationäre Maßnahme besser geeignet wäre, einen therapeutischen Effekt zu erzielen. Als Risikofaktoren benenne der sachverständige Zeuge neben Bluthochdruck und Diabetes eine familiäre Disposition und früheres Rauchen des Klägers. Durch eine Reha-Maßnahme könne aber weder das frühere Rauchen noch die genetische Disposition beeinflusst werden; die beiden weiteren Risikofaktoren würden im ambulanten Rahmen behandelt werden. Eine Leistungspflicht der Beklagten komme auch nicht unter dem Gesichtspunkt des [§ 14 Abs. 2 Satz 1](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) nach den Leistungsgesetzen eines anderen Rehabilitationsträgers in Betracht. Bezüglich von Leistungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bestehe im vorliegenden Fall keine Notwendigkeit für eine stationäre Rehabilitation.

Gegen das ihm am 28.09.2013 zugestellte Urteil hat der Kläger am 09.10.2013 Berufung eingelegt. Zur Begründung dieser hat er vorgetragen, es sei nicht richtig, dass er sich nicht um eine ambulante psychotherapeutische Behandlung bemüht habe. Vielmehr habe er nach vielen Absagen in den letzten Monaten auf Grund terminlicher Überlastung der Behandler bis vor kurzem keinen ambulanten Therapieplatz erhalten. Frau Dr. W. habe ihm gegenüber erklärt, dass sie weiterhin eine stationäre Reha-Maßnahme zum Zwecke einer Abklärung seiner Symptome für eine sinnvolle weitere ambulante Behandlung befürworten würde.

Der Kläger beantragt (sachdienlich gefasst),

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 23.09.2013 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 28.09.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.04.2013 zu verurteilen, ihm stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie schließt sich den Ausführungen des Sozialgerichts in den Urteilsgründen an.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

II.

Der Senat entscheidet über die nach den [§§ 143, 144](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässige Berufung nach Anhörung der Beteiligten gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

Die Beteiligten haben dieser Verfahrensweise ausdrücklich mit Schriftsatz vom 19.11.2013 bzw. 03.12.2013 zugestimmt.

Das Sozialgericht hat in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils zutreffend die rechtlichen Grundlagen für die hier vom Kläger beanspruchten stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dargelegt und ebenso zutreffend ausgeführt, dass der Kläger die Voraussetzungen für eine solche stationäre Leistung nicht erfüllt, nachdem bereits fraglich erscheint, ob der Kläger überhaupt die in [§ 10](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) definierten persönlichen Voraussetzungen erfüllt, jedenfalls aber keine Reduzierung des der Beklagten zustehenden Ermessens dahingehend vorliegt, dass die vom Kläger explizit begehrten stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu gewähren wären. Der Senat sieht deshalb gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück.

Vertiefend sind aus Sicht des Senats noch folgende Ausführungen veranlasst: Unabhängig davon, ob der Kläger die persönlichen Voraussetzungen gemäß [§ 10 Abs. 1 SGB VI](#) als (Tatbestands-)Voraussetzung für die Gewährung von Teilhabeleistungen nach dem SGB VI

erfüllt - hieran bestehen angesichts des Ergebnisses der Begutachtung durch die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. H. mit der Bestätigung, dass die Leistungsfähigkeit des Klägers nicht eingeschränkt sei, und der nur geringen arbeitsunfähigkeitsbedingten Fehlzeiten des Klägers (wie vom Sozialgericht bereits ausgeführt) erhebliche Bedenken - kann der Kläger mit seinem Begehren nur dann durchdringen, wenn er gerade einen Anspruch auf Durchführung einer stationären Heilbehandlung hat. Dies verneint der Senat.

Nach [§ 9 Abs. 1 SGB VI](#) erbringt die Rentenversicherung Leistungen zur Teilhabe, u. a. die hier er-streb-ten Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation, um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden (Satz 1 Nr. 1) und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern (Satz 1 Nr. 2). Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind (Satz 2). Gemäß [§ 9 Abs. 2 SGB VI](#) können die Leistungen nach Absatz 1 erbracht werden, wenn die (in [§ 10 SGB VI](#) geregelten) persönlichen und (die in [§ 11 SGB VI](#) geregelten) versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Dabei erstreckt sich das dem Rentenversicherungsträger nach [§ 9 Abs. 2 SGB VI](#) mit dem Wort "kann" eingeräumte Ermessen (vgl. Kater in KassKomm, Sozialversicherungsrecht, § 9 Rdnr. 9 und Urteil des Senats vom 08.01.2009, [L 10 R 3662/08](#)) nicht auf das "Ob" der Leistungsgewährung, sondern beschränkt sich auf das "Wie" der Leistungserbringung. Dementsprechend bestimmt der Träger der Rentenversicherung - hier also die Beklagte - gemäß [§ 13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie ggfs. die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen.

Grundsätzlich muss die Beklagte das ihr somit eingeräumte Ermessen entsprechend dem Zweck der Ermächtigung ausüben und die gesetzlichen Grenzen des Ermessens einhalten ([§ 39 Abs. 1 Satz 1](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch [SGB I], [§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#)). Umgekehrt hat der Versicherte einen Anspruch auf pflichtgemäße Ausübung des Ermessens ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB I](#)). Im Rahmen der gerichtlichen Kontrolle kann die Verwaltungsentscheidung - wie sich aus [§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#) ergibt - nur im Rahmen einer Rechtskontrolle auf so genannte Ermessensfehler hin überprüft werden (vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Auflage, § 54 Rdnr. 25 ff.). Nur ausnahmsweise ist die Beklagte zu einer bestimmten Entscheidung verpflichtet, nämlich dann, wenn jede andere Entscheidung fehlerhaft wäre (so genannte Ermessensreduzierung auf null, vgl. Keller a.a.O., Rdnr. 29).

Entsprechend diesen Grundsätzen stellt sich vorliegend nicht die Frage, ob die Beklagte die Bewilligung der begehrten stationären Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation zu Recht, insbesondere mit zutreffenden Ermessenserwägungen, abgelehnt hat. Denn eine fehlerhafte Ermessensausübung führt nur zur Pflicht des Leistungsträgers, über den Antrag erneut zu entscheiden (vgl. [§ 131 Abs. 3 SGG](#)), nicht aber zu einer Ermessensreduzierung auf null mit der Pflicht zum Erlass des begehrten Verwaltungsaktes (vgl. [§ 131 Abs. 2 SGG](#)). Der geltend gemachte Anspruch auf Bewilligung einer stationären Maßnahme setzt also voraus, dass die Beklagte zwingend eine solche stationäre Heilmaßnahme hätte bewilligen müssen und jede andere Entscheidung, insbesondere auch die Gewährung von ambulanten Maßnahmen, rechtswidrig gewesen wäre.

Eine solche Ermessensreduzierung auf null verneint der Senat. Vielmehr hat das Sozialgericht zutreffend ausgeführt, dass keinerlei Anhaltspunkte dafür bestehen, dass den Auswirkungen der vom Kläger und seinen Behandlern geltend gemachten Krankheit auf die Erwerbsfähigkeit des Klägers nicht auch durch ambulante Maßnahmen entgegengewirkt werden kann oder diese sogar überwunden werden können. Dies gilt insbesondere für die aus Klägersicht im Vordergrund stehende Behandlung der psychischen Erkrankung. Angesichts dessen, dass bislang noch nicht einmal ansatzweise eine ambulante Behandlung auf nervenfachärztlichem Gebiet stattgefunden hat - so hat der Kläger weder einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie noch einen Psychotherapeuten aufgesucht und noch nicht einmal eine medikamentöse Behandlung aufgenommen - kommt eine Ermessensreduzierung auf eine stationäre Maßnahme nicht in Betracht. Die von Dr. W. in seiner Bescheinigung vom 12.04.2013 angeführten "Risikofaktoren", zu deren "Modifikation" er eine Reha-Maßnahme indiziert sieht, rechtfertigen aus den vom Sozialgericht genannten Gründen gleichfalls keine Ermessensreduzierung auf eine stationäre Teilmaßnahme. So können das Rauchen in der Vergangenheit sowie die genetische Disposition durch einen stationären Rehabilitationsaufenthalt nicht positiv beeinflusst werden. Der arteriellen Hypertonie sowie dem Diabetes mellitus kann wiederum ohne Weiteres durch eine optimierte Medikation begegnet werden; es sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass eine stationäre Maßnahme insoweit besser geeignet wäre, einen therapeutischen Effekt zu erzielen. Der von Dr. W. ins Feld geführte Kompensationsgedanke für eine im Jahr 2011 unterbliebene Reha-Maßnahme nach damaliger Stent-Implantation und Erstdiagnose einer koronaren Herzerkrankung vermag gleichfalls keine Ermessensreduzierung zu rechtfertigen. Soweit der Kläger zuletzt dargelegt hat, Dr. W. halte eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zur Abklärung der Symptome für sinnvoll, gilt gleiches. Abgesehen davon, dass stationäre Rehabilitationsmaßnahmen gerade nicht in erster Linie der Diagnostik dienen, ist nicht erkennbar, warum eine derartige Abklärung von Symptomen nicht ambulant erfolgen kann.

Zutreffend hat das Sozialgericht auch Ansprüche außerhalb des SGB VI verneint, namentlich nach dem SGB V. Auch ein möglicher Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß [§§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, 40 Abs. 1 SGB V](#) ist bezüglich des "wie" der Leistungserbringung gemäß [§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in das pflichtgemäße Ermessen des Leistungserbringers gestellt. Zusätzlich besteht ein Stufenverhältnis der verschiedenen Maßnahmen, welches bereits aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) deutlich wird. Gemäß [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) gilt: Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen. Reichen diese Leistungen gleichfalls nicht aus, kann die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen ([§ 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Demnach kommt eine stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung nur dann in Betracht, wenn weder eine ambulante Krankenbehandlung noch eine ambulante Rehabilitation ausreichend sind. Anhaltspunkte für eine Ermessensreduzierung dahingehend, dass, ungeachtet des dargestellten Stufenverhältnisses, im vorliegenden Fall nur eine medizinische stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in Betracht käme, sind, wie bereits dargestellt, nicht ersichtlich.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-04-08