

L 7 R 911/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
7
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 15 R 11/14
Datum
11.02.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 7 R 911/15
Datum
15.10.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Der Anspruch auf Bewilligung einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation setzt voraus, dass der Rentenversicherungsträger zwingend eine solche stationäre Heilmaßnahme hätte bewilligen müssen und jede andere Entscheidung, insbesondere auch die Gewährung von ambulanten Maßnahmen, rechtswidrig gewesen wäre. 2. Durch das Kriterium der Erforderlichkeit in [§ 15 Abs. 2 Satz 3 SGB VI](#) wird auf die Beachtung der Ermessensgesichtspunkte der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit ([§ 13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#)) Bezug genommen. Ein Anspruch auf stationäre Leistungen kommt daher nur in Betracht, wenn das Rehabilitationsziel nicht mit ambulanten Leistungen erreicht werden kann.
Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 11. Februar 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

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

Der 1964 geborene Kläger arbeitet als Angestellter im Sozialdienst einer Klinik zunächst in Teilzeit (28,8 Stunden/Woche), seit November 2013 in Vollzeit.

Der gesetzlich krankenversicherte Kläger beantragte am 14. Juni 2013 bei der D., die den Rehabilitationsantrag mit Schreiben vom 18. Juni 2013 an die Beklagte weiterleitete (Eingang bei der Beklagten am 24. Juni 2013), stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. In der Anlage zum Rehabilitationsantrag beschrieb der Kläger seine Tätigkeit als überwiegend sitzend. Die D. teilte mit, dass in den letzten drei Jahren vor Rehabilitationsantragstellung Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausaufenthalte bzw. Rehabilitationsaufenthalte nicht vorgelegen haben. Die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. H. stellte in ihrem ärztlichen Befundbericht vom 3. Juni 2013 die Diagnosen: Erschöpfungssyndrom, Asthma bronchiale und Schlafapnoe. Ohne pathologischen Befund seien folgende Organsysteme: Atemweg, Herz/Kreislauf, Bauchorgane, Bewegungsapparat. Von der Norm abweichende Befunde weise das Nervensystem auf. Eine Rehabilitation in der N. sei geeignet. Die Arbeit des Klägers sei psychisch extrem belastend und aufreibend. Die in den letzten beiden Jahren zunehmende Erschöpfung und psychosomatische Erkrankung mit Schlaf- und Konzentrationsstörungen sei auf diese Belastung zurückzuführen.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 7. August 2013 die beantragten Rehabilitationsleistungen ab, da diese nicht erforderlich seien. Sie hielt eine regelmäßige ambulante nervenärztliche Mitbehandlung bzw. eine Richtlinienpsychotherapie sowie eine Fortsetzung der ambulanten fachärztlichen Behandlung für ausreichend. Dagegen legte der Kläger am 21. August 2013 Widerspruch ein. Er reichte ein Attest der Dr. H. vom 19. August 2013 ein, wonach bei dem Kläger eine Gefährdung bzw. Minderung der Arbeitsfähigkeit vorliege. Rehabilitationsziel sei eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, die auf Grund der Erkrankungen so stark abgenommen hätten, dass der Kläger schon bei geringer sportlicher bzw. körperlicher Belastung jegliche Aktivität abbrechen müsse. Der sehr gesundheitsbewusste und -orientierte Kläger habe die Vorort vorhandenen Möglichkeiten ausgeschöpft. Die körperliche Minderbelastbarkeit habe auch in der beruflichen Situation als Sozialarbeiter in der Suchtabteilung Auswirkungen auf Einsatzfähigkeit, Konzentration und Patientenbegleitung. Der Beratungsarzt der Beklagten Dr. W. gelangte am 17. Oktober 2013 zu der Auffassung, dass die festgestellten Gesundheitsstörungen die Erwerbsfähigkeit nicht erheblich gefährdeten oder minderten. Eine ambulante Krankenbehandlung am Wohnort sei ausreichend. Die Beklagte wies daraufhin den klägerischen Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 6. Dezember 2013 zurück.

Dagegen hat der Kläger am 2. Januar 2014 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben. Er ist der Auffassung, dass eine ambulante

fachärztliche Behandlung seiner Erkrankungen nicht ausreichend sei und seine Erwerbsfähigkeit durch stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wesentlich gebessert werden könne.

Das SG hat die behandelnden Ärzte des Klägers als sachverständige Zeugen einvernommen. Hinsichtlich des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Schreiben des Kardiologen Dr. Dr. K. vom 17. Februar 2014 (Bl. 14/15 der SG-Akten), der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. H. vom 20. Februar 2014 (Bl. 16 der SG-Akten) sowie des Facharztes für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde P. vom 28. Februar 2014 (Bl. 17/22 der SG-Akten) verwiesen.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens. Der Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie und Umweltmedizin Dr. B. hat in seinem Gutachten vom 3. Juni 2014 zusammenfassend ausgeführt, dass auf allergologisch- pneumologischem Fachgebiet eine Rhinokonjunktivitis allergica bei Sensibilisierung auf Pollen von Buchengewächsen und Kräutern sowie ein Asthma bronchiale und ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom vorliege. Die Erwerbsfähigkeit des Klägers sei erheblich und nicht nur vorübergehend beeinträchtigt. Die genannten Erkrankungen führten zu einer verminderten psychischen und körperlichen Leistungsfähigkeit, auch drohe ein Erschöpfungssyndrom. Mit Wahrscheinlichkeit sei für absehbare Zukunft damit zu rechnen, dass weitere Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit auftreten. Mittels einer Hyposensibilisierung über drei Jahre gegen zunächst Baumpollen der Buchengewächse, gegebenenfalls auch Kräuterpollen, könne eine Verbesserung der allergischen Symptome der Rhinokonjunktivitis allergica und auch des Asthma bronchiale erzielt werden. Außerdem sei eine regelrechte Inhalationstherapie des Asthma bronchiale mit regelmäßigen fachärztlichen Untersuchungen erforderlich. Bezüglich des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms könne ein Behandlungsversuch mit einer Unterkiefer-Protrusionsschiene erfolgen. Im Hinblick auf die allgemeine Belastungssituation sei eine Entlastung und Umstrukturierung sinnvoll. Ein stationäres Heilverfahren könne die Symptome der allergischen Erkrankung lindern, spezielle atemtherapeutische Maßnahmen und Inhalationstechniken könnten erlernt werden und eine Nikotinentwöhnung könne angestrebt werden. Die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen könnten nicht ambulant am Wohnort durchgeführt werden. Eine im Hinblick auf die oberen und unteren Atemwege günstige Klimatherapie könne am Wohnort nicht erreicht werden. Das erforderliche Heilverfahren könne im Rahmen einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden.

Die Beklagte ist bei ihrer Einschätzung geblieben und hat darauf hingewiesen, dass eine ambulante fachärztliche Behandlung seit Dezember 2012 nicht erfolgt sei. Die ambulante fachärztliche Behandlung mit Nutzung der ambulanten Therapiemöglichkeiten sei vorrangig und ausreichend.

Das SG hat mit den Beteiligten am 10. Februar 2015 einen Erörterungstermin durchgeführt; hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Niederschrift über die nichtöffentliche Sitzung vom 10. Februar 2015 Bezug genommen (Bl. 64 der SG-Akten).

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 11. Februar 2015 abgewiesen und zur Begründung u.a. ausgeführt, dass der Kläger keinen Anspruch auf Leistungen zur medizinischen stationären Rehabilitation habe, da die ambulanten Therapiemaßnahmen derzeit noch nicht ausgeschöpft seien.

Gegen den ihm am 14. Februar 2015 zugestellten Gerichtsbescheid wendet sich der Kläger mit seiner am 11. März 2015 beim Landessozialgericht (LSG) eingelegten Berufung. Das SG habe nicht ausreichend gewürdigt, dass es inzwischen zu einer medikamentös behandlungsbedürftigen Blutdruckentgleisung gekommen sei, dass er wegen seiner Erkrankung allein im Jahr 2013 sich sieben Mal in hausärztlicher Behandlung befunden habe und er auch wegen seines Asthma bronchiale durch seine Hausärztin behandelt werde. Das SG habe weiterhin die ärztlichen Stellungnahmen der Dr. H., des Lungenfacharztes P. und des Sachverständigen Dr. B. nicht hinreichend berücksichtigt. Weiterhin könne ihm nicht vorgeworfen werden, dass er während der Dauer des Antragsverfahrens nicht weitere "alternative Heilverfahren" genutzt habe, zumal solche von seinen behandelnden Ärzten ihm nicht empfohlen worden seien. Weiterhin führe die praktische Umsetzung ambulanter Heilverfahren - neben Familie und einer Vollzeitbeschäftigung - schnell an Grenzen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 11. Februar 2015 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 7. August 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 6. Dezember 2013 zu verurteilen, ihm stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte verweist zur Begründung auf den angefochtenen Gerichtsbescheid.

Der Berichterstatter hat mit den Beteiligten am 14. August 2015 einen Erörterungstermin durchgeführt; hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Niederschrift über die nichtöffentliche Sitzung vom 14. August 2015 verwiesen (Bl. 24/25 der Senats-Akten).

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Verfahrensakten des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die gem. [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, insbesondere statthaft ([§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)). Sie hat jedoch in der Sache keinen Erfolg. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen.

2. Gegenstand des Berufungsverfahrens bildet der Bescheid vom 7. August 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 6. Dezember 2013 ([§ 95 SGG](#)), mit dem die Beklagte als zweitangegangener Rehabilitationsträger (§§ 14 Abs. 2 Satz 3, 5 Nr. 1, 6 Abs. 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (SGB IX)) Leistungen der medizinischen

Rehabilitation abgelehnt hat. Dagegen wendet sich der Kläger mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (§§ 54 Abs. 1 und 4, 56 SGG) und begehrt ausschließlich stationäre Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Er hat sein Begehren - ausweislich des vor dem SG gestellten Antrages und seines Berufungsschreibens vom 10. März 2015 - ausdrücklich auf stationäre Leistungen der medizinischen Rehabilitation begrenzt; ambulante Leistungen der medizinischen Rehabilitation macht er nicht geltend.

3. Die Berufung hat in der Sache keinen Erfolg. Der Bescheid der Beklagten vom 7. August 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 6. Februar 2013 stellt sich als rechtmäßig dar und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf stationäre Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

a. Gem. § 9 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) - Gesetzliche Rentenversicherung - (SGB VI) erbringt die Rentenversicherung u.a. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, um (1.) den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und (2.) dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern. Die Leistungen können erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind (§ 9 Abs. 2 SGB VI). Nachdem die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§ 11 Abs. 2 SGB VI) unstreitig erfüllt sind, streiten die Beteiligten allein darüber, ob bei dem Kläger die persönlichen Voraussetzungen gegeben sind. Nach der vorliegend allein als Anspruchsgrundlage in Betracht kommenden Regelung des § 10 Abs. 1 SGB VI haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe erfüllt, (1.) deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und (2.) bei denen voraussichtlich (a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann, (b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann, (c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann.

Liegen die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vor, so bestimmt der Träger der Rentenversicherung nach § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Dabei erstreckt sich das dem Rentenversicherungsträger eingeräumte Ermessen nicht auf das "Ob" der Leistungsgewährung, sondern beschränkt sich auf das "Wie" der Leistungserbringung.

b. Der Senat ist nicht davon überzeugt, dass die Erwerbsfähigkeit des Klägers in seinem Beruf als Angestellter im Sozialdienst erheblich gefährdet oder gar gemindert ist.

Der Begriff der im Gesetz nicht definierten Erwerbsfähigkeit ist als Fähigkeit des Versicherten zu verstehen, seinen bisherigen Beruf oder seine bisherige Tätigkeit weiter ausüben zu können; nicht hingegen sind die Kriterien anwendbar, die für die Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen einer Rente wegen Erwerbsminderung maßgebend sind (Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 11. Mai 2011 - B 5 R 54/10 R - BSGE 108, 158 - juris Rdnr. 46; Urteil vom 17. Oktober 2006 - B 5 RJ 15/05 R - juris Rdnr. 17). Zu prüfen ist, ob der Versicherte unabhängig von den Besonderheiten des gerade innegehaltenen Arbeitsplatzes den typischen Anforderungen des ausgeübten Berufs noch nachkommen kann (BSG, Urteil vom 20. Oktober 2009 - B 5 R 44/08 R - BSGE 104, 294 - juris Rdnr. 29). Eine Gefährdung der Erwerbstätigkeit liegt vor, wenn nach ärztlicher Feststellung wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen damit zu rechnen ist, dass ohne Leistungen zur Teilhabe eine Minderung der Erwerbsfähigkeit eintritt; vorübergehende Erkrankungen (Akutfälle) reichen nicht (Kater in Kasseler Kommentar, § 10 SGB VI Rdnr. 5; Luthe in jurisPK-SGB VI, § 10 Rdnr. 38). Es muss die Gefahr einer "Ausgliederung" aus Arbeit, Beruf und Gesellschaft bestehen (Kater, a.a.O.). Der Eintritt der Minderung darf nicht nur möglich sein; es muss die begründete Aussicht bestehen, dass sie in absehbarer Zeit eintritt (Kater, a.a.O.). Die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ist erheblich, wenn nach ärztlicher Feststellung durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen in absehbarer Zeit (regelmäßig 3 Jahre) mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu rechnen ist (Kater, a.a.O. Rdnr. 7; Luthe, a.a.O.; Zabre in Kreikebohm, SGB VI, 4. Aufl. 2013, § 10 Rdnr. 7). Eine geminderte Erwerbsfähigkeit liegt vor, wenn die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben nicht unwesentlich eingeschränkt ist und der Versicherte daher nicht mehr in der Lage ist, seinen Beruf normal auszuüben; die Minderung hat im Gegensatz zur Gefährdung bereits zu einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit geführt (Günicker in Hauck/Noftz, SGB VI, § 10 Rdnr. 10; Kater, a.a.O. Rdnr. 6; Luthe, a.a.O. Rdnr. 42).

Zwar liegen bei dem Kläger Erkrankungen auf internistischem Fachgebiet vor, jedoch ist nicht ersichtlich, dass wegen der daraus resultierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen in absehbarer Zeit mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu rechnen ist. Ausweislich des vom SG bei Dr. B. eingeholten Gutachtens vom 3. Juni 2014 leidet der Kläger an einer saisonalen (nach Angaben des Klägers zwischen Februar und Juni) Rhinokonjunktivitis allergica bei Sensibilität auf Pollen von Buchengewächsen und Kräutern (sog. "Heuschnupfen"), einem Asthma bronchiale und einem obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom (so im Übrigen auch der Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde P. sowie der Entlassbericht der T. vom 26. März 2013). Im Rahmen der körperlichen Untersuchungen am 6. und 27. Mai 2014, mithin während der Allergiesaison, hat Dr. B. keinen pathologischen Befund erhoben. Der Laborbefund hat keine Auffälligkeiten erwiesen. Dr. B. hat ein unauffälliges Elektrokardiogramm sowie ein Herz-Kreislauf-Verhalten in Ruhe und bei Belastung mit zuletzt 100 Watt (bei konstanter Sauerstoffsättigung und ohne Rhythmusstörungen) beschrieben. In der Röntgendiagnostik hat sich ein unauffälliger altersentsprechender Thoraxbefund gezeigt. Die Lungenfunktionsprüfung hat einen normalen Atemwegswiderstand in Ruhe und nach Belastung, keine Restriktion, keine Obstruktion sowie keinen Hinweis auf eine Diffusionsstörung und eine respiratorische Insuffizienz ergeben. Festgestellt hat er eine deutliche bronchiale Hyperreagibilität (allgemeine Atemwegsüberempfindlichkeit gegen Reize). In der Allergiediagnostik hat Dr. B. Reaktionen auf Pollen von Bäumen, Kräutern und Blumen (insbesondere Birke, Haselnuss, Buche, Kräuter) festgestellt.

Die Einschätzung des Dr. B., die Erwerbsfähigkeit des Klägers als Angestellter im Sozialdienst einer (psychiatrischen) Klinik sei erheblich und nicht nur vorübergehend beeinträchtigt, lässt sich mit dem von ihm erhobenen Befund nicht in Einklang bringen. Dr. B. hat seine Einschätzung mit einer erheblichen psychischen Belastung im Beruf und in der Familie, einer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens wegen der saisonal auftretenden Rhinokonjunktivitis allergica und des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (eingeschränkte Leistungs- und

Konzentrationsfähigkeit, Tagesmüdigkeit) sowie Atemnot und Enge im Brustkorb bei mäßiger körperlicher Belastung begründet. Dem von ihm erhobenen Befund ist aber eine Einschränkung der (psychischen) Konzentrations- und Leistungsfähigkeit nicht zu entnehmen. In der Beantwortung der Beweisfrage Ziff. 3 spricht Dr. B. nur noch davon, dass eine ausreichende Konzentrationsfähigkeit zweifelhaft erscheine, wobei er sich anscheinend auf die anamnestischen Angaben des Klägers stützt. Der Kläger hat sich auch zu keinem Zeitpunkt wegen eines Erschöpfungssyndroms mit eingeschränkter Konzentrations- und Leistungsfähigkeit in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung befunden. Ebenso wenig hat Dr. B. eine Einschränkung der kardiopulmonalen Belastbarkeit beschrieben, sondern gerade - und zwar in der Allergiesaison - eine fahrradergometrische Belastung bis zu 100 Watt, was einer mittelschweren körperlichen Belastung entspricht, mit unauffälliger Lungenfunktion festgehalten. Im Übrigen hat sich Dr. B. darauf beschränkt, die Beschwerdeangaben des Klägers unkritisch zu übernehmen. Dr. B. kann seine Beurteilung auch nicht auf die Stellungnahme der behandelnden Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. H. vom 20. Februar 2014 stützen, wonach der Kläger trotz ihrer dringlichen ärztlichen Hinweise nie Zeiten der Arbeitsunfähigkeit bei sehr großem Pflichtgefühl gegenüber seinen Klienten in Anspruch genommen habe. Denn Dr. H. hat mit ihrer Stellungnahme keinerlei Befunde mitgeteilt, die die Annahme einer Arbeitsunfähigkeit i.S. des § 44 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) rechtfertigen könnten. Sie hat sich darauf beschränkt, Diagnosen mitzuteilen, die im Übrigen teilweise nicht dem gängigen Klassifikationssystem ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) entsprechen. Zudem hat Dr. H. lediglich von einer phasenweise stark beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit berichtet, was auf eine behandlungsbedürftige Akutkrankheit, die keine Leistungen der medizinischen Rehabilitation rechtfertigt, hindeutet. Eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit hat sie ausdrücklich verneint. Auch der behandelnde Kardiologe Dr. Dr. K. hat mitgeteilt, dass aus kardiologischer Sicht keine therapiebedürftige Erkrankung vorliege, keine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit bestehe oder drohe und die Durchführung eines stationären Heilverfahrens nicht erforderlich sei (Schreiben vom 17. Februar 2014). Er hat bei dem Kläger im Rahmen der einmaligen fachärztlichen Behandlung auf kardiologischem Fachgebiet im März 2013 lediglich eine geringfügige Herzklappeninsuffizienz ohne hämodynamische Relevanz festgestellt sowie die Beendigung des Nikotinkonsums und das Betreiben von Ausdauersport empfohlen.

Weiterhin ist die geltend gemachte erhebliche Gefährdung bzw. Minderung der Erwerbsfähigkeit nicht damit in Einklang zu bringen, dass der Kläger im November 2013, mithin nach Stellung des Rehabilitationsantrages im Juni 2013, seine berufliche Tätigkeit von Teilzeit (28,8 Stunden/Woche) auf Vollzeit ausgedehnt hat. Trotz der mit der Vollzeittätigkeit verbundenen stärkeren Arbeitsbelastung haben die Erkrankungen des Klägers - wie den Stellungnahmen der behandelnden Ärzte zu entnehmen ist - nicht zu Zeiten der Arbeitsunfähigkeit i.S. des [§ 44 Abs. 1 SGB V](#) geführt.

Schließlich spricht gegen einen erheblichen krankheitsbedingten Leidensdruck, der mit den vom Kläger vorgebrachten Beschwerden einhergehen müsste, der bisherige Behandlungsverlauf. Der Kläger befindet sich in erster Linie in hausärztlicher Behandlung, was er im Erörterungstermin am 14. August 2015 ausdrücklich bestätigt hat. Eine kardiologische Behandlung hat ausweislich der Stellungnahme des Dr. Dr. K. lediglich im März 2013 stattgefunden. Bei dem Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde P. hat sich der Kläger im Oktober und Dezember 2010 sowie im November und Dezember 2012 vorgestellt. Obwohl der Arzt P. eine jährliche (fachärztliche) Kontrolle der Lungenfunktionswerte für erforderlich gehalten hat, hat sich der Kläger insoweit seit Dezember 2012 bei diesem nicht mehr vorgestellt. Auf Veranlassung des Arztes P. hat sich der Kläger vom 24. bis zum 26. März 2013 in der T. befunden, in der eine leichte rückenlagebezogene obstruktive Schlafapnoe diagnostiziert worden ist. Dort ist ihm eine Therapie mit Rückenlagevermeidungsweste empfohlen worden, mit der ein völliger Normalbefund erreicht werden konnte. Warum der Kläger, der gegenüber Dr. B. geltend gemacht hat, die Lagerungsjacke könne nicht angewendet werden, nicht erneut um fachärztliche Behandlung wegen des Schlafapnoe-Syndroms nachgesucht hat, ist nicht erklärlich. Auch den Hinweis des Dr. B. in seinem Gutachten vom 3. Juni 2014, bezüglich des Schlafapnoe-Syndroms könne ein Behandlungsversuch mit einer Unterkiefer-Protrusionsschiene erfolgen, hat der Kläger zunächst nicht befolgt. Nach seinen Angaben in der nichtöffentlichen Sitzung vor dem SG ist er im Jahr 2014 nicht in Behandlung bei dem Lungenfacharzt P. gewesen. In der nichtöffentlichen Sitzung am 14. August 2015 hat er angegeben, sich wegen der Schlafapnoe erst vor 8 Wochen, mithin im Juli 2015, also mehr als 2 Jahre nach dem stationären Aufenthalt in der T. und 1 Jahr nach der Begutachtung durch Dr. B., auf Überweisung des Lungenfacharztes P., den er nur wegen der Überweisung aufgesucht habe, einer stationären Behandlung unterzogen zu haben. Ihm sei dort eine Schlafmaske empfohlen worden, die nicht funktioniere. Seit August 2015 verfüge er über eine Unterkieferschiene. Weiter hat der Kläger mitgeteilt, dass die Behandlung derzeit noch nicht abgeschlossen sei. Im Übrigen hat sich der Kläger weiterhin auf die hausärztliche Behandlung bei Dr. H. beschränkt, die ausweislich der von dieser mitgeteilten Behandlungstermine auch nicht engmaschig erfolgt ist (in der Zeit von März 2013 bis 20. Februar 2014 7 Behandlungstermine). Hieraus ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine drohende Minderung der Erwerbsfähigkeit.

c. Weiterhin hat der Kläger gegen die Beklagte keinen Anspruch auf die allein geltend gemachten stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Wie bereits ausgeführt, steht das "Wie" der Leistungserbringung im Ermessen des Rentenversicherungsträgers. 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 Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) - Allgemeiner Teil - (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. nur Keller in Meyer-Ladewig, SGG, 11. Aufl. 2014, § 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. dazu z.B. BSG, Urteil vom 11. Februar 2015 - [B 13 R 15/13 R](#) - juris Rdnr. 12; Urteil vom 9. November 2010 - [B 2 U 10/10 R](#) - juris Rdnr. 12; Urteil vom 20. August 2009 - [B 14 AS 45/08 R](#) - juris Rdnr. 19). 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 Satz 1 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 (so auch LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 24. Januar 2014 - [L 10 R 4402/13](#) - juris Rdnr. 20).

Eine solche Ermessensreduzierung auf Null liegt im vorliegenden Rechtsstreit nicht vor. Dabei ist hinsichtlich des Verhältnisses der stationären und ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu beachten, dass gem. [§ 15 Abs. 2 Satz 3 SGB VI](#) die Leistungen der stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation nach Art und Schwere der Erkrankung erforderlich sein müssen. Durch das Erfordernis der Erforderlichkeit wird auf die Beachtung der (Ermessens-) Gesichtspunkte der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Bezug genommen (Jung in Eichenhofer/Wenner, SGB VI, 2014, § 15 Rdnr. 7; Kater, a.a.O., § 15 Rdnr. 50). Ein Anspruch auf stationäre Leistungen kommt daher nur in Betracht, wenn das Rehabilitationsziel nicht mit ambulanten Leistungen erreicht werden kann (Günicker, a.a.O., § 15 Rdnr. 80; Kater, a.a.O.; Zabre, a.a.O., § 15 Rdnr. 8). Vorliegend sind keinerlei Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass den Auswirkungen der beim Kläger vorliegenden Erkrankungen auf seine Erwerbsfähigkeit als Angestellter im Sozialdienst einer (psychiatrischen) Klinik nicht auch durch ambulante Maßnahmen entgegengewirkt werden kann oder diese sogar überwunden werden können. Hinsichtlich des von der behandelnden Hausärztin Dr. H. in den Vordergrund gerückten Erschöpfungssyndroms, das sie als psychosomatische Erkrankung mit Schlaf- und Konzentrationsstörung angesehen hat, hat bisher noch keine ambulante Behandlung auf nervenfachärztlichem Gebiet stattgefunden. So hat der Kläger weder einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie noch einen Psychotherapeuten aufgesucht und noch nicht einmal eine medikamentöse Behandlung aufgenommen. Auch hinsichtlich des Asthma bronchiale und der saisonal auftretenden Rhinokonjunktivitis allergica hat der Kläger keine lungenfachärztliche bzw. allergologische Behandlung in Anspruch genommen, sondern sich mit einer hausärztlichen Behandlung begnügt. Dass diese sowohl nach Diagnostik als auch Therapie eine fachärztliche Behandlung gleichwertig und effektiv ersetzt hat, wie der Kläger offensichtlich meint, ist nicht ersichtlich. So haben die vom Lungenfacharzt P. für erforderlich gehaltenen regelmäßigen Lungenfunktionsprüfungen seit Dezember 2012 nicht mehr stattgefunden, so dass eine auf konkrete objektivierbare Befunde und eine kontinuierliche Verlaufsbeobachtung abgestimmte Therapie nicht eingeleitet werden konnte. Im Übrigen dienen stationäre Rehabilitationsmaßnahmen nicht in erster Linie der (fachärztlichen) Diagnostik. Auch der Sachverständige Dr. B. hat in seinem Gutachten vom 3. Juni 2014 Therapiemöglichkeiten (regelmäßige fachärztliche Behandlung, Hyposensibilisierung, Atemtherapie mit regelmäßiger Inhalationstherapie, Nikotinentwöhnung) aufgezeigt, die unschwer ambulant erbracht werden können. Warum - trotz fehlender fachärztlicher Diagnostik und Behandlung - nur ein stationäres Heilverfahren an der Nordsee bzw. im Hochgebirge zur Linderung der Symptome der allergischen Erkrankung sowie des Asthma bronchiale sinnvoll sein soll, ist nicht ersichtlich. Vielmehr ist zunächst im Rahmen einer ambulanten fachärztlichen Behandlung Art und Ausmaß der Symptomatik festzustellen und eine darauf abgestimmte suffiziente Therapie einzuleiten. Auch im Hinblick auf das Schlafapnoe-Syndrom sind die Behandlungsmöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft. Wie bereits oben dargelegt, hat der Kläger erst im Sommer 2015 die Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms wieder aufgenommen und insoweit im August 2015 eine Therapie mit einer Unterkieferschienen begonnen. Ohnehin hat Dr. B. die Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms nicht als Ziel einer stationären Rehabilitation benannt. Unter diesen Umständen kommt eine Ermessensreduzierung auf eine stationäre Maßnahme der medizinischen Rehabilitation nicht in Betracht.

d. Zutreffend hat das SG auch Ansprüche auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation außerhalb des SGB VI verneint, namentlich nach dem SGB V. Auch ein möglicher Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gem. [§§ 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 gem. [§ 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. Gem. [§ 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. Somit hat die Berufung keinen Erfolg.

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

5. Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-10-26