L 11 KR 3010/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KR 220/14
Datum
02.08.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 3010/16
Datum
15.11.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 02.08.2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Rechtmäßigkeit einer Aufforderung der Beklagten an den Kläger zur Stellung eines Antrags auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beim zuständigen Rentenversicherungsträger im Streit.

Der 1951 geborene Kläger war aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Er war als Lkw-Fahrer mit schweren Hebeverrichtungen und als Lagerist beschäftigt. Ab dem 06.06.2013 bestand Arbeitsunfähigkeit (Diagnose: Bandscheibenprotrusion). Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg bewilligte eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation, nach deren Abschluss am 19.07.2013 dem Kläger Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Form eines Eingliederungszuschusses von der Deutschen Rentenversicherung in Aussicht gestellt wurden. Nachdem die den Kläger behandelnde Allgemeinmedizinerin Dr. P. der Beklagten mit Schreiben vom 26.07.2013 mitgeteilt hatte, dass weiterhin Arbeitsunfähigkeit bestehe, veranlasste die Beklagte beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eine sozialmedizinische Stellungnahme. In der MDK-Stellungnahme vom 10.10.2013 (Blatt 19 Verwaltungsakte) wird ausgeführt, dass der Kläger wegen chronischen LWS- und HWS-Syndroms seinen letzten Beruf als Lkw-Fahrer nicht mehr auf Dauer vollschichtig ausüben könne. Die Voraussetzungen für eine Aufforderung nach § 51 Abs 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) seien gegeben. Der Träger der Rentenversicherung könne den erneuten Reha-Antrag in einen Antrag auf BU-Rente umdeuten.

Mit Bescheid vom 15.10.2013 (Blatt 22 Verwaltungsakte) forderte die Beklagte den Kläger auf, bis spätestens 27.12.2013 beim zuständigen Rentenversicherungsträger Leistungen zur Teilhabe zu beantragen. Da die Erwerbsfähigkeit gegenwärtig erheblich gefährdet bzw gemindert sei, wie ärztliche Feststellungen ergeben hätten, sei diese Antragstellung sinnvoll und die Beklagte übe ihr Ermessen entsprechend aus.

Hiergegen erhob der Kläger am 28.10.2013 Widerspruch. Das Schreiben vom 15.10.2013 sei ein Standardschreiben, das nicht die Voraussetzungen erfülle, die an einen Verwaltungsakt mit Ermessensausübung zu stellen seien. Es sei bereits eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme absolviert worden. Die Voraussetzungen für eine weitere Rehabilitationsmaßnahme seien nicht gegeben, da keine Rehabilitationsfähigkeit bestehe.

Am 04.11.2013 beantragte der Kläger bei der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg die Gewährung von Rehabilitationsleistungen und beantragte zugleich, das Verfahren bis zum Abschluss des Verfahrens gegen die Beklagte Krankenkasse ruhend zu stellen (vgl Bl 3 SG-Akte). Bis zum Abschluss des Rechtsbehelfsverfahrens gegenüber der Krankenkasse würden Formblattanträge nicht ausgefüllt und das Verfahren nicht weiter betrieben.

Mit Bescheid vom 16.12.2013 (Bl 15 SG-Akte) lehnte die Deutsche Rentenversicherung den Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ab. Die letzte erbrachte Leistung zur medizinischen Rehabilitation sei am 19.07.2013 beendet worden. Weitere Leistungen seien nicht vor Ablauf einer Frist von vier Jahren zu gewähren, es sei denn, dass eine vorzeitige Leistung aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sei. Solche dringenden gesundheitlichen Gründe würden nicht vorliegen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 23.12.2013 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 15.10.2013 als

unbegründet zurück (Bl 42 Verwaltungsakte). Nachdem der MDK in seiner Stellungnahme vom 10.10.2013 ausgeführt habe, dass die Erwerbsfähigkeit des Klägers gemindert sei und er seinen bisherigen Beruf vollschichtig auf Dauer nicht mehr ausüben könne, hätten die Voraussetzungen zur Aufforderung nach § 51 SGB V vorgelegen. Die Beklagte habe ihr Ermessen pflichtgemäß ausgeübt. Sie habe die gesundheitlichen Einschränkungen und die MDK-Stellungnahme berücksichtigt. Eine fehlende Rehabilitationsfähigkeit des Klägers stehe der Stellung des Antrags auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen nicht entgegen. Auch die bereits erfolgte Maßnahme vom 25.06. bis 19.07.2013 sei für die erneute Antragstellung unerheblich. Es obliege insoweit dem Rentenversicherungsträger, geeignete Maßnahmen unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands des Klägers zu prüfen. Nach sorgfältiger Abwägung der Interessen des Klägers und der Belange der Versichertengemeinschaft würden letztere überwiegen. Die Umstände des Einzelfalles seien berücksichtigt worden.

Hiergegen hat der Kläger am 14.01.2014 Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben. Zur Begründung hat er sein bisheriges Vorbringen wiederholt und vertieft. Da die Beklagte kein Ermessen ausgeübt habe und ein Anspruch auf Rehabilitationsleistungen nicht bestehe, die Beklagte hätte auch selbst prüfen müssen, dass eine Reha-Maßnahme innerhalb der Vierjahresfrist absolviert worden sei und insofern gar nicht zur Stellung eines weiteren Reha-Antrages auffordern dürfen. Außerdem sei unklar gewesen, ob die Beklagte nicht auch noch insistiere, dass der Kläger Widerspruch gegen die Ablehnung des Reha-Antrages durch die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg einlege.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Bei erheblicher Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit habe sie jederzeit die Möglichkeit, gemäß § 51 SGB V den Versicherten zur Stellung eines Antrages zur medizinischen Rehabilitation aufzufordern. Für die Klage bestehe kein Rechtsschutzbedürfnis, da der Kläger innerhalb der gesetzten Frist den Antrag bei der Deutschen Rentenversicherung gestellt habe und dieser Antrag auf verbeschieden worden sei.

Nach Anhörung der Beteiligten hat das SG mit Gerichtsbescheid vom 02.08.2016 die Klage abgewiesen. Die Klage sei unzulässig, da sich der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 15.10.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23.12.2013 bereits vor Klageerhebung erledigt habe, da der Kläger bereits am 04.11.2013 bei der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg den Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestellt habe und der Antrag mit Bescheid vom 16.12.2013 entschieden und abgelehnt worden sei. Dadurch habe sich der angefochtene Verwaltungsakt der Beklagten bereits vor Klageerhebung erledigt. Einen Fortsetzungsfeststellungsantrag habe der Kläger nicht gestellt, wobei das erforderliche Feststellungsinteresse vorliegend auch nicht erkennbar sei. Unabhängig davon sei der Bescheid der Beklagten vom 15.10.2013 rechtmäßig, da die Begründung die Gesichtspunkte erkennen lasse, von denen die Beklagte bei der Ausübung ihres Ermessens ausgegangen sei.

Gegen den seinem Bevollmächtigten am 04.08.2016 gegen Empfangsbekenntnis zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 11.08.2016 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Er habe im Schriftsatz vom 26.04.2016 ausreichend dargelegt, weshalb ein Feststellungsinteresse bestehe. De facto sei in diesem Schriftsatz auch ein hilfsweise gestellter Feststellungsantrag enthalten. Er stehe jedoch weiterhin auf dem Standpunkt, dass sich das Verfahren nicht erledigt habe, da die Aufforderung zum Rehabilitationsantrag ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung sei. Bereits der Einleitungssatz im Bescheid vom 15.10.2013 -"Krankenkassen sind gesetzlich dazu verpflichtet bei arbeitsunfähigen Personen ..."- zeige, dass die Beklagte ihr Ermessen nicht ausgeübt habe. Krankenkassen seien eben nicht dazu verpflichtet, sondern sie hätten Ermessen auszuüben. Wenn die Beklagte schreibe, sie sei verpflichtet, den Kläger zur Stellung des Reha-Antrages aufzufordern, gebe sie zu erkennen, dass sie keine Ermessensausübung getätigt habe. Im Bescheid vom 15.10.2013 stehe überhaupt nichts, nicht ein einziges Wort über ein gutachtlich bzw ärztlich festgestelltes Krankheitsbild. Dieses Standardschreiben könne keinen Ermessensverwaltungsakt darstellen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 02.08.2016 und den Bescheid der Beklagten vom 15.10.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23.12.2013 aufzuheben, hilfsweise festzustellen, dass der Bescheid der Beklagten vom 15.10.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23.12.2013 rechtswidrig war.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet mit Einverständnis der Beteiligten gemäß §§ 153 Abs 1, 124 Abs 2 SGG ohne mündliche Verhandlung.

Einer Beiladung des Rentenversicherungsträgers bedurfte es nicht (vgl BSG 16.12.2014 - B 1 KR 31/13 R, SozR 4-2500 § 51 Nr 3).

Die nach den §§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist statthaft, zulässig aber unbegründet. Zu Recht hat das SG die Klage wegen fehlenden Rechtsschutzbedürfnisses als unzulässig abgewiesen. Aus den angefochtenen Bescheiden der Beklagten können sich keine nachteiligen Folgen für den Kläger mehr ergeben. Jede Rechtsverfolgung setzt ein Rechtsschutzbedürfnis (Rechtsschutzinteresse) voraus. Die Gerichte haben die Aufgabe, den Bürgern und der Verwaltung zu ihrem Recht zu verhelfen, soweit das notwendig ist (Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, Vor § 51 Rn 16). Das Rechtsschutzbedürfnis ist Zulässigkeitsvoraussetzung einer Klage. Es muss noch im Zeitpunkt der Entscheidung bestehen (BSGE 3, 142, 153; BSG SozR 2200 § 352 Nr 2 S 7) und ist auch vom Rechtsmittelgericht in jeder Lage des Verfahrens von Amts wegen zu prüfen (BSG 28.08.2013, B 6 KA 41/12 R, NZS 2014, 156); dadurch sollen zweckwidrige Prozesse verhindert und eine unnötige Inanspruchnahme des Rechtsschutzes durch staatliche Gerichte vermieden werden. Das Rechtsschutzbedürfnis fehlt ausnahmsweise, wenn unzweifelhaft ist, dass das begehrte Urteil die

rechtliche oder wirtschaftliche Stellung eines Klägers nicht verbessern würde (BSG 22.03.2012, B 8 SO 24/10 R, NZS 2012, 798; BVerwG 29.04.2004, 3 C 25/03, BVerwGE 121, 1, DÖV 2004, 1004), also wenn die begehrte gerichtliche Entscheidung die Rechtsstellung des Klägers nicht verbessern würde. So liegen die Dinge vorliegend.

Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben (§ 51 Abs 1 S 1 SGB V). Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist (§ 51 Abs 3 S 1 SGB V).

Stellt der Versicherte innerhalb der Frist den Antrag, so hat die Beklagte Krankengeld weiter zu gewähren (Knorr/Krasney in: Knorr/Krasney, Entgeltfortzahlung - Krankengeld - Mutterschutz, § 51 Rn 22, Stand 01/2015). Lehnt der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung den Antrag auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation ab, so braucht der Versicherte keinen Rechtsbehelf einzulegen (Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 51 Rdnr. 51; jurisPK-SGB V/Brinkhoff, 3. Aufl. 2016, § 51 Rn 25). Der Aufforderungsbescheid der Beklagten hat sich nach fristgerechter Antragstellung erledigt (§ 39 Abs 2 Alt 4 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch). Deshalb regelt § 51 Abs 3 SGB V auch nur die Rechtsfolgen bei nicht fristgerechter Antragstellung. Einer Normierung der Rechtsfolgen für den Fall einer – wie vorliegend - fristgerechten Antragstellung bedarf es schon nicht (Noftz in: Hauck/Noftz, SGB V, § 51 Rn. 50, Stand 11/2014; jurisPK-SGB V/Brinkhoff, 3. Aufl. 2016, § 51 Rn 24).

Auch wenn der vom Bevollmächtigten des Klägers gestellte Antrag den Anforderungen des BSG nicht genügt, da er nur mit Einschränkungen gestellt worden ist (vgl hierzu BSG 16.12.2014, B 1 KR 32/13 R, GesR 2015, 535: "§ 51 Abs 3 S 2 SGB V setzt voraus, dass der Antrag ohne Einschränkungen gestellt wird und vom Rentenversicherungsträger bearbeitet werden kann. Ein Antrag, der nur `rein fürsorglich´ und gleichzeitig `ruhend´ gestellt wird, genügt diesen Anforderungen nicht."), hat der Rentenversicherungsträger den Antrag angenommen, bearbeitet und verbeschieden. Damit können für den Kläger keine nachteiligen Rechtsfolgen mehr aus dem Bescheid der Beklagten entstehen.

Zwar ist es grundsätzlich möglich und statthaft, nach der Erledigung des Verwaltungsakts den Rechtsstreit mittels einer Fortsetzungsfeststellungsklage fortzuführen (§ 131 Abs 1 S 3 SGG). Soweit keine Änderung des Klagegrundes erfolgt, liegt hierin keine Klageänderung (§ 99 Abs 3 Nr 3 SGG; vgl BSG 17.10.2007 - B 6 KA 42/06 R - BSGE 99, 145 = SozR 4-2500 § 116 Nr 4). Auch die Fortsetzungsfeststellungsklage ist unzulässig. Dem Kläger fehlt es an der Zulässigkeitsvoraussetzung des berechtigten Interesses an der begehrten Feststellung. Zwar kann ein Fortsetzungsfeststellungsinteresse gegeben sein, wenn nicht auszuschließen ist, dass die Verwaltung die vom Kläger beanstandeten Verfügungen wiederholt, so dass ein Interesse an der Klärung deren Rechtmäßigkeit oder Rechtswidrigkeit bestehen könnte (vgl BSG vom 14.2.2013 – B 14 AS 195/11 R, BSGE 113, 70 = SozR 4-4200 § 15 Nr 2, Rn 16). Vorliegend war jedoch zum Zeitpunkt der Geltendmachung eines Fortsetzungsfeststellungsinteresses der Krankengeldbezug bereits beendet, so dass eine Wiederholung im konkreten Rechtsverhältnis nicht zu erwarten ist (vgl BSG 15.6.2016, B 4 AS 45/15 R, für SozR 4 vorgesehen, juris Rn 20). Davon abgesehen hat das SG zutreffend ausgeführt, dass der Bescheid vom 15.10.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23.12.2013 nicht rechtswidrig gewesen ist, da er die Gesichtspunkte erkennen lässt, von denen die Beklagte bei der Ausübung ihres Ermessens ausgegangen ist. Die Auffassung der Klägerseite, im Bescheid stehe nichts über das gutachtlich, ärztlich festgestellte Krankheitsbild ist unzutreffend. Die Beklagte hat den Kläger am 15.10.2013 über das MDK-Gutachten vom 10.10.2013 informiert (Bl 20 Verwaltungsakte) und sodann im Bescheid vom 15.10.2013 auf dieses ärztliche Gutachten Bezug genommen. Soweit der Bevollmächtigte des Klägers aus der Formulierung im ersten Absatzes des Bescheids vom 15.10.2013 "Krankenkassen sind gesetzlich dazu verpflichtet " herleiten will, die Beklagte habe offenbar kein Ermessen ausgeübt, teilt der Senat diese Auffassung nicht, denn der Satz leitet nicht in die Aufforderung zur Antragstellung nach § 51 Abs 1 S 1 SGB V über, sondern endet mit " frühzeitig auf ärztlich empfohlene Heilbehandlungen hinzuwirken." Damit werden lediglich die gesetzlichen Aufgaben der Beklagten (§§ 1, 2 und 4 SGB V) umschrieben. Die vorliegend in Rede stehende Ermessensausübung ist hingegen im zweiten Absatz des Bescheids vom 15.10.2013 dargelegt. Die Bezugnahme auf das ärztliche Gutachten war nach der zuvor geschehenen Eröffnung des MDK-Gutachtens vom 10.10.2013 gegenüber dem Kläger auch ausreichend, um den zu Grunde liegenden Sachverhalt zu kennzeichnen, der für die Ermessensausübung maßgeblich war.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs 2 Nr 1 und 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2016-11-23