

L 3 R 800/07

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 35 R 4746/06
Datum
16.05.2007
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 R 800/07
Datum
07.01.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 16. Mai 2007 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Die 1937 geborene Klägerin ist seit dem 01. März 1997 Altersrentnerin. Sie bezieht eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen nach § 37 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) ohne Abschläge. Die Klägerin musste sich am 10. Dezember 2002 in der C Campus V-Klinikum, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, einer Wertheim- Meigs- Operation einschließlich Adnexe wegen eines endometroiden Adenokarzinoms der Gebärmutter unterziehen. Die Beklagte gewährte ihr deshalb antragsgemäß eine stationäre onkologische Rehabilitationsnachsorge, die vom 09. April bis zum 07. Mai 2003 in der Rehabilitationsklinik M S in B durchgeführt wurde. Einen erneuten Antrag auf eine onkologische Rehabilitation lehnte die Beklagte zunächst mit Bescheid vom 01. April 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29. September 2004 ab, nachdem die behandelnde Gynäkologin in einer Bescheinigung vom 18. Juni 2004 bescheinigt hatte, dass aus gynäkologischer Sicht keine tumorbedingten Beschwerden oder Funktionseinschränkungen vorlägen. In dem sich daran anschließenden Klageverfahren bei dem Sozialgericht Berlin – S 14 RA 5725/04 – erkannte die Beklagte nach Einholung von Befundberichten der behandelnden Ärzte den Anspruch an und gewährte ihr mit Bescheid vom 29. April 2005 eine onkologische Nachsorgeleistung, die vom 15. Juni bis zum 06. Juli 2005 in den A Kliniken A K in Bad S durchgeführt wurde.

Am 02. Mai 2006 stellte die Klägerin erneut einen Antrag auf eine onkologische Rehabilitationsleistung, den die Beklagte mit Bescheid vom 30. Mai 2005 ablehnte, da Leistungen zur onkologischen Rehabilitation nur bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeter Primärbehandlung erbracht werden könnten. Seit der letzten Primärbehandlung seien jedoch mehr als zwei Jahre vergangen. Rehabilitationsbedarf nach den Leistungsgesetzen eines anderen Rehabilitationsträgers läge ebenfalls nicht vor. Den dagegen eingelegten Widerspruch begründete die Klägerin damit, sie leide außer an der chronischen Krebserkrankung noch an einer Arthrose im Fuß. Zudem sei ihr bekannt, dass man nach einer Krebsoperation dreimal hintereinander Anspruch auf eine Reha habe. Sie habe aber erst zwei erhalten. Mit Widerspruchsbescheid vom 20. September 2006 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die Zweijahresfrist sei eine Ausschlussfrist, die nicht verlängert werden könne. Es bestehe auch kein Anspruch auf eine bestimmte Anzahl onkologischer Rehabilitationsleistungen. Ein weiteres Fortschreiten der Tumorerkrankung liege nicht vor. Die noch bestehenden gesundheitlichen Beschwerden bedürften einer ambulanten Behandlung. Dafür sei sie, die Beklagte, aber nicht zuständig.

Zur Begründung ihrer dagegen bei dem Sozialgericht Berlin erhobenen Klage hat die Klägerin ein Attest des Orthopäden Dr. R vom 23. Januar 2006 und eine ärztliche Bescheinigung der C Campus V-Klinikum, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, vom 05. April 2006 vorgelegt. Sie hat außerdem erwähnt, nach 38 Jahren von einer Richterin am Landgericht aus ihrer Wohnung vertrieben zu werden.

Bei der Beklagten sind zwischenzeitlich zwei Berichte der C Campus V-Klinikum, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, vom 08. Februar 2006 und 10. August 2006 eingegangen, in denen der Klägerin ein insgesamt sehr guter Allgemein- und Ernährungszustand bescheinigt und auf eine weiterhin bestehende Stresssituation aufgrund der Wohnungsproblematik hingewiesen worden ist.

Durch Gerichtsbescheid vom 16. Mai 2007 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die vorgelegten Atteste belegten keinen erhöhten Rehabilitationsbedarf aufgrund der Tumorerkrankung. Es bestehe auch kein Hinweis auf ein Tumorrezidiv.

Dagegen hat die Klägerin Berufung eingelegt, mit der sie an ihrer Auffassung, ihr stehe ein dritte Kur zu, festhält und auf einen Kurzbefund der Lungenärztin Dr. K vom 28. September 2007 sowie die erste Seite eines unvollständig kopierten Entlassungsberichts des Sankt G Krankenhauses über einen stationären Aufenthalt vom 08. bis zum 25. Juli 2007 wegen einer Lungenarterienembolie verweist. Eine Kur sei für sie körperlich und psychisch angebracht. Einen Urlaub könne sie sich wegen ihrer finanziellen Lage auch nicht leisten.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 16. Mai 2007 und den Bescheid vom 30. Mai 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20. September 2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr eine stationäre medizinische Rehabilitationsleistung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte weist darauf hin, dass die Klägerin wegen ihres Altersrentenbezugs in voller Höhe für Leistungen zur Teilhabe im Sinne von [§§ 9, 10 SGB VI](#) nach [§ 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) ausgeschlossen sei. Ein Anspruch auf eine onkologische Rehabilitationsleistung bestehe nicht, weil sie die hierfür erforderlichen Voraussetzungen nach den Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach [§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI](#) für die Erbringung von onkologischen Nachsorgeleistungen bei malignen Geschwulst- und Systemerkrankungen vom 04. Juli 1991 in der Fassung vom 14. August 1997 (Ca-Richtlinien) nicht erfülle.

Durch Beschluss des Senats vom 18. November 2009 ist der Rechtsstreit gemäß [§ 153 Abs. 5 SGG](#) der Berichterstatterin als Einzelrichterin zur Entscheidung mit den ehrenamtlichen Richtern übertragen worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte aufgrund einseitiger mündlicher Verhandlung entscheiden, denn die Klägerin, die zu dem Termin nicht erschienen ist, ist in der Ladung auf die Folgen des Ausbleibens hingewiesen worden.

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig aber unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf eine stationäre medizinische Rehabilitation. Während die Entscheidung, ob der Klägerin medizinische Rehabilitationsleistungen in der begehrten Form zu gewähren sind, nicht im Ermessen der Beklagten steht, sondern davon abhängig ist, ob die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des [§ 11 SGB VI](#) (vgl. [§ 31 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#)) sowie die in [§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) i. V. m. den Ca-Richtlinien genannten Leistungsvoraussetzungen vorliegen, steht das "wie" der Leistung im pflichtgemäßen Ermessen der Beklagten (vgl. BSG in [SozR 3-2600 § 10 Nr. 2](#) und [SozR 4-2600 § 10 Nr. 2](#)).

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des [§ 11 SGB VI](#) liegen bei der Klägerin – was zwischen den Beteiligten im Übrigen unstrittig ist – vor. Denn sie hatte bei Antragstellung die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt (vgl. [§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI](#)). Der Altersrentenbezug der Klägerin steht der Erbringung der von der Klägerin begehrten Leistung zur medizinischen Rehabilitation trotz des Leistungsausschlusses in [§ 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) nicht entgegen. Denn nach der vorliegend einschlägigen Vorschrift des [§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI](#) können Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen auch für Bezieher einer Rente erbracht werden. Der Anspruch der Klägerin auf eine derartige onkologische Rehabilitationsleistung scheitert aber daran, dass die weiteren tatbestandlichen Voraussetzungen, wie sie in den nach Maßgabe des [§ 31 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) ergangenen Ca-Richtlinien festgelegt sind, in der Person der Klägerin nicht erfüllt sind.

Gemäß [§ 1 Abs. 2 Ca-Richtlinien](#) werden die Leistungen bis zum Ablauf eines Jahres nach einer beendeten Primärbehandlung gewährt. Darüber hinaus können spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeter Primärbehandlung Maßnahmen im Einzelfall erbracht werden, wenn erhebliche Funktionsstörungen entweder durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Komplikationen bzw. Therapiefolgen vorliegen. Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen werden gemäß [§ 31 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) nur aufgrund dieser Richtlinien erbracht, die von den Trägern der Rentenversicherung im Benehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erlassen worden sind. Sie konkretisieren die gesetzlichen Voraussetzungen für die Erbringung der entsprechenden Leistungen (vgl. Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 26. September 2008 – [L 16 R 823/08](#) – m. w. N., zitiert nach [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)).

Zunächst steht dem geltend gemachten Anspruch entgegen, dass die in [§ 1 Abs. 2 Ca-Richtlinien](#) festgelegte Zwei-Jahres-Frist nach beendeter Primärbehandlung, bis zu deren Ablauf spätestens onkologische Rehabilitationsleistungen erbracht werden können, bereits bei der Antragstellung am 02. Mai 2006 abgelaufen war. Die Primärbehandlung endete am 26. Dezember 2002 mit dem Ende der stationären Behandlung mit Uterusentfernung, ohne dass weiterer Therapiebedarf bestand. Der Zweijahreszeitraum endete damit im Dezember 2004. Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass bei der Klägerin noch Folgen der Krebserkrankung und der Operation vom Dezember 2002 vorliegen, aus denen körperliche oder psychische Funktionsstörungen resultieren. In dem letzten Bericht über eine Kontrolluntersuchung am 10. August 2006 wurde ein sehr guter Allgemein- und Ernährungszustand beschrieben, es fehlten Hinweise auf eine Tumorrezidivgeschehen und tumorspezifische Krankheitssymptome, insbesondere lag keine Miktions- und Defäkationsproblematik vor. Die bestehende psychische Stresssituation wurde auf die von der Klägerin vorgebrachte Wohnungsproblematik zurückgeführt. Ein Rehabilitationsbedarf besteht somit nicht nach [§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#).

Auch die Gewährung von stationären Rehabilitationsleistungen nach Maßgabe der im Übrigen hierfür einschlägigen gesetzlichen Regelungen, die nach Maßgabe von [§ 14 Abs. 1 und Abs. 2 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch \(SGB IX\)](#) im Verhältnis der Beklagten zur Klägerin ebenfalls als Rechtsgrundlagen heranzuziehen sind (vgl. BSG in [SozR 4-3250 § 14 Nr. 1](#) und 1), kommt nicht in Betracht. Nach [§ 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) werden Leistungen zur Teilhabe nicht für Versicherte erbracht, die – wie die Klägerin – eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beziehen. Eine Leistungserbringung nach [§ 40 Abs. 1 und Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) scheidet

vorliegend ebenfalls aus, weil wegen der geklagten degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und Arthrosen, wie die Beratungsärztin W am 21. Dezember 2006 vermerkt hat, eine ambulante Krankenbehandlung ausreicht. Der Rehabilitationsbedarf wird auch nicht durch die unvollständige Kopie der ersten Seite des Entlassungsberichts des Sankt Gkrankenhaus begründet. Hier wurde die Klägerin wegen einer akuten Erkrankung im Juli 2007 behandelt. Sie hat zu keiner Zeit geltend gemacht, dass dieses Leiden noch fortbesteht. In dem Kurzbefund der Lungenärztin Dr. K vom 28. September 2007 konnten nachfolgende Störungen der Lungenfunktion ausgeschlossen werden.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2010-02-11