

L 22 R 185/11

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
22
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 1 R 605/09
Datum
13.01.2011
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 22 R 185/11
Datum
17.04.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 13. Januar 2011 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten Gewährung einer stationären medizinischen Leistung zur Rehabilitation in einer Fachklinik für Atemwegserkrankungen.

Der im Juli 1947 geborene Kläger, der nach eigenen Angaben als Verwaltungsangestellter tätig war und dem zum 01. September 2012 eine Regelaltersrente bewilligt worden ist (Kontoübersicht der Beklagten vom 07. März 2013), absolvierte zuletzt vom 01. August bis 12. September 2007 eine von der Beklagten bewilligte stationäre medizinische Rehabilitation.

Den im April 2008 wegen Bronchitis, Rachenkatarrh und Atemwegserkrankungen mit dem Hinweis darauf, dass die psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme bezüglich dieser Erkrankungen nichts bewirkt habe, so dass gezielt in einer Reha-Klinik für Atemwegserkrankungen zu behandeln sei, gestellten Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation lehnte die Beklagte nach Einholung des Befundberichts der Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO) Dr. G vom 15. Mai 2008 mit Bescheid vom 16. Juni 2008 ab: Bei Neigung zu Infekten der oberen Luftwege liege eine Rehabilitationsbedürftigkeit nicht vor. Das Ausmaß der Funktions- und Fähigkeitsstörungen sei nicht so gravierend, dass eine Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit begründet sei. Es sei auch geprüft worden, ob der Kläger nach den Leistungsgesetzen eines anderen Rehabilitationsträgers rehabilitationsbedürftig sei, was nicht der Fall sei. Sie wies den Kläger im Übrigen auf die Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit im Internet hin.

Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch machte der Kläger geltend, die fatalen Auswirkungen der Bronchitis wie Atemnot, Kreislaufbeschwerden, starkes Schwitzen, Benommenheit und starke Reduzierung seiner Leistungsfähigkeit seien nicht berücksichtigt worden. Alle Therapiemöglichkeiten am Wohnort seien ausgeschöpft. Der Verzicht auf Krankschreibung bei akuter Bronchitis könne ihm nicht zu Last gelegt werden. Er legte den berichtigten Befundbericht der Fachärztin für HNO Dr. G vom 10. Juli 2008 vor.

Mit Widerspruchsbescheid vom 07. Januar 2009 wies die Beklagte den Widerspruch zurück: Die festgestellten Befunde (rezidivierende Bronchitis, Laryngopharyngitis) erforderten (lediglich) eine ambulante Krankenbehandlung am Wohnort.

Dagegen hat der Kläger am 09. Februar 2009 beim Sozialgericht Berlin Klage erhoben.

Er hat vorgetragen, alle Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort seien ausgeschöpft. Die seit mehreren Jahren häufigen Bronchitisschübe beeinträchtigten seine Arbeitsfähigkeit im starken Maße, ohne dass er diese Tatsache mit einer Krankschreibung dokumentiere. Seine häufigen Erkrankungen rechtfertigten eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme. Aus der Tatsache, dass keine ambulante Therapie stattfinde, folge, dass eine solche nicht effektiv sei, weil alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft seien. Die Beklagte habe ihr Ermessen überhaupt nicht ausgeübt. Sie habe im Übrigen genau darzulegen, unter welchen Voraussetzungen sie bei Atemwegserkrankungen eine Reha-Maßnahme bewillige, denn er habe aus dem Sozialrechtsverhältnis Anspruch auf umfassende Information. Der Kläger hat Bescheinigungen der Ärztin für HNO Dr. G vom 16. Februar 2009, 30. März 2009, 08. März 2010 und 11. Mai 2010 über Arbeitsunfähigkeit vorgelegt.

Der Kläger hat beantragt,

1. die Beklagte unter Aufhebung des rechtswidrigen Widerspruchsbescheides vom 07. Januar 2009 zu verpflichten, die beantragte Reha-Maßnahme in einer Fachklinik für Atemwegserkrankungen zu bewilligen, 2. die Beklagte zu verpflichten, innerhalb eines Monats nach Rechtskraft des Urteils dem Kläger genau darzulegen, unter welchen Voraussetzungen die Beklagte bei Atemwegserkrankungen, deren Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort erschöpft sind, eine Reha-Maßnahme bewilligt.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte hat eine pulmologische Begutachtung für erforderlich gehalten.

Das Sozialgericht hat die Befundberichte der Fachärztin für HNO Dr. G vom 05. Februar und 18. März 2010 eingeholt.

Mit Urteil vom 13. Januar 2011 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen: Die beim Kläger bestehende Infektanfälligkeit, rezidivierenden Bronchitiden, Laryngopharyngitis, Atembeschwerden führten zwar immer wieder zu meist kurzzeitigen (einwöchigen) Arbeitsunfähigkeitszeiten, nicht jedoch zu einer dauernden Minderung der Erwerbsfähigkeit. Von der den Kläger behandelnden Ärztin Dr. G sei ausdrücklich bestätigt worden, dass keine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vorliege. Ebenso wenig bestünde nach Mitteilung dieser Ärztin für eine bei dem Kläger vorliegende Erkrankung keine ausreichende ambulante Therapieform. Im Übrigen sei die Klage unzulässig, denn es fehle am erforderlichen Rechtsschutzbedürfnis, da weder dargelegt noch ersichtlich sei, dass die Beklagte eine entsprechende Anfrage des Klägers nicht beantwortet oder eine Beratung abgelehnt habe.

Gegen das ihm am 08. Februar 2011 zugestellte Urteil richtet sich die am 28. Februar 2011 eingelegte Berufung des Klägers.

Er trägt vor, das Sozialgericht habe keine Begutachtung veranlasst, sondern einen Befundbericht angefordert, der nicht den aktuellen Stand wiedergebe. Er sei über 12 Jahre in ambulanter Behandlung wegen häufiger Bronchitis und öfteren Rachenkatarrhs gewesen. Seit Antragstellung sei die Behandlung nicht fortgesetzt worden, da die Behandlungsmöglichkeiten in der ambulanten Praxis ausgeschöpft gewesen seien und keine Besserung bewirkten. Die historischen Krankheitsdaten seien in der Akte enthalten; neuere Daten seien nicht erhoben worden. Sein weiteres Begehren sei der Beklagten mit Klagezustellung zur Kenntnis gebracht worden. Sie habe sich dazu nicht geäußert. Das Sozialgericht habe daher den Antrag als Untätigkeitsklage qualifizieren müssen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 13. Januar 2011 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 16. Juni 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07. Januar 2009 zu verurteilen, die beantragte Reha-Maßnahme in einer Fachklinik für Atemwegserkrankungen zu bewilligen, hilfsweise die Beklagte zu verpflichten, innerhalb eines Monats nach Rechtskraft des Urteils dem Kläger genau darzulegen, unter welchen Voraussetzungen die Beklagte bei Atemwegserkrankungen, deren Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort erschöpft sind, eine Reha-Maßnahme bewilligt.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat einen Auszug aus Berufenet zum Verwaltungsfachangestellten-Landesverwaltung beigezogen und Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigen Gutachten des Arztes für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. S vom 12. April 2012 nebst ergänzender Stellungnahmen vom 10. Dezember 2012 und 14. Februar 2013.

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 107 bis 123, 136 und 139 der Gerichtsakten verwiesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den sonstigen Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten (), der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid vom 16. Juni 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07. Januar 2009 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine stationäre medizinische Leistung zur Rehabilitation weder nach dem Recht der Rentenversicherung noch nach dem Recht eines anderen Rehabilitationsträgers, insbesondere der Krankenversicherung. Ob die Erwerbsfähigkeit des Klägers gemindert oder wenigstens erheblich gefährdet ist, kann zwischenzeitlich dahinstehen, denn der Kläger bezieht Regelaltersrente. Im Übrigen besteht kein Rehabilitationsbedarf, denn eine ambulante fachspezifische Krankenbehandlung ist ausreichend. Die weitergehende hilfsweise verfolgte Klage ist unzulässig. Eine allgemeine Auskunft zur Rehabilitationsbedürftigkeit wurde bereits erteilt; ein darüber hinausgehender Anspruch besteht nicht.

Nach [§ 9 Abs. 1 und Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) erbringt die Rentenversicherung als Leistungen zur Teilhabe u. a. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte nach [§ 10 Abs. 1 SGB VI](#) die persönlichen Voraussetzungen 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.

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 (BSG, Urteil vom 17. Oktober 2006 - [B 5 RJ 15/05 R](#), zitiert nach juris; BSG, Urteil vom 29. März 2006 - [B 13 RJ 37/05 R](#), abgedruckt in [SozR 4-2600 § 10 Nr. 1](#) bezogen auf eine Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit). Daher genügt schon eine Minderung oder Gefährdung der Erwerbsfähigkeit allein in dem bisherigen Beruf des Versicherten (BSG, Urteil vom 24. Juni 1980 - [1 RA 51/79](#), abgedruckt in [SozR 2200 § 1237 Nr. 15](#) = [BSGE 50, 156](#)). Bisheriger Beruf ist in der Regel die letzte, nicht nur vorübergehend vollwertig ausgeübte versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit, jedenfalls dann, wenn diese zugleich die qualitativ höchste ist (Bundessozialgericht BSG SozR 2200 § 1246 Nrn. 53, 94, 130 zur insoweit wortgleichen, bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Vorschrift des [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#)).

Die Träger der Rentenversicherung erbringen im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Leistungen nach den [§§ 26 bis 31 SGB IX](#), ausgenommen Leistungen nach [§ 26 Abs. 2 Nr. 2](#) und [§ 30 SGB IX](#) ([§ 15 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#)), wozu nach [§ 15 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) auch stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich erforderlicher Unterkunft und Verpflegung gehören.

Nach [§ 13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) bestimmt der Träger der Rentenversicherung im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Er erbringt nach [§ 13 Abs. 2 Nrn. 1](#) und 2 SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit, es sei denn, die Behandlungsbedürftigkeit tritt während der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein, und nicht anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung.

Dies bedeutet: Soweit die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zur Gewährung von Leistungen zur Teilhabe erfüllt sind, hat der Rentenversicherungsträger nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden, insbesondere welche Leistung er bewilligt. Eine solche Ermessensentscheidung ist lediglich eingeschränkt auf Ermessensfehler im Sinne eines Ermessensnichtgebrauchs, einer Ermessensüberschreitung und eines Ermessensmissbrauchs zu überprüfen, wobei im Falle eines Ermessensfehlers ein Anspruch auf eine bestimmte Leistung erst dann in Betracht kommt, wenn jedwede andere Entscheidung rechtsfehlerhaft wäre (so genannte Ermessensreduzierung auf Null).

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen zur Rehabilitation erbracht, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind. Dies gilt nicht, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind ([§ 12 Abs. 2 SGB VI](#)).

Es kann zwischenzeitlich dahinstehen, ob eine solche Leistung erforderlich war, um eine gefährdete bzw. geminderte Erwerbsfähigkeit zu beseitigen. Der Bezug der Altersrente ab 01. September 2012 schließt gegenüber dem Rentenversicherungsträger einen solchen Anspruch aus, denn nach [§ 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) werden Leistungen zur Teilhabe nicht für Versicherte erbracht, die eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Drittel der Vollrente beziehen oder beantragt haben.

Die Beklagte hat auch keine stationäre Rehabilitation nach dem Recht der Krankenversicherung zu gewähren, denn die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten sind nicht ausgeschöpft.

Die Beklagte ist als Rentenversicherungsträger auch für eine solche Leistung zuständig. Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt nach [§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist; bei den Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Leistungspflicht nach [§ 40 Abs. 4 SGB V](#). Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest ([§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#)). Die in [§ 14 Abs. 1](#) und 2 SGB IX geregelte Zuständigkeit erstreckt sich im Außenverhältnis (behinderter Mensch - Rehabilitationsträger) auf alle Rechtsgrundlagen, die überhaupt in dieser Bedarfssituation für Rehabilitationsträger vorgesehen sind (BSG, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 34/06 R](#), abgedruckt in [SozR 4-3250 § 14 Nr. 4](#) = [BSGE 98, 267](#)).

Die Beklagte hat den Antrag von April 2008 nicht weitergeleitet, so dass sie umfassend und damit auch für Leistungen der Rehabilitation nach dem Recht der Krankenversicherung zuständig ist.

Die Voraussetzungen zur Gewährung einer stationären Rehabilitation sind danach jedoch nicht erfüllt.

Nach [§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gilt: Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, durch wohnortnahe Einrichtungen. Reicht diese Leistung nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht ([§ 40 Abs. 2 SGB V Satz 1](#)).

Diese Vorschrift macht ein Stufenverhältnis der verschiedenen Maßnahmen der Krankenbehandlung deutlich, das bereits aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) folgt, wonach die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Daraus folgt, dass eine stationäre Rehabilitation nur in Betracht kommt, wenn andere Leistungen der Krankenversicherung zur Krankenbehandlung nicht ausreichend sind.

Leistungen nach [§ 40 Abs. 1](#) und 2 SGB V können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ([§ 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#)).

Im Fall des Klägers ist eine ambulante fachspezifische Krankenbehandlung ausreichend, so dass Rehabilitationsleistungen, insbesondere eine stationäre Rehabilitation nicht gewährt werden darf.

Dies folgt aus dem Gutachten des Sachverständigen Dr. S.

Nach diesem Sachverständigen besteht eine milde chronisch obstruktive Bronchitis im Stadium I nach GOLD. Beschwerden im Sinne einer Sinusitis oder Laryngopharyngitis hat dieser Sachverständige nicht festgestellt. Diese Bronchitis vermehrt zwar die Infektanfälligkeit des Klägers in dem Sinne, dass er häufiger als gesunde Menschen unter wiederkehrenden Bronchitiden leidet. Liegt kein (akuter) Infekt vor, ist er jedoch nach dem Sachverständigen nicht beeinträchtigt.

Die vom Sachverständigen bei seiner Untersuchung erhobenen Befunde bestätigen dies. Die körperliche Untersuchung hat keine Auffälligkeiten gezeigt. Nach der Röntgenuntersuchung des Thorax ist bei prominenten Hili eine ausgeprägte parakardiale peribronchiale Zeichnungsvermehrung beidseits aufgefallen. Die Spirometrie (Bodyplethysmografie) hat ein grenzwertiges FEV₁ von 75 v. H. der Vitalkapazität, was der Untergrenze entspricht, ergeben, wozu korrespondierend das Residualvolumen mit 3,7 Liter (151 v. H. des Solls) etwas erhöht gewesen ist. Zur Feststellung der Lungenleistung hat der Sachverständige darüber hinaus noch eine CO-Gastransfermessung, die normale Werte gezeigt hat, und eine Spiroergometrie, die gleichfalls einen Normbefund dokumentiert hat, durchgeführt. Dabei ist der Kläger bis 125 Watt belastbar gewesen. Der Belastungsabbruch ist bei muskulärer Erschöpfung und nur mäßiger Mitarbeit erfolgt. Die Atemeffizienz ist gut gewesen.

Den Befundberichten der den Kläger nach seinen Angaben zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausschließlich behandelnden Fachärztin für HNO Dr. G ist dazu nichts anderes zu entnehmen. Nach ihren Befundberichten vom 15. Mai und 10. Juli 2008 sind als Beschwerden und Funktionseinschränkungen ein Kratzen im Hals, verschleimt, Dyspnoe und Infektanfälligkeit mitgeteilt. Aus ihrem Befundbericht vom 05. Februar 2010 geht hervor, dass rezidivierend Infektionen der oberen Atemwege mehrmals jährlich auftreten und die chronische Bronchitis in leichter Form (symptomfreie Intervalle über mehrere Monate, wenig Husten, geringer Auswurf) besteht. Nach den vorgelegten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der Ärztin für HNO Dr. G lag Arbeitsunfähigkeit vom 17. bis 23. April 2009 wegen J 32.0 G (chronische Sinusitis maxillaris, Nasennebenhöhlenentzündung und J 06.0 G (akute Laryngopharyngitis, Kehlkopfentzündung), vom 31. März bis 07. April 2009 wegen J 06.0 G, vom 02. bis 17. März 2010 wegen J. 06.0 G und vom 11. bis 18. Mai 2010 wegen J 06.0 G und J 31.0 G (chronische Rhinitis, Schnupfen) vor.

Wenn ein akuter Atemwegsinfekt vorliegt, ist, so der Sachverständige, der Kläger gehalten, sich unverzüglich in fachpneumologische Behandlung zu begeben, um festzustellen, ob sich die Atemwegsobstruktion unter Infekt verstärkt und somit eine Behandlung notwendig wird. Außerhalb eines akuten Atemwegsinfekts ist damit schon keine Behandlung notwendig.

Eine fachpneumologische Behandlung nimmt der Kläger nicht wahr. Nach den Befundberichten der Fachärztin für HNO Dr. G vom 15. Mai und 10. Juli 2008 erfolgte eine Behandlung mit Antibiotika, regelmäßiges Inhalieren und eine Magnetfeldtherapie. Auf eine mehrfache antibiotische Behandlung und eine zusätzliche lokale und symptomatische Behandlung im HNO-Bereich ist in ihrem Befundbericht vom 05. Februar 2010 hingewiesen. In ihrem weiteren Befundbericht vom 18. März 2010 ist mitgeteilt, dass zurzeit keine ambulanten Therapien erfolgen. Nach dem Vortrag des Klägers wird seit Antragstellung die Behandlung nicht fortgesetzt. Alle historischen Krankheitsdaten seien in der Akte enthalten.

Angesichts dessen lässt sich nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht feststellen, dass die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind und eine stationäre Behandlung als letzte Möglichkeit zur Krankenbehandlung erforderlich ist.

Wie der Sachverständige ausgeführt hat, sind die vorliegenden ärztlichen Unterlagen und die vom Kläger gegebenen medizinischen Auskünfte äußerst dürftig. Inwieweit eine leitliniengerechte Behandlung, die fachpneumologischen Ansprüchen genügt hätte, durchgeführt worden ist, hat er daher nicht beurteilen können. Eine chronisch obstruktive Bronchitis wird leitliniengerecht inhalativ behandelt. Hierfür stehen inhalative Betasympathomimetika, inhalative Anticholinergika und inhalative Kortikosteroide zur Verfügung. Welche Medikamente bereits angewandt wurden, hat der Kläger gegenüber dem Sachverständigen nicht angegeben. Im Falle von bakteriellen Atemwegsinfekten können Antibiotika zur Behandlung erforderlich sein. Sollte sich die Atemwegsobstruktion unter Infekt deutlich verstärken, können auch einmal systemische Kortikosteroide erforderlich sein. Wenn der Sachverständige im Hinblick darauf ausgeführt hat, dass prinzipiell keine Gründe erkennbar sind, weswegen diese üblichen Behandlungsmethoden beim Kläger nicht angewandt werden können, ist dies nachvollziehbar. Entgegen der Ansicht des Klägers steht damit nicht fest, dass die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten erschöpft sind. In den Befundberichten der Fachärztin für HNO Dr. G vom 15. Mai und 10. Juli 2008 ist zwar auch ausgeführt, dass alle ambulanten Maßnahmen erschöpft sind. Wie jedoch der Vergleich der in diesen Befundberichten genannten bisher durchgeführten Therapien mit den vom Sachverständigen dargelegten ambulanten Behandlungsmaßnahmen zeigt, trifft dies jedoch nicht zu. Folgerichtig hat die Fachärztin für HNO Dr. G deswegen in ihrem Befundbericht vom 18. März 2010 verneint, dass für eine beim Kläger vorliegende Erkrankung keine ausreichende ambulante Therapieform besteht.

Nicht wesentlich ist, dass nach dem Sachverständigen eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in einer fachpneumologischen Klinik durchaus sinnvoll ist. Es könnte nach seiner Ansicht im günstigen Fall eine Besserung der Atemwegsbeschwerden erreicht werden. Wenn dies jedoch bereits ambulant mit den von ihm aufgezeigten Behandlungsmaßnahmen möglich ist, bedarf es dazu keiner stationären Rehabilitationsmaßnahme. Darüber hinaus hat der Sachverständige darauf hingewiesen, dass nur serielle Lungenfunktionsprüfungen erweisen können, ob sich eine solche Besserung auch objektivieren lässt. Dazu müsste festgestellt werden, ob sich im Rahmen akuter Atemwegsinfekte die Lungenfunktion verschlechtert. Dies würde umso mehr für eine nachfolgende fachkundige Rehabilitationsmaßnahme sprechen. Allerdings ist nach den vorliegenden ärztlichen Berichten bisher gerade nicht festgestellt, dass sich im Rahmen akuter Atemwegsinfekte die Lungenfunktion verschlechtert, denn serielle Lungenfunktionsprüfungen liegen nicht vor. Daher scheint es vielmehr geboten, dies im Rahmen einer ambulanten fachpneumologischen Behandlung zu sichern. Es ist mithin überzeugend, wenn der Sachverständige in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14. Februar 2013 beurteilt hat, dass die funktionell gering ausgeprägte Atemwegserkrankung ebenso gut ambulant therapierbar ist.

Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in einer fachpneumologischen Klinik ist auch nicht aus anderen Gründen erforderlich.

Der Sachverständige hat zwar darauf hingewiesen, dass die Chronizität von Atemwegsbeschwerden zu einem psychosomatischen Mischbild prädisponiert. Bezogen auf den Kläger hat er jedoch keine psychosomatische Diagnose stellen können. Bei seiner Untersuchung hat er

lediglich festgestellt, dass die vom Kläger genannten vegetativen Beschwerden (z. B. Schwitzen) nicht auf die chronische Bronchitis zu beziehen sind. Soweit der Sachverständige in der weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 10. Dezember 2012 gemeint hat, der Leidensdruck des Klägers sei groß, ist dies nicht nachvollziehbar. Zum einen hat der Sachverständige bei seiner Untersuchung dazu keinerlei Feststellungen erhoben. Zum anderen nimmt der Kläger seit der Antragstellung im April 2008 keine Therapien in Anspruch. Es gibt zudem, worauf der Sachverständige bereits in seinem Gutachten hingewiesen hat, keine Befunde aufgrund einer fachärztlichen psychosomatischen Untersuchung, die eine psychosomatische Diagnose nahelegen könnten. Angesichts dessen sieht sich der Senat nicht gedrängt, ein weiteres Gutachten einzuholen, zumal bei Fehlen einer ambulanten psychosomatischen Behandlung nicht ersichtlich ist, dass bereits eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich sein könnte.

Schließlich ist nicht ersichtlich, dass die Voraussetzungen einer Rechtsvorschrift eines Leistungsgesetzes eines anderen Rehabilitationsträgers ([§ 6 Abs. 1 SGB IX](#)) erfüllt sein könnten, wonach der Kläger eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation beanspruchen könnte.

Die hilfsweise erhobene allgemeine Leistungsklage gerichtet auf Erteilung einer Auskunft ist unzulässig. Entgegen der Ansicht des Klägers kann diese Klage nicht als Untätigkeitsklage qualifiziert werden.

Nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) kann mit der Klage die Verurteilung zu einer Leistung, auf die ein Rechtsanspruch besteht, auch dann begehrt werden, wenn ein Verwaltungsakt nicht zu ergehen hatte.

Ein solcher Sachverhalt liegt zwar vor. Im Verhältnis zum leistungsbegehrenden Bürger ist die Verwaltung zwar grundsätzlich befugt, das Rechtsverhältnis einseitig zu regeln. Ausschließlich dann, wenn der Bürger keine verbindliche Regelung begehrt, also der Tatbestand eines Verwaltungsaktes nach [§ 31 Satz 1 SGB X](#) bereits begrifflich ausgeschlossen ist, kommt eine solche allgemeine Leistungsklage in Betracht. Eine Regelung im Sinne eines Verwaltungsaktes scheidet damit aus, wenn (lediglich) Auskunft und Beratung, Akteneinsicht oder die Abgabe einer Willenserklärung geltend gemacht wird (vgl. dazu Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Sozialgerichtsgesetz, Kommentar, 10. Auflage, § 54 Rdnr. 41).

Die allgemeine Leistungsklage ist somit die richtige Klageart, womit zugleich feststeht, dass das Klagebegehren nicht mit einer Untätigkeitsklage durchgesetzt werden kann.

[§ 88 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) bestimmt: Ist ein Antrag auf Vornahme eines Verwaltungsaktes ohne zureichenden Grund in angemessener Frist sachlich nicht beschieden worden, so ist die Klage nicht vor Ablauf von sechs Monaten seit dem Antrag auf Vornahme des Verwaltungsaktes zulässig.

Wie dargelegt erfolgt die Erteilung einer Auskunft nicht mittels Verwaltungsaktes.

Allerdings setzt eine allgemeine Leistungsklage eine Klagebefugnis voraus.

Soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist, ist die Klage zulässig, wenn der Kläger behauptet, beschwert zu sein. Eine solche Beschwer setzt voraus, dass nach dem Vortrag des Klägers ein Rechtsanspruch auf die Leistung möglich ist. Daran fehlt es, wenn unter Zugrundelegung des Vorbringens des Klägers ein solches Recht offensichtlich und eindeutig nach keiner Betrachtungsweise in Betracht kommt (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, a. a. O., § 54 Rdnrn. 41a, 39, 22).

Ein solches Recht ist nicht ersichtlich.

Nach [§ 13 SGB I](#) sind die Leistungsträger, ihre Verbände und die sonstigen in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen verpflichtet, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über die Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch aufzuklären.

Nach [§ 14 SGB I](#) hat jeder Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch. Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind.

Nach [§ 15 Abs. 1 SGB I](#) sind die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung verpflichtet, über alle sozialen Angelegenheiten nach diesem Gesetzbuch Auskünfte zu erteilen.

Aus letztgenannter Vorschrift kann der Kläger eine Klagebefugnis nicht herleiten, denn die Beklagte gehört schon nicht zu den in dieser Vorschrift genannten Stellen.

Soweit das klägerische Begehren im Sinne des [§ 13 SGB I](#) ausgelegt werden kann, ist die Beklagte dem Bedürfnis nach Aufklärung, unabhängig davon, ob der Kläger aus [§ 13 SGB I](#) überhaupt einen individuellen Anspruch ableiten kann, nachgekommen. Bereits im Bescheid vom 16. Juni 2008 wurde der Kläger auf die Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit im Internet hingewiesen (vgl. auch Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung, Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krankheiten der Atmungsorgane, Stand Januar 2010 in http://www.deutsche Rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208314/publicationFile/12756/leitlinien_rehabeduerftigkeit_atmungsorgane_langfassung.pdf.pdf).

Ein Recht auf weitergehende Auskunft steht aus [§ 14 SGB I](#) nicht zu. Einen Anspruch auf Beratung über die ihm wegen Atemwegserkrankungen zustehenden Rechte, insbesondere dem Recht auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme, macht der Kläger nicht geltend, denn dass ihm ein solches Recht zustehen kann, wenn er die hierfür erforderlichen Voraussetzungen erfüllt, ist dem Kläger bekannt. Er begehrt vielmehr eine abstrakte vorweggenommene Prüfung dieser Voraussetzungen. Dies schuldet die Beklagte jedoch nicht als Beratung, denn dem Kläger steht jederzeit die Möglichkeit offen, durch eine erneute Antragstellung ein Verwaltungsverfahren einzuleiten, in dem die Erfüllung dieser Voraussetzungen bezogen auf den konkreten Sachverhalt überprüft werden können.

Die Berufung muss daher erfolglos bleiben.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1 SGG](#) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2013-05-07