

L 5 KR 2049/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KR 6339/07
Datum
22.04.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 2049/10
Datum
24.11.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 22.4.2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen eine auf [§ 51 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) gestützte Aufforderung der Beklagten zur Beantragung von (Teilhabe-)Leistungen des Rentenversicherungsträgers.

Der 1945 geborene Kläger (GdB 50; Bescheid des Landratsamts B.-H. vom 23.7.2007) beantragte am 09.11.2006 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund Rente wegen Erwerbsminderung. Mit Schreiben vom 12.12.2006 bat er den Rentenversicherungsträger, seinen Antrag in Hinblick auf eine anstehende Hüftgelenkoperation ruhen zu lassen; diesem Ansinnen entsprach die Deutsche Rentenversicherung Bund mit Schreiben vom 28.12.2006 und bat um Nachricht zu gegebener Zeit, wenn das Verfahren wieder aufgenommen werden soll. Der Kläger absolvierte nach einer Hüft-TEP am 3.5.2007 vom 11.5.2007 bis 7.6.2007 ein stationäres Heilverfahren in der Th.klinik, Bad K ... Im Entlassungsbericht vom 22.6.2007 sind die Diagnosen Coxarthrose beidseits sowie (Z. n.) Hüft-TEP rechts am 3.5.2007 festgehalten. Der Kläger könne seine berufliche Tätigkeit als Verkäufer (im Außendienst) nur noch drei bis unter sechs Stunden täglich ausüben. Er fahre ca. 60.000 km im Jahr mit dem PKW; es werde eine Kfz-Hilfe mit behinderungsgerechtem orthopädischem Sitz empfohlen. Der Kläger wolle dies zunächst mit seinem Arbeitgeber klären; ggf. kämen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht.

Die Beklagte erhob das Aktengutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK, Dr. W.) vom 14.8.2007. Darin sind die Befunde aus dem Entlassungsbericht der Th.klinik, Bad K., vom 22.6.2007 aufgeführt. Weiter heißt es, der Kläger arbeite im Außendienst. Er müsse 60.000 km im Jahr mit dem Auto zurücklegen und häufig Lasten bis 20 kg heben und tragen. Die bisher verrichtete Tätigkeit mit schweren Anteilen sei nicht mehr leistungsgerecht. Wenn, wie aus dem letzten Versicherungsgespräch hervorgehe, eine innerbetriebliche Umsetzung nicht möglich sei, sei bei gem. [§ 51 SGB V](#) geminderter Erwerbsfähigkeit des Klägers ein Herantreten an den Rentenversicherungsträger zwecks Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben empfehlenswert.

Der Kläger war seit 2.5.2007 arbeitsunfähig krank und bezog ab 14.6.2007 von der Beklagten Krankengeld. Mit Bescheid vom 18.9.2007 forderte die Beklagte den Kläger auf, beim zuständigen Rentenversicherungsträger bis zum 30.11.2007 einen orthopädischen Autositz als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zu beantragen. Der Termin müsse unbedingt eingehalten werden. Werde der Antrag nicht rechtzeitig gestellt, falle der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist weg. Die genannte berufliche Rehabilitationsmaßnahme ermögliche bzw. erleichtere die schnellstmögliche Wiedereingliederung des Klägers in das Erwerbsleben und sei hierfür geeignet und erforderlich. Die Aufforderung zur Antragstellung beim Rentenversicherungsträger sei verhältnismäßig. Das Ende der Arbeitsunfähigkeit sei nach den Feststellungen des MDK, der die Erwerbsfähigkeit des Klägers für erheblich gefährdet halte, derzeit nicht absehbar. Der Reha-Antrag gelte als Rentenanspruch, wenn die Erwerbsfähigkeit nicht gebessert werden könne. Über den Reha-Antrag könne der Kläger nicht frei bestimmen, sondern nur noch dann Einfluss nehmen, wenn er daran ein berechtigtes Interesse habe.

Zur Begründung des dagegen am 27.9.2007 eingelegten Widerspruchs trug der Kläger vor, die Beklagte habe ihr Ermessen nicht ausgeübt, den Bescheid vom 18.9.2007 vielmehr nach Art eines Standardschreibens verfasst.

Mit Widerspruchsbescheid vom 5.12.2007 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Ergänzend führte sie aus, sie habe gem. [§ 39 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) Ermessen auszuüben und dabei alle Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen. Es sei nichts

dafür ersichtlich, dass die auf [§ 51 Abs. 1 SGB V](#) gestützte Aufforderung zur Beantragung von Leistungen des Rentenversicherungsträgers unverhältnismäßig sein könnte. Sie sei vielmehr geeignet und erforderlich, um den Kläger baldmöglichst wieder in das Erwerbsleben einzugliedern, und auch verhältnismäßig im engeren Sinne, da der Wiedereintritt von Arbeitsfähigkeit nicht absehbar sei. Die bisherige Tätigkeit des Klägers sei nach den Feststellungen des MDK nicht mehr leistungsgerecht. Mit der Aufforderung zur Beantragung von Leistungen des Rentenversicherungsträgers solle sichergestellt werden, dass keine subsidiären Sozialleistungen (Krankengeld) geleistet werden müssten. Bei erneuter Abwägung aller Gesichtspunkte sei eine abweichende Entscheidung nicht möglich.

Am 10.12.2007 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Freiburg. Außerdem suchte er am 3.12.2007 um vorläufigen Rechtsschutz nach (Verfahren S 11 KR 6207/07 ER).

Zur Begründung seiner Klage trug der Kläger vor, die Beklagte habe ihr Ermessen gar nicht, zumindest aber fehlerhaft ausgeübt, weil das dem Rentenversicherungsträger für die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eröffnete Ermessen sich nicht auf die Versorgung mit einem orthopädischen Autositz reduziert habe. Vielmehr sei nach der TEP-Operation eine medizinische Anschlussheilbehandlung zu gewähren. Im Übrigen habe er bereits am 14.11.2006 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund Rente wegen Erwerbsminderung beantragt, weswegen die Aufforderung nach [§ 51 Abs. 1 SGB V](#) ins Leere gehe. Den Rentenanspruch (Erwerbsminderungsrente) habe er aber nicht weiterverfolgt, da er wieder arbeiten wolle und auch wieder arbeite. Am 1.4.2009 werde er 64 Jahre alt und wolle sodann Altersrente beziehen. Er könne Altersrente für schwerbehinderte Menschen ohne Abschlag erhalten. Würde er (wegen der angefochtenen Aufforderung zur Beantragung von Leistungen des Rentenversicherungsträgers) vorzeitig berentet, müsste er Abschläge von 10,8 % hinnehmen. Dies sei unverhältnismäßig.

Die Beklagte trug ergänzend vor, der Kläger habe vom 30.11. bis 20.12.2007 Leistungen des Rentenversicherungsträgers und danach vom 21.12.2007 bis 31.3.2008 Krankengeld erhalten. Es sei nicht nachvollziehbar, inwieweit ihn der angefochtene Bescheid beschwere. Die Aufforderung zur Beantragung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sei nicht unverhältnismäßig gewesen. Ein etwaiger Rentenabschlag sei nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 7.12.2004, - [B 1 KR 6/03 R](#) -) könne der Versicherte in Fällen, in denen der Ausschluss der Rentenanspruchsfiktion nach [§ 116 Abs. 2 SGB VI](#) (Geltung eines Reha-Antrags als Rentenanspruch) von der Zustimmung der Krankenkasse abhängen, deren Entscheidung hierüber herbeiführen. Diese Entscheidung müsse die Krankenkasse nach pflichtgemäßem Ermessen treffen und dabei insbesondere berücksichtigen, ob der Versicherte ein berechtigtes Interesse am Aufschieben des Rentenbeginns habe. Letzteres komme in Betracht, wenn eine erhebliche Verbesserung des Rentenanspruchs erreicht werden könne, etwa im Hinblick auf die Erfüllung der Voraussetzungen für eine Erhöhung der Rentenbemessungsgrundlage. Vor diesem Hintergrund sei es wenig sinnvoll, die Aufforderung zur Antragstellung nach [§ 51 SGB V](#) anzufechten.

Mit Gerichtsbescheid vom 22.4.2010 wies das Sozialgericht die Klage mangels Rechtsschutzbedürfnisses als unzulässig ab. Das Rechtsschutzbedürfnis fehle, wenn die vom Kläger begehrte Entscheidung des Gerichts seine rechtliche oder wirtschaftliche Stellung nicht verbessern würde. Das sei hier der Fall. Aus dem Bescheid vom 18.9.2007 (Widerspruchsbescheid vom 5.12.2007) erwachsen dem Kläger weder rechtliche noch wirtschaftliche Nachteile. Dieser habe im Anschluss an die Leistungen des Rentenversicherungsträgers Krankengeld erhalten. Nachdem er mittlerweile Rente beziehe, gehe die mit den angefochtenen Bescheiden verfügte Einschränkung der Dispositionsbefugnis über die Stellung eines Rentenanspruchs ins Leere. Hierauf und auf die Folgen für die Zulässigkeit der Klage sei der Kläger mit Verfügung vom 21.9.2009 hingewiesen worden.

Mit Beschluss vom 12.12.2007 (- S 11 KR 6207/07 ER -) hatte das Sozialgericht den Antrag des Klägers auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes als unzulässig zurückgewiesen. Eine am 8.1.2008 eingelegte Beschwerde nahm der Kläger wieder zurück (Verfahren L 5 KR 308/08 ER-B).

Auf den ihm am 27.4.2010 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 29.4.2010 Berufung eingelegt. Zur Begründung trägt er vor, er habe ein Rechtsschutzbedürfnis an der Aufhebung der angefochtenen Bescheide, weshalb seine Klage nicht als unzulässig hätte abgewiesen werden dürfen. Solange die Bescheide fortbeständen, sei seine Dispositionsfreiheit hinsichtlich der Beantragung von Reha-Leistungen eingeschränkt; demgegenüber gehe es nicht um die Zahlung von Krankengeld oder Rente. Die Beklagte solle die in Rede stehenden Bescheide aufheben oder für unwirksam erklären; er sei über deren Absichten im Unklaren. Bei eingeschränkter Dispositionsfreiheit könnte ihm die Beklagte noch Schwierigkeiten bereiten, was (in anderen Fällen) auch schon vorgekommen sei. Aus der Rehabilitationsbehandlung im Mai/Juni 2007 habe man ihn arbeitsunfähig entlassen. Die Freiheit zur Stellung von Reha-Anträgen könne auch im Nachhinein (durch "nachgeschobene" Bescheide) eingeschränkt werden. Die Beklagte könnte ggf. auf der Umdeutung des im Jahr 2007 gestellten Reha-Antrages in einen Rentenanspruch bestehen; insoweit sei auf das Verfahren vor dem LSG Baden-Württemberg mit dem Aktenzeichen L 11 936/06 verwiesen. Er müsste dann u.U. Abschläge bei der Erwerbsminderungsrente hinnehmen, die sich in der (gegenwärtig abschlagsfrei gezahlten) Altersrente fortsetzen würden. Außerdem hätte die Beklagte, folgte man dem Sozialgericht, einen Widerspruchsbescheid nicht erlassen dürfen, sondern seinem Widerspruch abhelfen müssen. Im Januar 2008 habe er eine Anschlussheilbehandlung nach einer zweiten Hüftgelenkoperation absolviert; diese wäre "nach gängiger Doktrin" ebenfalls den mit den angefochtenen Bescheiden verfüigten Einschränkungen seiner Dispositionsbefugnis unterworfen gewesen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 22.4.2010 sowie den Bescheid der Beklagten vom 18.9.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 5.12.2007 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend.

Beide Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gem. [§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und auch sonst zulässige Berufung des Klägers, über die der Senat nach Zustimmung beider Beteiligten ohne mündliche Verhandlung gem. [§ 124 Abs. 2 SGG](#) entschieden hat, ist nicht begründet. Der Senat kann offen lassen, ob das Sozialgericht die Klage mangels Rechtsschutzbedürfnisses zu Recht als unzulässig abgewiesen hat, oder ob von den angefochtenen Bescheiden vom 18.9 bzw. 5.12.2007 noch den Kläger beschwerende und der gerichtlichen Aufhebung zugängliche Rechtsfolgen ausgehen. Im letzteren Fall wäre die Klage zwar zulässig, jedoch nicht begründet gewesen, da die genannten Bescheide rechtmäßig sind. Die Berufung ist damit in jedem Fall als unbegründet zurückzuweisen; der Mangel des Rechtsschutzbedürfnisses für die Klage führt nicht zur Unzulässigkeit, sondern – wie die Rechtmäßigkeit der angefochtenen Bescheide – zur Unbegründetheit der gegen das klagabweisende Urteil eingelegten Berufung des Klägers.

I. Rechtsgrundlage der angefochtenen Bescheide ist [§ 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Danach kann die Krankenkasse Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (vgl. [§ 5 Nr. 1](#) und 2 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch, SGB IX) zu stellen haben. Wird der Antrag nicht innerhalb der Frist gestellt, entfällt der Anspruch auf Krankengeld gem. [§ 51 Abs. 3 SGB V](#) mit Ablauf der Frist; wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf.

1.) Das Regelungskonzept des [§ 51 Abs. 1](#) und 3 SGB V folgt dem Vorbild der Vorschriften in den [§§ 66, 67 SGB I](#). Diese enthalten allgemeine Bestimmungen über Handlungs- bzw. Mitwirkungspflichten der Versicherten und die Folgen von Pflichtverletzungen. [§ 51 SGB V](#) geht diesen allgemeinen Regelungen vor ([§ 37 SGB I](#)) vor und soll zum einen eine sachgerechte Abgrenzung der Leistungen der gesetzlichen Kranken- und der gesetzlichen Rentenversicherung sicherstellen und zum andern Manipulationen der Versicherten zu Lasten der Krankenkasse verhindern. Ist die Leistungsfähigkeit des Versicherten nicht nur vorübergehend durch zeitlich begrenzte Arbeitsunfähigkeit ([§ 44 SGB V](#)), sondern auf Dauer durch zeitlich nicht begrenzte Erwerbsminderung ([§ 43](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch, SGB VI) eingeschränkt, ist nicht mehr die Krankenkasse, sondern die Rentenversicherung für die Gewährung von Entgeltersatzleistungen, nämlich von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ([§ 43 SGB VI](#)), zuständig (vgl. zur Abgrenzung der Leistungszuständigkeit von Kranken- und Lebensversicherung auch Senatsurteil vom 25.7.2007, - [L 5 KR 2611/05](#) -). Da das Krankengeld meist höher ausfällt als die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, besteht die Gefahr, dass dauerhaft erwerbsgeminderte Versicherte den Krankengeldanspruch vor dem Rentenbezug noch bis zur Höchstdauer von 78 Wochen ([§ 48 SGB V](#)) ausschöpfen wollen und Anträge auf Rehabilitationsleistungen, die gem. [§ 116 Abs. 2 SGB VI](#) als Rentenanträge gelten, wenn eine erfolgreiche Rehabilitation nicht zu erwarten ist oder die erbrachten Rehabilitationsleistungen nicht erfolgreich waren, entsprechend verspätet stellen (vgl. auch BSG, Ur. v. 7.12.2004, - [B 1 KR 6/03 R](#) -). Deswegen schränkt [§ 51 Abs. 1 SGB V](#) die Dispositionsbefugnis der Versicherten hinsichtlich der Beantragung antragsabhängiger Leistungen des Rentenversicherungsträgers ein. Mit der in [§ 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vorgesehenen Aufforderung zur Antragstellung beim Rentenversicherungsträger kann die Krankenkasse Einfluss auf den Beginn dieser Leistung nehmen, den Leistungsvorrang des Rentenversicherungsträgers bei dauerhafter Erwerbsminderung sichern und Leistungsmanipulationen zu ihren Lasten verhindern. Deswegen kann der Versicherte einen nach Aufforderung durch die Krankenkasse gem. [§ 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) beim Rentenversicherungsträger gestellten Leistungsantrag wirksam auch nur mit Zustimmung der Krankenkasse zurücknehmen oder beschränken. Im Hinblick auf die dargelegten Zielsetzungen des [§ 51 SGB V](#) darf die Krankenkasse den Versicherten auch dann dazu auffordern, beim Rentenversicherungsträger Leistungen zur (medizinischen) Rehabilitation zu beantragen, wenn keine Aussicht auf eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit besteht, da sie in solchen Fällen über die Umdeutung des Reha-Antrags als Rentenantrag nach [§ 116 Abs. 2 SGB VI](#) eine Entscheidung des Rentenversicherungsträgers über einen Anspruch auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit herbeiführen kann.

2.) Die Aufforderung zur Antragstellung nach [§ 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) stellt einen belastenden Verwaltungsakt gem. [§ 31](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) dar. Ein entsprechender Bescheid kann auch "nachgeschoben" werden, wenn der Versicherte von sich aus einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe beim Rentenversicherungsträger gestellt hat; seine Dispositionsbefugnis über die Rücknahme des bereits gestellten Antrags ist dann entsprechend eingeschränkt (BSG, Ur. v. 26.6.2008, - [B 13 R 141/07 R](#) -). Voraussetzung für den Erlass einer Aufforderung nach [§ 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ist im Hinblick auf die Zielsetzung der Vorschrift, dass dem Versicherten ein Anspruch auf Krankengeld zusteht. Sodann muss seine Erwerbsfähigkeit - nach der aktuellen körperlichen sowie geistigen Konstitution und den daraus resultierenden gesundheitlichen Einschränkungen seiner beruflichen Leistungsfähigkeit - erheblich gefährdet oder gemindert sein, wobei diese Beurteilung auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, in der Praxis meist des MDK, zu erfolgen hat. Bei diesem Gutachten muss es sich um mehr als ein Attest oder eine ärztliche Bescheinigung handeln, vielmehr ist notwendig, dass die erhobenen Befunde – zumindest summarisch – wiedergegeben werden und sich der Arzt – soweit es sich um ein sozialmedizinisches Gutachten handelt – zu den nach seiner Auffassung durch die festgestellten Gesundheitsstörungen bedingten Leistungseinschränkungen und ihrer voraussichtlichen Dauer äußert. Ungeschriebenes Tatbestandsmerkmal des [§ 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ist schließlich eine Belehrung des Versicherten über den möglichen Wegfall des Krankengeldanspruchs ([§ 51 Abs. 3 SGB V](#)) und über die Einschränkung seiner Dispositionsbefugnis hinsichtlich der Stellung von Leistungsanträgen beim Rentenversicherungsträger und deren Rücknahme.

Sind die Voraussetzungen des [§ 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) erfüllt, hat die Krankenkasse über die Aufforderung zur Antragstellung nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden. Hierfür gelten die allgemeinen Anforderungen. Das Ermessen ist gem. [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB I](#) entsprechend dem Zweck der Ermächtigung auszuüben und es sind die gesetzlichen Grenzen des Ermessens einzuhalten. Die Krankenkasse muss - ausgehend von einem zutreffenden und vollständigen Sachverhalt - alle wesentlichen Umstände des Einzelfalls abwägen und namentlich die Folgen der Entscheidung für den Versicherten bedenken, etwa hinsichtlich des Wegfalls des Krankengeldanspruchs ([§ 51 Abs. 3 SGB V](#)), einer ggf. eintretenden Beendigung der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ([§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#)) oder des Ausscheidens aus dem Berufsleben im Zuge einer Berentung. Nach dem Zweck des [§ 51 SGB V](#) kommt dem Interesse der Krankenkasse an der Begrenzung ihrer Leistungspflicht und am Übergang der Leistungszuständigkeit auf den Rentenversicherungsträger aber grundsätzlich Vorrang vor den Interessen des Versicherten am Aufschub des Rentenbeginns bzw. am Weiterbezug von Krankengeld zu. Die Interessen des Versicherten haben indessen Vorrang, wenn mit dem Aufschub des Rentenbeginns eine erhebliche Verbesserung des

Rentenanspruchs erreicht werden kann (vgl. näher BSG, Urt. v. 7.12.2004, - [B 1 KR 6/03 R](#) -), z.B. durch eine eventuell noch mögliche Erfüllung der Voraussetzungen für eine Erhöhung der Rentenbemessungsgrundlage; demgegenüber wird ein zu erwartender Rentenabschlag ([§ 77 Abs. 2 SGB VI](#)) für sich allein nicht genügen (zu alledem etwa Brinkhoff, in jurisPK-SGB V § 51 Rdnr. 10 ff., m. Nachw. zur Rspr.).

In verfahrensrechtlicher Hinsicht muss die Krankenkasse den Versicherten gem. [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) anhören und in der Begründung ihrer Ermessensentscheidung gem. [§ 35 Abs. 1 Satz 3 SGB X](#) die Gesichtspunkte darlegen, von denen sie bei der Ermessensausübung ausgegangen ist.

II. Hiervon ausgehend erweist sich der Bescheid der Beklagten vom 18.9.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 5.12.2007 als rechtmäßig.

Die Beteiligten streiten (zu Recht) nicht über die Voraussetzungen für das Ergehen einer Aufforderung zur Antragstellung beim Rentenversicherungsträger nach [§ 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Insbesondere war die Erwerbsfähigkeit des Klägers nach dem den Anforderungen des [§ 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) genügenden ärztlichen Gutachten des MDK (Dr. W.) vom 14.8.2007 erheblich gefährdet bzw. gemindert, nachdem die bisher verrichtete Tätigkeit (u.a. mit schwerem Heben und Tragen) auf Grund der aus dem Entlassungsbericht der Th.klinik, Bad K., vom 22.6.2007 hervorgehenden Befunde nicht mehr als leidensgerecht einzustufen war. Die Beklagte hat den Kläger auch über den möglichen Wegfall des Krankengeldanspruchs ([§ 51 Abs. 3 SGB V](#)) und die Einschränkung seiner Dispositionsbefugnis über die Stellung von Leistungsanträgen beim Rentenversicherungsträger und deren Rücknahme unterrichtet.

Entgegen der Auffassung des Klägers genügen die genannten Bescheide den Anforderungen an eine rechtmäßige Ermessensentscheidung. Die Beklagte hat die wesentlichen Umstände des Sachverhalts ermittelt und das ihr in [§ 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) eröffnete Ermessen auch ausgeübt. Dabei hat sie die ihr erkennbaren Umstände in die Abwägung der widerstrebenden Interessen eingestellt. Sie hat sich von dem regelmäßigen gesetzlichen Vorrang des Interesses der Krankenkasse an der Begrenzung ihrer Leistungspflicht und am Übergang der Leistungszuständigkeit auf den Rentenversicherungsträger leiten lassen und dies auch in der Begründung des Bescheids vom 18.9.2007 bzw. des Widerspruchsbescheids vom 5.12.2007 zum Ausdruck gebracht. Belange des Klägers, die die Aufforderung zur Antragstellung beim Rentenversicherungsträger als unverhältnismäßig erscheinen lassen könnten, sind im Verwaltungsverfahren nicht vorgebracht worden. Allerdings hätte der Kläger vor Ergehen des Bescheids vom 18.9.2007 gem. [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) angehört werden müssen, was offensichtlich nicht geschehen ist. Dieser verfahrensrechtliche Mangel ist jedoch dadurch unbeachtlich geworden, dass der Kläger im Widerspruchsverfahren Gelegenheit zur Stellungnahme hatte und die Anhörung damit gem. [§ 41 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 SGB X](#) nachgeholt worden ist. Auch zur Begründung seines Widerspruchs hat der Kläger konkrete Interessen, die aus seiner Sicht gegen den Erlass einer Aufforderung nach [§ 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) sprechen könnten, nicht geltend gemacht. Er hat lediglich allgemein moniert, dass der Bescheid vom 18.9.2007 nach Art eines Standardschreibens verfasst sei. Damit ist ein rechtlich beachtlicher Ermessensfehler freilich nicht dargetan, zumal die vom Kläger beanstandete Gleichheit im Wortlaut vieler Bescheide letztendlich darauf beruht, dass in Fallgestaltungen der vorliegenden Art nach dem Gesagten regelmäßig die Interessen der Krankenkasse den Ausschlag geben. Es hätte dem Kläger obliegen darzutun, wann für ihn (frühestens) eine Rentengewährung in Betracht kommen könnte und welchen Modalitäten - etwa hinsichtlich von Rentenabschlägen - die Rentenanspruchstellung ggf. unterliegen würde. Zumindest hätte er ein entsprechendes Interesse wenigstens in groben Zügen ansprechen und der Beklagten so zur Kenntnis geben müssen. Diese hätte dem ggf. nachgehen und diesen Gesichtspunkt sodann in ihre Ermessenserwägungen einstellen können bzw. müssen. Aufgrund des unsubstantiierten und pauschalen Vorbringens des Klägers im Verwaltungsverfahren bestand für sie dazu kein Anlass. Sie brauchte mangels entsprechend konkreten Sachvortrags im Widerspruchsverfahren von Amts wegen auch keine weiteren Ermittlungen ([§ 20 SGB X](#)) anzustellen.

Soweit der Kläger offenbar befürchtet, die Beklagte könnte zu seinen Lasten und mit nachteiligen Folgen für die Höhe seiner Rente infolge von Rentenabschlägen ([§ 77 Abs. 2 SGB VI](#)) auf der Behandlung eines früheren Reha-Antrags als Rentenanspruch ([§ 116 Abs. 2 SGB VI](#)) bestehen, bliebe es ihm unbenommen, bei der Beklagten die Zustimmung dazu zu beantragen, dass die Antragsfiktion des [§ 116 Abs. 2 SGB VI](#) nicht eintritt (vgl. etwa KassKomm/Höfler, SGB V [§ 51](#) Rdnr. 16a und KassKomm/Kater, SGB VI [§ 116](#) Rdnr. 10 sowie BSG, Urt. v. 7.12.2004, - [B 1 KR 6/03 R](#) -). Hierüber wäre sodann nach pflichtgemäßem Ermessen unter Beachtung der vorstehend zum Ermessen im Rahmen des [§ 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) dargestellten Grundsätze zu entscheiden. Dies ist jedoch nicht geschehen und damit nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens und für die Rechtmäßigkeit der Bescheide vom 18.9.2007 bzw. 5.12.2007 nicht von Belang.

Das Sozialgericht hat die Klage danach zu Recht abgewiesen, weshalb die Berufung des Klägers erfolglos bleiben muss. Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2010-12-08