

L 4 R 5337/06

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Heilbronn (BWB)

Aktenzeichen

S 1 R 243/06

Datum

30.08.2006

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 R 5337/06

Datum

27.06.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 30. August 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob die Klägerin von der Beklagten die Gewährung von stationären medizinischen Leistungen zur Rehabilitation beanspruchen kann.

Die am 1947 geborene Klägerin ist bei der AOK Baden-Württemberg in H. in Vollzeit als Kundendienstberaterin im Bereich Zahnersatz beschäftigt. Sie nahm zuletzt Altersteilzeit in Anspruch und befindet sich seit 01. März 2007 in der Freistellungsphase. Bei der Klägerin war zunächst nach dem früheren Schwerbehindertengesetz (SchwbG) seit Juni 1992 ein Grad der Behinderung (GdB) von 40 anerkannt (Bescheid des Versorgungsamts (VA) Heilbronn vom 19. Juli 1993), wobei mit Bescheid vom 02. Februar 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 06. Juli 1999 sowie mit Bescheid vom 22. Januar 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02. August 2002 die Behinderungen/Funktionseinschränkungen neu festgestellt wurden. Mit Bescheid des VA (Landratsamt) Heilbronn vom 03. August 2005 wurde seit 19. Juni 2005 dann ein GdB von 50 festgestellt; als Funktionsbeeinträchtigungen wurden festgestellt: Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Nervenwurzelreizerscheinungen, Leberschaden, Diabetes mellitus (mit Diät und uralen Antidiabetika einstellbar), Krampfadern, Verlust der Gebärmutter, Verlust der Eierstöcke, Bluthochdruck. Auf Kosten der Beklagten (früher Bundesversicherungsanstalt für Angestellte) durchlief die Klägerin stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlungen vom 29. Mai bis 26. Juni 1985, vom 11. April bis 17. Mai 1989, vom 30. September bis 28. Oktober 1992, vom 18. Juli bis 08. Juni 2000 und zuletzt, nachdem der Arzt für Orthopädie Dr. A. im Gutachten vom 16. September 2003 einen entsprechenden Antrag befürwortet hatte, vom 16. Dezember 2003 bis 10. Januar 2004 in der A.-klinik (Fachklinik für Konservative Orthopädie und Rheumatologie) in I.-N ... Im Entlassungsbericht des Orthopäden und Rheumatologen Dr. Z. vom 13. Januar 2004 wurden als Diagnosen rezidivierendes Cervicalsyndrom, BSVC 6/7, Protrusio C3/4, C4/5, Spondylodese C5/6 1992 wegen BSV, spinale Enge, rezidivierende Dorsolumbalgien, BWS-Osteochondrose, LWS-Spondylarthrosen, LWS-Fehlstatik, muskuläre Dysbalance, alimentäre Adipositas, Dysrhythmie, selbstunsichere Persönlichkeit genannt.

Am 26. Oktober 2005 beantragte die Klägerin bei der Beklagten erneut eine stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung. In dem Selbstauskunftsbogen zum Antrag erwähnte die Klägerin Schmerzen HWS, LWS, Iliosacralgelenk, Schmerzbehandlung (Tabletten), Erschöpfungszustand, keine Regenerierung als gesundheitliche Probleme. Im beruflichen Bereich bestünden Zeit- und Leistungsdruck, Publikumsverkehr, dauernder Lärm am Arbeitsplatz, nämlich in der Kundenhalle. Dem Antrag war ein Befundbericht der die Klägerin behandelnden Fachärztin für Allgemeinmedizin D. d. S. vom 24. Oktober 2005 beigelegt, in dem als Diagnosen ein chronischer Schmerzzustand, ein Erschöpfungszustand, psychisch und körperlich, eine Hyposomie, ein Diabetes mellitus Typ II und eine arterielle Hypertonie aufgeführt wurden. Die Klägerin übe seit 23 Jahren eine Vollzeitbeschäftigung aus; für sie sei die Kundenbewältigung sehr anstrengend, ebenso die ständige Neukonfrontation mit Kunden und die sitzende Tätigkeit von ungefähr acht Stunden am Tag. Diese Bedingungen seien für die Klägerin langsam unerträglich. Der ebenfalls vorgelegte Auszug aus der Leistungskartei der AOK wies bei der Klägerin Zeiten der Arbeitsunfähigkeit (AU) nach der letzten stationären Rehabilitationsleistung vom 03. März bis 23. April 2004, vom 17. bis 19. November 2004 sowie vom 21. Februar bis 04. März 2005 aus. Mit Bescheid vom 11. November 2005 lehnte die Beklagte den Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ab. Die letzte medizinische Leistung liege noch nicht vier Jahre zurück. Die Auswirkungen der bei der Klägerin vorliegenden Gesundheitsstörungen, nämlich chronisches Schmerzsyndrom, statisch und degenerativ bedingte

Wirbelsäulen- und Gelenkbeschwerden sowie Diabetes bei ansteigendem Übergewicht, auf das Leistungsvermögen sei nicht so schwerwiegend, dass eine vorzeitige Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne von [§ 15](#) des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB VI) aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sei. Eine Weiterleitung des Antrags nach [§ 14](#) des Neunten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) an die Krankenkasse könne nicht erfolgen, da auch von der Krankenkasse Leistungen zur Rehabilitation nicht vor Ablauf von vier Jahren erbracht werden könnten ([§ 40 Abs. 3 Satz 4](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V)). Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch machte die Klägerin geltend, bei ihr sei aus gesundheitlichen Gründen eine Rehabilitationsleistung dringend angezeigt. Wie sich aus dem vorgelegten Bescheid des VA Heilbronn vom 03. August 2005 über die Erhöhung des GdB ergebe, habe sich ihr Zustand verschlechtert. Im Übrigen habe sich ihr Gewicht seit Juli 2005 vermindert. Es finde auch eine Schmerzbehandlung bei Dr. V. statt. Bei ihr bestünden Erschöpfungszustände; aus Rücksichtnahme auf ihren Arbeitsplatz sei es ihr nicht möglich gewesen, sich längere Zeit krankschreiben zu lassen. Der Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid der bei der Beklagten bestehenden Widerspruchsstelle vom 13. Januar 2006).

Deswegen erhob die Klägerin am 18. Januar 2006 Klage beim Sozialgericht Heilbronn (SG). Sie reichte verschiedene Unterlagen ein, benannte die sie behandelnden Ärzte und machte geltend, diese verträten die Ansicht, dass ihr Gesundheitszustand bereits jetzt wieder eine Kur erforderlich mache. Auch aus dem vorgelegten Gutachten des Dr. A. vom 16. September 2003 ergebe sich, dass mit einer zunehmenden Verschlechterung ihrer Erkrankung gerechnet werden müsse. Insoweit sei auch nach der letzten stationären Behandlung ein Diabetes mellitus Typ II hinzugekommen. Auch das VA habe danach einen GdB von 50 aufgrund eines schlechter gewordenen Gesundheitszustands anerkannt. Der sie behandelnde Arzt für Orthopädie Dr. L. habe auch am 12. Dezember 2005 bei ihr eine ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten nach [§ 23 Abs. 5 SGB V](#) befürwortet. Eigentlich sei bei ihr die Kur nicht wegen orthopädischer Beschwerden, sondern wegen des Erschöpfungszustands geboten. Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage ihrer Verwaltungsakten entgegen. Das SG zog vom VA Heilbronn die SchwbG-Akten bei. Ferner erhob es schriftliche Auskünfte als sachverständige Zeugen des Dr. L. vom 09. März 2006 sowie der Ärztin D. d. S. vom 30. März 2006. Beide Ärzte reichten dabei weitere Unterlagen ein.

Mit Urteil vom 30. August 2006, das der Klägerin am 02. Oktober 2006 zugestellt wurde, wies das SG die Klage ab. Es führte aus, die Voraussetzungen für eine vorzeitige Wiederholung der medizinischen Rehabilitationsbehandlung vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung der letzten Behandlung lägen nicht vor. Bei der Klägerin seien keine schwerwiegenden neuen Leiden aufgetreten, deren Behandlung in einer Rehabilitationsmaßnahme vor Ablauf der Frist von vier Jahren erforderlich sei. Wegen ihres Diabetes mellitus befinde sich die Klägerin in einem Betreuungsprogramm ihrer Krankenkasse, das speziell auf ihr individuelles Krankheitsbild abgestellt sei. Daneben bestünden bei ihr eine arterielle Hypertonie, eine Hyperthyreose und eine Fettstoffwechselstörung. Diese pathologischen Veränderungen könnten ebenfalls medikamentös bzw. durch eine Reduzierung des Körpergewichts verbessert werden. Hinsichtlich der Beschwerden im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparats halte Dr. L. eine vorzeitige Wiederholung nicht für erforderlich. Dem schließe sich die Kammer an. Insoweit wäre eine auf einen längeren Zeitraum angelegte kontinuierliche ambulante Therapie ausreichend. Hinsichtlich des von der Klägerin geltend gemachten und von der behandelnden Ärztin D. d. S. erwähnten Erschöpfungszustands seien konkrete Leistungsbeeinträchtigungen und Funktionsminderung nicht beschrieben worden; es sei auch keine fachärztliche Behandlung eingeleitet worden. Dass ein Heilverfahren jetzt dringend erforderlich sei, habe nicht festgestellt werden können. Es komme deshalb nicht darauf an, dass die Klägerin im Falle einer erheblichen Leistungsminderung die mit Rehabilitationsleistungen bezweckte möglichst dauerhafte und uneingeschränkte Erwerbstätigkeit schon deshalb nicht mehr erreichen könnte, weil sie binnen fünf Monaten in die passive Phase der Altersteilzeit eintrete.

Gegen dieses Urteil hat die Klägerin am 24. Oktober 2006 mit Fernkopie Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Ihr stehe eine stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung zu. Sie habe den Antrag bereits in der aktiven Phase der Altersteilzeit gestellt. Im Übrigen habe sich ihr Gesundheitszustand nicht gebessert, sondern eher verschlechtert, dies ergebe sich auch aus dem höheren GdB. Sie sei als Hausfrau im Übrigen vollbeschäftigt und wolle bei dieser Tätigkeit nicht diskriminiert werden. Auch weise sie darauf hin, dass sie in der Freistellungsphase der Altersteilzeit in den nächsten fünf Jahren noch Sozialversicherungsbeiträge zu leisten habe.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 30. August 2006 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 11. November 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. Januar 2006 zu verurteilen, ihr stationäre medizinische Leistungen zur Rehabilitation zu gewähren.

Die Beklagte beantragt sinngemäß,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hat den Entlassungsbericht des Dr. Z. vom 13. Januar 2004 vorgelegt.

Der Berichterstatter des Senats hat die SchwbG-Akten des VA Heilbronn beigezogen und ferner Auskünfte bei der AOK Heilbronn vom 23. Februar 2007 zu den AU-Zeiten der Klägerin seit 2006 sowie vom 27. März 2007 zum Beginn der Freistellungsphase der Altersteilzeit eingeholt.

Mit Verfügung vom 20. März 2007 hat der Berichterstatter des Senats ferner die Beteiligten auf die Möglichkeit einer Zurückweisung der Berufung durch Beschluss nach [§ 153 Abs. 4](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hingewiesen. Die Beteiligten haben dieser Verfahrensweise zugestimmt bzw. keine Bedenken deswegen geäußert (Schriftsätze vom 03. April bzw. 22. Mai 2007).

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten, die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

II.

Die nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat nach Anhörung der Beteiligten, die

der entsprechenden Vorgehensweise zugestimmt bzw. dagegen keine Einwendungen erhoben haben, im Rahmen des ihm zustehenden Ermessens durch Beschluss nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) entschieden hat, ist statthaft und zulässig, aber nicht begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 11. November 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. Januar 2006 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Gewährung einer stationären medizinischen Rehabilitationsleistung. Dies hat das SG zutreffend entschieden, weshalb der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die zutreffenden Gründe der angegriffenen Entscheidung Bezug nimmt.

Ergänzend ist noch Folgendes auszuführen: Ob bei der Klägerin die Voraussetzungen für die Gewährung stationärer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ([§ 15 Abs. 2](#) und 3 SGB VI) vorliegen, beurteilt sich aufgrund der erhobenen kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage nach der Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten Entscheidung in der Tatsacheninstanz, d.h. hier des Senats, nicht etwa nach der Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der Antragstellung oder der letzten Verwaltungsentscheidung. Auch der Senat vermag nicht festzustellen, dass bei der Klägerin, bei der zuletzt vom 16. Dezember 2003 bis 20. Januar 2004 auf Kosten der Beklagten stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt worden waren, solche Leistungen jetzt vor Ablauf von vier Jahren aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind ([§ 12 Abs. 4 Satz 2 SGB VI](#)). Dabei berücksichtigt der Senat auch, dass die Klägerin, die Altersteilzeit im Rahmen des so genannten Blockmodells in Anspruch nimmt. Bis zum 28. Februar 2007 hat sie in vollem Umfang der regulären wöchentlichen Arbeitszeit von 36,5 Stunden gearbeitet. Ab 01. März 2007 ist sie bis zum Beginn der Rente wegen Alters in die passive Phase der Altersteilzeit eingetreten, so dass sie nun von der Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt freigestellt ist. Die Klägerin ist somit der in der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 30. August 2006 geschilderten Arbeitsbelastung in ihrer bisherigen Tätigkeit bei der AOK, sei es auch aufgrund der angegebenen geleisteten Überstunden, nicht mehr ausgesetzt. Dabei hat die Klägerin vor allem geltend gemacht, sie benötige die erstrebten Leistungen nicht wegen orthopädischer Beschwerden, sondern wegen eines Erschöpfungszustands. Bei der Klägerin ist zwar der Leistungsanspruch nicht schon nach [§ 12 Abs. 1 Nr. 4 Buchst. a SGB VI](#), wonach Leistungen zur Teilhabe nicht für Versicherte erbracht werden, die eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters bezahlt wird, ausgeschlossen, weil die Klägerin in der passiven Phase der Altersteilzeit ersichtlich keine solche Leistung, beispielsweise nach dem Altersteilzeitgesetz, bezieht. Jedoch ergibt sich aus der genannten Bestimmung, dass Rehabilitationsleistungen zu Lasten des Rentenversicherungsträgers dann nicht mehr beansprucht werden können, wenn die Aufgabe der Rehabilitation - durch Einwirken auf die Erwerbsfähigkeit das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern - nicht mehr erfüllt werden kann. Auch bei der Klägerin kann der Senat nicht feststellen, dass, unabhängig vom Wegfall berufsbedingter Erschöpfungszustände, jetzt mittels einer stationären Leistung zur Rehabilitation ein Ausscheiden aus dem Berufsleben der Klägerin vor dem Bezug einer Altersrente verhindert werden könnte. Darauf, dass die Klägerin den Antrag hier bereits vor dem 01. März 2007 gestellt hat, kann sie sich ebenso wenig berufen wie darauf, dass sie als Hausfrau, ohne der den Erschöpfungszustand auslösenden Tätigkeit bei der AOK ausgesetzt zu sein bzw. ausgesetzt zu werden, in ihrem Haushalt noch vollbeschäftigt sei. Auch darauf, dass bei der Klägerin ab 01. März 2007 bis zum Bezug einer Altersrente noch ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis mit entsprechender Beitragspflicht besteht (vgl. [§ 7 Abs. 1a](#) des Vierten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB IV)), kommt es nicht an.

Darüber, ob die Klägerin gegenüber ihrer Krankenkasse einen Anspruch auf eine von Dr. L. befürwortete ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten nach [§ 23 Abs. 2 SGB V](#) hat, war hier nicht zu entscheiden.

Danach war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergeht entsprechend [§ 193 SGG](#).

Gründe dafür, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-07-02