
S 3 R 1686/20

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	10.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	<p>1. Nimmt ein Rehabilitationsträger einen Antrag für einen anderen Rehabilitationsträger auf (zB auf dessen Antragsvordrucken), ist er nicht erstangegangener Rehabilitationsträger. Die Stellung des Antrags „über die Krankenkasse“ an den Rentenversicherungsträger ist daher als Antrag bei diesem zu verstehen.</p> <p>2. Begehrt der Versicherte konkret eine stationäre medizinische Rehabilitation, erfordert dies eine Ermessensreduktion auf Null.</p>
Normenkette	<p>SGB 6 § 9 SGB 6 § 10 SGB 6 § 13 SGB 6 § 15 SGB 9 § 14 SGB 9 § 42 SGB 1 § 16 SGB 1 § 39</p>
1. Instanz	
Aktenzeichen	S 3 R 1686/20
Datum	01.08.2022
2. Instanz	
Aktenzeichen	L 10 R 2502/22
Datum	23.03.2023
3. Instanz	
Datum	-

Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 01.08.2022 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

AuÃ¼bergerichtliche Kosten sind in beiden RechtszÃ¼gen nicht zu erstatten.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die GewÃ¼hrung einer stationÃ¼ren medizinischen Rehabilitation.

Der 1962 geborene KlÃ¼ger ist gelernter Werkzeugmacher und als PressefÃ¼hrer bei einem Automobilhersteller im Schichtdienst beschÃ¼ftigt; er ist gesetzlich (pflicht-)krankenversichert. Seinen Antrag auf GewÃ¼hrung einer medizinischen RehabilitationsmaÃ¼nahme von Mitte November 2016 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 23.11.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.05.2017 und der BegrÃ¼ndung ab, dass weder eine erhebliche GefÃ¼hrdung der ErwerbsfÃ¼higkeit noch eine Rehabilitationsindikation vorliege.

Mitte Januar 2020 befand sich der KlÃ¼ger bei Zustand nach (Z.n.) Ã¼sophago-Gastro-Duodenoskopie (Ã¼GD) mit Dilatation der Jejunogastrostomie im August 2019, Z.n. Kardiaresektion mit Rekonstruktion der Ã¼sophaguspassage nach Merendino im Mai 2019, Z.n. groÃ¼er Hiatushernie mit kompletter Netz-Migration und Nissen-Fundoplicatio im Mai 2007, Z.n. Rezidivhernie im Dezember 2009 und Umwandlung in Toupet sowie bei Z.n. Re-Re-Fundoplicatio und Netzimplantation bei erneutem Rezidiv im Jahr 2011 zur diagnostischen Ã¼sophagogastroskopie bei H/B (des A-M-Krankenhauses) in F. Die Ã¼rzte konnten intraoperativ keine Stenose feststellen, sodass eine Dilatation nicht durchgefÃ¼hrt werden musste. Der KlÃ¼ger wurde bei begonnenem, gut vertragenem Kostaufbau und mit der Empfehlung entlassen, auf ein gutes Kauen bei der Nahrungsaufnahme zu achten. Bei Beschwerdepersistenz sei eine Barium-Sandwich-Untersuchung sinnvoll (s. zu allem Entlassungsbericht vom 23.01.2020, S. 70 ff. VerwA).

Am 18.03.2020 beantragte der KlÃ¼ger mit dem Vordruck der Beklagten (â¼G0100â¼) â¼ber die Krankenkasseâ¼ (s. S. 140 VerwA) â¼ die AOK N, die den Antrag entgegennahm und an die Beklagte sandte (dortiges Eingangsdatum: 30.03.2020, S. 143 VerwA) â¼ erneut eine medizinische RehabilitationsmaÃ¼nahme, wobei er auf seine Merendino-Operation im Jahr 2019 und auf seine EssstÃ¼rung (â¼Barium-Sandwichâ¼) verwies. Im hausÃ¼rztlichen Befundbericht vom 23.03.2020 (S. 59 f. VerwA) wurden zudem RÃ¼ckenschmerzen genannt und die Auffassung vertreten, dass mit einer RehabilitationsmaÃ¼nahme FunktionseinschrÃ¼nkungen beseitigt, die Zukunftsperspektive des KlÃ¼gers sowie seine berufliche BelastungsfÃ¼higkeit geklÃ¼rt, eine ErnÃ¼hrungshilfestellung gegeben bzw. eine Besserung der Nahrungsaufnahme und der RÃ¼ckenschmerzen sowie eine seelische Stabilisierung erreicht werden kÃ¼nne. Nach Auswertung der aktenkundigen Ã¼rztlichen Unterlagen wies S in ihrer beratungsÃ¼rztlichen Stellungnahme vom 15.04.2020 (S. 75 VerwA) darauf hin, dass eine

Rehabilitationsmaßnahme nicht erforderlich, sondern eine Krankenbehandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend sei. Darauf gestützt lehnte die Beklagte den Rehabilitationsantrag des Klägers mit Bescheid vom 16.04.2020 ab; ein Rehabilitationsbedarf ergebe sich auch nicht nach den Leistungsgesetzen eines anderen Rehabilitationsträgers.

Im anschließenden Widerspruchsverfahren äußerte sich der Hausarzt des Klägers, D, dahingehend (Schreiben an die Beklagte vom 18.05.2020, S. 19 VerwA), dass die Erforderlichkeit einer Rehabilitationsmaßnahme von ihm wegen der massiven Abdominalschmerzen des Klägers bei sekundär dann schweren Essstörungen begründet worden sei. Indes würden die organischen Leiden massiv psychisch überlagert, sodass eine Arbeitstätigkeit nur inkomplett gegeben sei. Es werde eine psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme und ggf. die Vorstellung bei einem Arzt für Psychosomatik empfohlen. In ihrer beratungsärztlichen Stellungnahme für die Beklagte vom 05.06.2020 (S. 76 VerwA) führten S und S1 aus, dass eine Abklärung der psychischen Komponente bzw. eine entsprechende Behandlung des Klägers bisher nicht erfolgt sei; dies sei gegenüber einer Rehabilitationsmaßnahme vorrangig.

Vom 06. bis 07.07.2020 befand sich der Kläger ausweislich des ärztlichen Entlassungsberichts vom 13.07.2020 (S. 13 f. VerwA) zur Gastroskopie und Barium-Sandwich-Untersuchung erneut in stationärer Behandlung bei B (E-Krankenhaus in F). Endoskopisch ergab sich ein Normalbefund. Jedoch bestehe eine deutliche Verzögerung des Bolustransports durch das Dünndarminterponat. Es wäre besser, wenn der Kläger zunächst feste Nahrung zu sich nehme, diese dann extrem gut kauge und erst danach trinke. Auch solle er mehr als fünf Mahlzeiten am Tag zu sich nehmen. Wenn keine Besserung eintrete, wäre eine Adhäsionslyse durchzuführen.

Mit Widerspruchsbescheid von 16.07.2020 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Es liege keine erhebliche Minderung bzw. Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vor und die Krankenbehandlungsmöglichkeiten seien auch noch nicht ausgeschöpft. Einer stationären bzw. ganztägig ambulanten Rehabilitationsmaßnahme bedürfte es nicht, auch nicht nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Hiergegen hat der Kläger am 29.07.2020 beim Sozialgericht Reutlingen (SG) Klage erhoben, mit der er sein Begehren auf eine Leistung der medizinischen Rehabilitation weiterverfolgt hat. Zur Begründung hat er im Wesentlichen auf die hausärztlichen Äußerungen im Verwaltungsverfahren verwiesen. Das SG hat D, H und B schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. D hat seine Auskunft aus dem Schwerbehindertenklageverfahren des Klägers (s. S. 31 ff. SG-Akte) sowie weitere (medizinische) Unterlagen (S. 42 ff. SG-Akte) vorgelegt. Im Übrigen hat er in seiner Auskunft vom 26.10.2020 (S. 29 f. SG-Akte) namentlich einen (privaten) Motorsensorenunfall des Klägers mit Knieverletzung Ende August 2020 erwähnt und gemeint, dass sich der Rehabilitationsantrag mit zahlreichen Beschwerden, auch Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme und beruflichen Problemen beim Heben von Gewichten mit Rückenschmerzen,

begründete. Ob die Gefährdung bzw. Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen der Rehabilitation mit hinreichender Erfolgswahrscheinlichkeit hätte abgewendet werden können, wäre abzuwarten gewesen, denn nach jeder Reha erfolge schließlich eine Stellungnahme zur beruflichen Leistungsfähigkeit. H hat in seiner Auskunft vom 09.11.2020 (S. 70 f. SG-Akte) über die Behandlungen des Klägers bis Ende Januar 2020 berichtet (Befund zuletzt: Passage im oberen Gastrointestinaltrakt weitgehend unauffällig, keine Engstellungen im Bereich der Verbindungen zwischen Speiseröhre und Dünndarm/Dünndarm und Magen, keine Magenentleerungsstörung, weitgehend regelrechter Schluckakt, normaler Transport des Kontrastmittels, leicht verzogene Anatomie auf Grund der Voroperationen ohne funktionelle Bedeutung, Entlassung ohne Interventionsbedarf). Die berufliche Leistungsfähigkeit des Klägers hat er nicht einzuschätzen vermocht. B hat u.a. bekundet (Auskunft vom 01.03.2021, S. 80 f. SG-Akte), den Kläger zuletzt Anfang Juli 2020 (s.o.) untersucht zu haben. Radiologisch habe sich an der Verbindungsstelle zwischen Speiseröhre und dem Interponat eine gewisse Passagestörung objektivieren lassen, freilich endoskopisch ohne mechanische Enge. Der Kläger müsse seine Nahrungsaufnahme auf viele Zeitpunkte und regelmäßig verteilen. Seiner (B) Meinung nach sei die berufliche Tätigkeit als Pressefotograf wegen der häufigen Nahrungsaufnahme und der geklagten Herzrhythmusstörungen nicht mehr leistungsgerecht. Mit einer Besserung der Situation könne nicht mehr gerechnet werden. Soweit er wisse, habe der Kläger heimatnah bereits an einer Ernährungsberatung teilgenommen. Weitere Möglichkeiten der Rehabilitation mit hinreichender Erfolgswahrscheinlichkeit bestanden nicht.

In seiner sozialmedizinischen Stellungnahme für die Beklagte vom 11.03.2021 (S. 85 SG-Akte) hat L darauf hingewiesen, dass eine relevante Beschwerdeverbesserung beim Kläger durch eine Rehabilitation nicht zu erwarten sei. Die Klägerseite ist dem entgegengetreten und hat zusammenfassend gemeint (s. im Einzelnen S. 86 f. SG-Akte), der Kläger benötige z.B. Maßnahmen zur Bewältigung seiner Essstörung, psychosoziale Maßnahmen, Sporttherapie und Physiotherapie. Diese Maßnahmen könnten konzentriert in einer Reha-Einrichtung erfolgen; Angebote im häuslichen Bereich fänden beim Kläger neben seinem beruflichen Alltag zu einer zusätzlichen Belastung.

Das SG hat von Amts wegen das Sachverständigen Gutachten des F (Klinikum F1) vom 22.05.2022 (S. 119 ff. SG-Akte) eingeholt. Dieser hat nach Untersuchung beim Kläger eine Refluxsymptomatik bei Z.n. traumatischem Zwerchfellbruch, dreimaliger Fundoplicatio, operativer Revisionen sowie distaler Ösophagus- und proximaler Magenresektion mit Dünndarminterponat (Merendino-Operation) diagnostiziert, wobei die Refluxbeschwerden im Verlauf durch die Folgen der operativen Eingriffe in Gestalt einer Passagestörung abgelöst worden seien, obgleich eine intakte operative Situation bei zuletzt ausreichend weiter Passage vorliege. Die Nahrungsaufnahme des Klägers sei erschwert, auch wenn eine eigentliche Schluckstörung nicht ausgemacht werden könne. Der Kläger beklage einen nahrungsunabhängigen Oberbauchdruck ohne Ausstrahlung, einen Brechreiz (seit der letzten Operation aber nur zweimalig erbrochen) sowie einen intermittierenden, explosionsartigen Stuhlgang mit imperativem Drang (im Regelfall

2-3 Entleerungen am Tag als auch in der Nacht). Diätische Maßnahmen zur Stuhlkontrolle und -regulation seien so der Kläger erfolglos geblieben. Aufgrund des Schichtdienstes könne der Kläger keine regelmäßigen Mahlzeiten einnehmen, er versuche, drei Mahlzeiten einzuhalten. Die geltend gemachten Kopf- und Achsskelettschmerzen seien für die Bewertung von nur untergeordneter Bedeutung, zumal der Kläger Rückenschmerzen im Rahmen der Untersuchung nicht thematisiert habe. Trotz der bei ihm bestehenden Beschwerden sei der Kläger sozial integriert und nehme vollschichtig am Berufsleben teil, wobei er beruflich bis auf den Wegfall der Wochenendarbeit keine weiteren Erleichterungen in Anspruch genommen habe. Sein Schichtdienst habe eine unregelmäßige Nahrungsaufnahme zur Folge, für die die Motilitätsstörung nicht erforderlich sein dürfte. Es bestehe auch eine eingeschränkte körperliche Belastbarkeit für schwere körperliche Arbeit, um das Operationsergebnis nicht zu gefährden. Die vorgetragene Beschwerden seien im Übrigen von dauerhafter Natur, eine Symptomlinderung müsse in Ansehung der ausgeschöpften operativen Möglichkeiten als unwahrscheinlich angesehen werden. Eine Anpassung der Lebensgewohnheiten, namentlich eine Nahrungsumstellung mit regelmäßig kleinen Mahlzeiten, sei unabdingbar. Wenn diese nicht gelinge, müsse von einer erheblichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ausgegangen werden; eine Minderung liege bislang nicht vor. Eine Rehabilitation hätte eine Anpassung des Lebensstils zum Ziel, wobei eine Ernährungsumstellung bzw. -anpassung im Vordergrund stehe. Eine entsprechende (zeitintensive) Schulung sei mit ambulanten Mitteln nicht hinreichend darstellbar, da diese einen multimodalen Ansatz erfordern müsse (Ernährung, Coping, Schmerztherapie, etc.), sondern nur unter stationären Kautelen.

L ist der Einschätzung des Sachverständigen in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 01.07.2022 (S. 132 SG-Akte) entgegengetreten. Ein Rehabilitationsbedarf sei weiterhin nicht ersichtlich. Konkrete multimodale Therapieempfehlungen, die ein stationäres Setting erforderten, habe F nicht genannt. Neben der Einnahme der verordneten Medikamente bedürfte es auch lediglich einer Aufklärung des Klägers bezüglich einer symptomverbessernden Ernährung bzw. der Meidung beschwerdeverstärkender Nahrungsmittel.

Vom 07. bis 10.07.2022 hat sich der Kläger erneut in stationärer Behandlung bei H befunden. Nach stattgehabter Endoskopie mit Dilatation des Pylorus und der Jejunogastrostomie hat sich unmittelbar eine Verbesserung der Passage gezeigt. Der Kläger ist in gutem Allgemeinzustand und beschwerdegebessert entlassen worden. Als Therapie-Empfehlung hat H ein gutes Kauen der Speisen und eine aufrechte Körperhaltung beim Essen dokumentiert. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Entlassungsbericht vom 10.07.2022 Bezug genommen (S. 7 ff. VerwA). In Folge hat S2, Praxis D, einen neuen Befundbericht bei der Beklagten eingereicht (vom 22.07.2022, S. 5 VerwA), in dem u.a. mitgeteilt worden ist, dass sich in den letzten 12 Monaten keine wesentliche Befundänderung ergeben habe.

Nach Anhörung der Beteiligten hat das SG den Bescheid der Beklagten vom 16.04.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.07.2020 mit

Gerichtsbescheid vom 01.08.2022 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, dem KlÄger Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu gewÄhren; auÄerdem hat es angeordnet, dass die Beklagte die auÄergerichtlichen Kosten des KlÄgers zu erstatten hat. Zur BegrÄndung hat es im Wesentlichen ausgefÄhrt, dass die ErwerbsfÄhigkeit des KlÄgers gefÄhrtet sei und durch eine Rehabilitation erhalten werden mÄsse, die ein stationÄres Setting mit multimodalem Ansatz erfordere; eine rein ambulante fachÄrztliche Behandlung sei nicht mÄglich. Dabei hat es sich auf das SachverstÄndigengutachten des F sowie die ÄuÄerungen des D gestÄtzt.

Gegen den ihr am 01.08.2022 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Beklagte am 29.08.2022 Berufung eingelegt. Eine medizinische Rehabilitation sei entgegen dem SG nicht erforderlich. Es komme beim KlÄger entscheidend auf eine ErnÄhrungsumstellung an, fÄr die es einer stationÄren Behandlung nicht bedÄrfe. Sie hat die sozialmedizinische Stellungnahme des L vom 26.08.2022 (S. 4 Senats-Akte) vorgelegt, der u.a. darauf hingewiesen hat, dass die Empfehlungen der behandelnden Ärzte auf ein gutes Kauen der Speisen, eine aufrechte KÄrperhaltung beim Essen und eine ErnÄhrungsumstellung lauteten. Welche darÄberhinausgehenden MaÄnahmen im Rahmen eines gastroenterologischen stationÄren Heilverfahrens erforderlich sein sollten, erschlieÄe sich nicht und Derartiges sei auch von F nicht einmal benannt worden. Auch nehme der KlÄger weiterhin keine fachpsychiatrische/-psychosomatische Behandlung in Anspruch. UnabhÄngig davon, dass dies eine vÄllig andere Reha-Indikation sei, wÄre jedenfalls eine entsprechende ambulante fachÄrztliche Behandlung zunÄchst vorrangig.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 01.08.2022 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der KlÄger beantragt,

die Berufung zurÄckzuweisen.

Er hat das erstinstanzliche Urteil verteidigt, klargestellt, dass es ihm um eine stationÄre RehabilitationsmaÄnahme geht und dass seine Erkrankung der SpeiserÄhre ganz im Vordergrund stehe.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mÄndliche Verhandlung einverstanden erklÄrt (s. S. 27 und 28 Senats-Akte).

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider RechtszÄge Bezug genommen.

EntscheidungsgrÄnde

Die gemÄÄ [Ä 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht

eingelegte und gemäß den [Â§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung der Beklagten, über die der Senat auf Grund des Einverständnisses der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet ([Â§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [Â§ 124 Abs. 2 SGG](#)), ist zulässig und auch begründet.

Gegenstand des Rechtsstreits ist der Bescheid der Beklagten vom 16.04.2020 in der Gestalt ([Â§ 95 SGG](#)) des Widerspruchsbescheids vom 16.07.2020, mit dem die Beklagte die Gewährung von (jedweden) Leistungen der medizinischen Rehabilitation, mithin also auch eine stationäre medizinische Rehabilitation, abgelehnt hat.

Die vom Träger der Rentenversicherung im Einzelnen zu erbringenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind in [Â§ 15](#) des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) i.V.m. [Â§ 42 ff.](#) des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) geregelt (speziell zur stationären medizinischen Rehabilitation: [Â§ 15 Abs. 2](#) und [3 SGB VI](#)), jeweils auch bezogen auf alle nachfolgenden materiell-rechtlichen Vorschriften in der vorliegend maßgeblichen, zum Antragszeitpunkt im März 2020 geltenden Fassung (a.F., zur Fortgeltung des jeweils im Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts bei Leistungen zur Teilhabe i.S. des Zweiten Kapitels, Erster Abschnitt des SGB VI gemäß [Â§ 300 Abs. 5](#) i.V.m. [Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) s. nur Senatsurteil vom 17.11.2022, [L 10 R 2848/21](#), in juris, Rn. 21; Kater in BeckOGK, SGB VI, [Â§ 301 Rn. 3](#), Stand 01.03.2019, beide m.w.N., auch zur Rspr. des Bundessozialgerichts in BSG -; dies gilt auch bei Leistungsablehnung: BSG 29.03.2006, [B 13 RJ 37/05 R](#), in juris, Rn. 10).

Nach [Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) a.F. erbringt die Rentenversicherung u.a. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, um (Nr. 1) den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen, entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und (Nr. 2) dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern. Die Leistungen (zur medizinischen Rehabilitation) sind zu erbringen, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind ([Â§ 9 Abs. 2 SGB VI](#) a.F.). Nach [Â§ 13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) a.F. 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. Gemäß [Â§ 15 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB VI](#) a.F. werden die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen erbracht; die Leistungen der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation müssen nach Art oder Schwere der Erkrankung erforderlich sein (Abs. 2 Satz 3). Nach Abs. 3 der Regelung sollen die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für längstens drei Wochen erbracht werden (Satz 1); sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen (Satz 2).

Unter Zugrundelegung dessen unterliegt mithin die Entscheidung über die Voraussetzungen einer medizinischen Rehabilitation, das Ob der Leistung, der uneingeschränkten gerichtlichen Kontrolle, während das Wie der Leistung im pflichtgemässen Ermessen ([Â§ 39 Abs. 1 Satz 2](#) des Ersten Buches Sozialgesetzbuch – SGB I –) des Rentenversicherungsträgers steht (statt vieler im Einzelnen nur Senatsurteil vom 17.11.2022, [L 10 R 2848/21](#), a.a.O., Rn. 21; Senatsurteil vom 16.07.2020, [L 10 R 4859/17](#), n.v.; Luthe in jurisPK-SGB VI, 3. Aufl., Â§ 9 Rn. 116 f., Stand 01.04.2021; Luik in jurisPK-SGB IX, 3. Aufl., Â§ 49 Rn. 113, Stand 17.06.2020, alle m.w.N., auch zur Rspr. des BSG). Der Versicherte hat mithin lediglich hinsichtlich des Ob einer medizinischen Rehabilitation einen gebundenen Anspruch, nicht hingegen vom Ausnahmefall einer sog. Ermessensreduktion auf Null (dazu noch sogleich) abgesehen auf eine konkrete Leistung (Wie der Leistungserbringung, s. zu allem die vorangegangenen Nachweise). Die Entscheidung über Letzteres liegt vielmehr grundsätzlich im pflichtgemässen (Auswahl-)Ermessen des Rentenversicherungsträgers, sodass ihm bezüglich Art, Umfang und Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme ein von den Gerichten zu beachtender eigener Entscheidungsspielraum ([Â§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#); BSG 12.03.2019, [B 13 R 27/17 R](#), in juris, Rn. 12 m.w.N.; Senatsurteil vom 17.11.2022, [L 10 R 2848/21](#), a.a.O.; Senatsbeschluss vom 24.01.2014, [L 10 R 4402/13](#), in juris, Rn. 18) verbleibt.

Es kann vorliegend dahinstehen, ob das Klagebegehren des Klägers, was das SG weder hinterfragt noch aufgeklärt hat (vgl. [Â§ 106 Abs. 1 SGG](#)), von Anfang an auf eine Leistung gerade der stationären medizinischen Rehabilitation gerichtet gewesen ist ([Â§ 123 SGG](#)). Denn jedenfalls, dies vermag der Senat den Entscheidungsgründen des angefochtenen Gerichtsbescheids (s. S. 7 a.E. f. der Entscheidung) noch hinreichend zu entnehmen (vgl. zur Heranziehung der Entscheidungsgründe zur Auslegung der Urteilsformel nur Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl. 2020, Â§ 136 Rn. 5 c m.w.N.), hat das SG die Beklagte zur Gewährung einer solchen Leistung verpflichtet und der rechtskundig vertretene Kläger hat im Rechtsmittelverfahren klargestellt, dass es ihm allein um diese konkrete Leistung (stationäre medizinische Rehabilitation) geht (s. S. 21 Senats-Akte); einer Eingrenzung des Begehrens von irgendeiner Leistung der medizinischen Rehabilitation auf eine konkrete Leistung (hier stationär) steht ohnehin verfahrensrechtlich auch noch im Berufungsverfahren nichts entgegen (vgl. [Â§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [Â§ 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG](#)).

Der Kläger, der mithin eine konkrete Leistung der medizinischen Rehabilitation nämlich eine stationäre geltend macht, kann mit diesem Begehren indes in der Sache nur dann Erfolg haben, wenn auf Rechtsfolgenseite eine Ermessensreduktion auf Null gerade im Hinblick auf diese Art der Leistung gegeben ist (s. nur Senatsbeschluss vom 24.01.2014, [L 10 R 4402/13](#), in juris, Rn. 15; Luthe in jurisPK-SGB VI, 3. Aufl., Â§ 9 Rn. 117, Stand 01.04.2021); denn er verlangt gerade nicht irgendeine Leistung der medizinischen Rehabilitation, sondern eine ganz bestimmte. Eine solche kann er nur eben weil ein gebundener Anspruch lediglich hinsichtlich des Ob einer Teilhabeleistung besteht, nicht jedoch hinsichtlich des Wie, also der Auswahl der konkreten Leistung, die im

Ermessen der Beklagten steht (s.o.) â beanspruchen, wenn eine Ermessensreduktion auf Null vorliegt, mithin wenn der Ermessensspielraum der Beklagten auf Grund der tatsÃchlichen UmstÃnde des Einzelfalls derart eingeschrÃnkt ist, dass diese rechtmÃÃig nur eine einzige Entscheidung, nÃmlich vorliegend die GewÃhrung der vom KlÃger begehrten stationÃren medizinischen Rehabilitation (statt z.B. ambulanter MaÃnahmen), treffen dÃrft (vgl. nur Senatsurteil vom 17.11.2022, [LÃ 10 R 2848/21](#), a.a.O., Rn. 22; Senatsbeschluss vom 24.01.2014, [L 10 R 4402/13](#), a.a.O., Rn. 19 f., beide m.w.N., auch zur Rspr. des BSG).

Der Senat kann offenlassen (vgl. nur BSG 09.12.2010, [B 13 R 83/09 R](#), in juris, Rn. 14), ob das Begehren des KlÃgers mit der kombinierten Anfechtungs- und (âunechtenâ) Leistungsklage ([ÃÃ 54 Abs. 1 Satz 1](#) i.V.m. [Abs. 4](#) und [ÃÃ 56 SGG](#), s. dazu nur Senatsurteil vom 17.11.2022, [LÃ 10 R 2848/21](#), a.a.O., Rn. 20 m.w.N. zur Rspr. des BSG) oder, weil die Beklagte auch im Fall eines ermessensreduzierten Anspruchs gerade auf eine stationÃre Rehabilitation noch einen Ermessensspielraum hinsichtlich des Umfangs und der konkreten DurchfÃhrung der stationÃren Rehabilitation hÃtte (namentlich Art der Einrichtung, Dauer der Rehabilitation, Umfang der dortigen Behandlung, s.Ã dazu [ÃÃ 15 Abs. 2 Satz 1, Abs. 3 SGB VI](#) a.F., [ÃÃ 42 Abs. 2 Nrn. 4 ff. SGB IX](#) a.F.), mit der kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungs(vornahme)klage ([ÃÃ 54 Abs. 1 Satz 1](#) i.V.m. [ÃÃ 131 Abs. 2 Satz 1](#) und [ÃÃ 56 SGG](#); vgl. dazu BSG 11.05.2011, [B 5 R 54/10 R](#), in juris, Rn. 15; 16.11.1993, [4 RA 22/93](#), in juris, Rn. 15) statthaft zu verfolgen ist. Denn die Sachurteilsvoraussetzungen beider Klagearten liegen vor und Voraussetzung fÃr den vorliegend allein zur Entscheidung des Senats stehenden Anspruch des KlÃgers gerade auf eine stationÃre medizinische Rehabilitation (âdem Grunde nachâ) ist in beiden FÃllen das Vorliegen einer entsprechenden Ermessensreduktion auf Null (s.o.).

Eine solche ist vorliegend indes nicht gegeben, sodass der angefochtene Gerichtsbescheid bereits aus diesem Grund keinen Bestand haben kann und die Klage abzuweisen ist. Der KlÃger hat keinen Anspruch auf eine stationÃre medizinische Rehabilitation. Der Bescheid der Beklagten vom 16.04.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.07.2020 ist insoweit rechtmÃÃig und verletzt den KlÃger nicht in seinen Rechten.

Die (alleinige) ZustÃndigkeit der Beklagten im AuÃenverhÃltnis zum KlÃger, Ãber die beanspruchte Leistung zur Teilhabe ([ÃÃ 14 Abs. 1 Satz 1](#) i.V.m. [ÃÃ 4, ÃÃ 5 Nr. 1 SGB IX](#)) in Gestalt einer medizinischen Rehabilitation als leistender RehabilitationstrÃger ([ÃÃ 6 Abs. 1 Nr. 4 Var. 1 SGB IX, ÃÃ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#)) umfassend, also auch hinsichtlich eines etwaigen Anspruchs nach den Ãbrigen Rehabilitationsleistungsgesetzen zu entscheiden (vgl. statt vieler nur BSG 10.09.2020, [B 3 KR 15/19 R](#), in juris, Rn. 31 m.w.N.), folgt aus [ÃÃ 14 Abs. 2 Satz 1, ÃÃ 15 Abs. 3 Satz 2 SGB IX](#). Denn der KlÃger hat seinen Rehabilitationsantrag vom 18.03.2020 unter ausdrÃcklicher Verwendung des entsprechenden Vordrucks âG0100â der Beklagten bei dieser gestellt und die Beklagte hat ihn nicht â auch nicht teilweise (vgl. [ÃÃ 15 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#)) â an einen anderen RehabilitationstrÃger (namentlich die gesetzliche Krankenkasse, [ÃÃ 6 Abs. 1 Nr. 1](#)

[SGB IX](#)) weitergeleitet (vgl. [Â§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#)). Der Umstand, dass der KlÃ¤ger seinen Antrag âber die Krankenkasseâ gestellt, ihn dort letztlich also abgegeben hat, fÃ¼hrt nicht dazu, dass die AOK als sog. erstangegangener RehabilitationstrÃ¤ger anzusehen wÃ¤re. Denn sie hat den Antrag lediglich als aufnehmende Stelle (vgl. [Â§ 16 Abs. 2 SGB I](#)) entgegengenommen und aus dem vom KlÃ¤ger ausgefÃ¼llten und unterschriebenen Formantrag ergibt sich ohnehin ausdrÃ¼cklich die Bekundung einer Antragstellung âberâ und nicht âbeiâ der Krankenkasse; dies entspricht auch der Gemeinsamen Empfehlung âReha-Prozessâ der Bundesarbeitsgemeinschaft fÃ¼r Rehabilitation e.V. von Februar 2019 (dort Â§ 22 Abs. 1). Der Senat schlieÃt sich insoweit der entsprechenden Rechtsprechung (u.a.) des Landessozialgerichts (LSG) Nordrhein-Westfalen (24.02.2021, [L 11 KR 392/17](#), in juris, Rn. 43 m.w.N.; so auch von der Heide in Kossens/von der Heide/MaaÃ, SGB IX mit BGG, 5. Aufl. 2023, Â§ 14 Rn. 11; Ulrich in jurisPK-SGB IX, a.a.O., Â§ 14 Rn. 84 m.w.N., Stand 27.12.2022; GÃ¼tze in Hauck/Noftz, SGB IX, Â§ 14 Rn. 30, Stand August 2021) an und nimmt wegen der weiteren Einzelheiten auf die dortigen AusfÃ¼hrungen Bezug.

Eine stationÃ¤re medizinische Rehabilitation nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung setzt â wie schon dargelegt â materiell (u.a.) voraus, dass die Leistungen der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation nach Art oder Schwere der Erkrankung erforderlich sein mÃ¼ssen ([Â§ 15 Abs. 2 Satz 3 SGB VI](#) a.F.).

Hinsichtlich der (zunÃ¤chst) namentlich vom Hausarzt des KlÃ¤gers aufgefÃ¼hrten, unspezifischen schmerzhaften RÃ¼ckenschmerzen des KlÃ¤gers ist Derartiges schon nicht einmal im Ansatz ersichtlich. UnabhÃ¤ngig davon, dass D diese Leiden nur pauschal angefÃ¼hrt hat, hat der KlÃ¤ger im Rechtsmittelverfahren selbst seine Leiden von innerer bzw. viszeralchirurgischer Seite ganz in den Vordergrund gerÃ¼ckt und bei der Untersuchung durch den SachverstÃ¤ndigen hat er irgendwelche RÃ¼ckenschmerzen nicht einmal thematisiert. Deswegen hat auch F den RÃ¼ckenbeschwerden â ebenso wie den angegebenen Kopf- und Achsskelettschmerzen â ausdrÃ¼cklich keine weitergehende Bedeutung fÃ¼r die Frage einer medizinischen Rehabilitation beigemessen. Dagegen ist schon deshalb nichts zu erinnern, weil jedenfalls nicht einmal ansatzweise dargetan oder sonst ersichtlich ist, aus welchen GrÃ¼nden gerade die besonderen stationÃ¤ren Leistungen einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung erforderlich, also ambulante MaÃnahmen oder auch eine Krankenhausbehandlung (die einer Leistung der medizinischen Rehabilitation von vornherein entgegensteht, [Â§ 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB VI](#) a.F.) nicht ausreichend, sein sollten. Die EinschÃ¤tzung des D in seiner Auskunft gegenÃ¼ber dem SG geht mithin am eigentlichen Thema respektive an den rechtlichen Voraussetzungen des geltend gemachten Anspruchs des KlÃ¤gers vollkommen vorbei.

NÃ¤mliches gilt hinsichtlich der von D jedenfalls noch in seinem Schreiben an die Beklagte vom 18.05.2020 (ebenfalls nur pauschal) erwÃ¤hnten psychiatrisch- psychosomatischen Anomalien. Insoweit haben bereits S und S1 in ihrer (urkundsbeweislich verwertbaren) sozialmedizinischen Stellungnahme fÃ¼r die Beklagte zutreffend darauf hingewiesen, dass sich der KlÃ¤ger von psychisch-

psychosomatischer Seite nicht einmal in einer fachärztlichen Behandlung befindet. Eine solche hat D im Übrigen selbst für ggf. angezeigt erachtet, sodass sich dem Senat auch insoweit nicht einmal ansatzweise erschließt, aus welchen Gründen gerade eine stationäre Rehabilitation nach Art und Schwere der Erkrankung erforderlich sein soll. Unabhängig davon, dass D überhaupt keine entsprechenden klinischen Befunde mitgeteilt hat, spricht gegen eine höhergradige psychische Erkrankung mit entsprechendem Leidensdruck bereits der Umstand, dass der Kläger darauf hat L in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme im Berufungsverfahren (als qualifiziertes Beteiligtenvorbringen verwertbar) im Anschluss an die S und S1 erneut hingewiesen nicht einmal eine (ambulante) fachspezifische Therapie bzw. eine fachärztliche psychiatrische Behandlung in Anspruch nimmt. Ohnehin hat die Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation weder anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung ([§ 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB VI](#) a.F.) noch in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit zu erbringen ([§ 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI](#) a.F., es sei denn, die Behandlungsbedürftigkeit tritt während der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein). Deswegen geht auch die wiederum ohnehin nur pauschal gebliebene implizite Annahme des D, es bedürfe der Sache nach einer stationären medizinischen Rehabilitation auch, um den psychosozial und -vegetativ belasteten Kläger aus seinem häuslichen Umfeld herauszulösen, ins Leere, denn ihr fehlt bereits deshalb eine Grundlage, eben weil von psychiatrisch-psychosomatischer Seite eine medizinische Rehabilitation schon aus den dargelegten Gründen nicht in Betracht kommt, mithin erst recht keine stationäre mit den besonderen Mitteln einer Rehabilitationseinrichtung.

Die von innerer bzw. viszeralchirurgischer Seite beim Kläger bestehenden Erkrankungen, die H und B (in ihren jeweiligen Entlassungsberichten und Auskünften gegenüber dem SG) sowie F im Wesentlichen übereinstimmend beschrieben haben (insoweit wird auf die obige Darstellung im Tatbestand verwiesen), begründen ebenfalls nicht die Erforderlichkeit einer stationären medizinischen Rehabilitation.

Aus den Äußerungen des H und des B folgt als Therapieempfehlung für die beim Kläger bestehende und ganz im Vordergrund stehende Passage-/Essstörung jeweils ein gutes Kauen der Speisen, eine aufrechte Haltung beim Essen mit Trinken erst danach sowie eine Verteilung der Nahrungsaufnahme auf mindestens fünf Mahlzeiten am Tag; dem hat sich auch F angeschlossen. Darüberhinausgehende Therapiemöglichkeiten mit hinreichender Erfolgswahrscheinlichkeit, auch durch eine medizinische Rehabilitation, hat B ausdrücklich verneint und L hat dies in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 11.03.2021 bestätigt. Damit lässt sich mithin aus den Bekundungen der behandelnden Fachärzte schon nichts günstiges für den vom Kläger geltend gemachten Anspruch ableiten; im Gegenteil, B hat vielmehr jegliche Rehabilitationsbedürftigkeit, mithin erst recht eine stationäre, verneint.

Dass und warum der Einschätzung des D nicht gefolgt werden kann, ist oben bereits dargelegt worden. Seine pauschale Behauptung, die multiplen Beschwerden des Klägers erforderten eine medizinische Rehabilitation, ist hinsichtlich der

Rückenschmerzen und der psychiatrischen Anomalien unzutreffend (s.o.), hinsichtlich der inneren respektive viszeralchirurgischen Erkrankungen ist sie durch die insoweit fachnähere Beurteilung des H und des B widerlegt.

Aus dem Gutachten des F lässt sich entgegen den knappen, bausteinartigen Ausführungen des SG die Erforderlichkeit gerade einer stationären medizinischen Rehabilitation ebenfalls weder schlüssig noch nachvollziehbar herleiten. Seiner nicht weiter begründeten und nur pauschalen so zu Recht L Behauptung eines nur stationär zu leistenden multimodalen Ansatzes ist bereits deshalb die Grundlage entzogen, weil er in diesem Zusammenhang auch eine Schmerztherapie und ein Coping genannt hat. Wie oben bereits dargelegt, besteht indes von somatischer und psychiatrisch-psychosomatischer Seite keinerlei Raum für eine medizinische Rehabilitation, erst recht nicht für eine stationäre. Ohnehin hat der Kläger gegenüber F eingeräumt, der ärztlichen Empfehlung einer Nahrungsaufnahme in regelmäßigen, kleineren Mahlzeiten (mindestens fünf am Tag, s.o.) nicht nachzukommen, sondern gerade nicht regelmäßig zu essen, wobei er versuche, drei Mahlzeiten einzuhalten (s. S. 120 SG-Akte). Er hat dies freilich nicht mit einem irgendwie gearteten krankheitsbedingten Unvermögen oder einem gestörten Bewältigungsverhalten begründet, sondern allein damit, dass der berufliche Schichtdienst eine Befolgung der ärztlichen Empfehlung nicht zulasse. Insoweit vermag der Senat schon nicht im Ansatz nachzuvollziehen und der Sachverständige, der gerade maßgeblich auf die Ernährungsgewohnheiten des Klägers abgestellt hat (s. S. 125 SG-Akte: Anpassung des Lebensstils, Ernährungsanpassung, Anpassung des Arbeitsverhältnisses, um eine deutlich niederfrequenter Nahrungsaufnahme sicherzustellen), hat sich damit auch nicht weiter auseinandergesetzt -, was eine stationäre medizinische Rehabilitation an diesem, vom Kläger selbst reklamiertem Umstand (Schichtdienst), ändern sollte. Auch erschließt sich in Ansehung dessen nicht, aus welchen Gründen beim Kläger überhaupt eine Ernährungsberatung oder -therapie erforderlich sein sollte, zumal er laut B (Auskunft gegenüber dem SG) eine solche bereits durchlaufen hat. Die diätetischen Maßnahmen im Zusammenhang mit den Stuhlgangsproblemen, die F gerade nicht als richtungsweisend und maßgeblich angesehen hat, haben nach eigener Angabe des Klägers zudem keinen Erfolg gebracht. Warum dann entsprechende Maßnahmen im Rahmen eines stationären Settings plötzlichen Erfolg versprechen sollten, ist nicht nachvollziehbar und auch F hat nichts Entsprechendes bekundet.

Es bedarf mithin keiner stationären medizinischen Rehabilitation, sondern dies hat der Sachverständige gar selbst erkannt (s. S. 124 SG-Akte) vielmehr einer Anpassung der beruflichen Arbeitsorganisation, wenn die Behauptung des Klägers, er könne wegen der Schichtarbeit nicht mindestens fünf kleinere Mahlzeiten am Tag unter den o.a. Bedingungen einnehmen, zutreffend ist. Dass der Kläger nicht wüsste, wie er sich zu ernähren hat, hat er selbst nicht einmal auch nur behauptet und seine Einlassungen gegenüber dem Sachverständigen dokumentieren gerade das Gegenteil.

Ohnehin ist die gerade für eine stationäre medizinische

Rehabilitationsmaßnahme herangezogene, abschließende Begründung des Sachverständigen (s. S. 126 SG-Akte), eine „Schulung in Bezug auf Lebensstilanpassung und Ernährungsumstellung“ sei zeitintensiv „und nur unter stationären Kautelen vorstellbar“, zum einen substanzlos und zum anderen auch rechtlich unmaßgeblich, weil es für die Frage der Erforderlichkeit einer stationären medizinischen Rehabilitation auf die Art und Schwere der Erkrankung und nicht auf die Dauer einer Therapie ankommt. Hinzukommt dies nur am Rande -, dass sich selbst unter Annahme des Bedarfs einer länger andauernden therapeutischen Maßnahme nicht erschliesse, warum diese nicht ambulant (ggf. ganztägig) durchführbar sein sollte.

Lässt sich mithin schon aus den vorstehenden Erwägungen der geltend gemachte (ermessensreduzierte) Anspruch auf eine stationäre medizinische Rehabilitation nicht begründen, kommt es nicht weiter darauf an, ob der Kläger überhaupt die persönlichen Voraussetzungen ([Â§ 10 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2a SGB VI](#)) erfüllt. Insoweit sei lediglich noch am Rande angemerkt, dass auch F wie die Beratungsärzte der Beklagten eine Minderung der Erwerbsfähigkeit des Klägers verneint hat. Soweit er eine erhebliche Gefährdung angenommen hat, hat er diese wie dargelegt maßgeblich mit den Essgewohnheiten bzw. der Nahrungsaufnahme des Klägers im Zusammenhang mit seinem beruflichen Schichtdienst begründet (s.o.), woran indes wie ebenfalls bereits ausgeführt eine medizinische Rehabilitation nichts ändern würde, denn diese würde nicht zu einer anderen Arbeitsorganisation am konkreten Arbeitsplatz führen. Dass der Kläger auch im Falle einer erfolgreichen medizinischen Rehabilitation nicht mehr mindestens fünf kleinere Mahlzeiten in Regelmäßigkeit unter den o.a. weiteren Bedingungen zu sich nehmen müsste, hat F nicht einmal auch nur behauptet. Dies wäre auch mit seiner Annahme eines Dauercharakters der Motilitätsstörung, wovon auch H und B ausgegangen sind, nicht vereinbar.

Ein ermessensreduzierter Anspruch auf eine stationäre medizinische Rehabilitation ergibt sich vorliegend auch nicht nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung. Denn auch danach (s. nur Senatsbeschluss vom 24.01.2014, [L 10 R 4402/13](#), in juris, Rn. 22, auch zum Nachfolgenden) steht ein möglicher Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß [Â§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4](#), [Â§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6](#), [Â§ 40 Abs. 1](#) des fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V, wie oben schon dargelegt in der jeweils im Antragszeitpunkt geltenden Fassung) bezüglich des „Wie“ der Leistungserbringung also hinsichtlich Art und Umfang der konkreten Leistung gemäß [Â§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) im pflichtgemäßen Ermessen der Krankenkasse. Zusätzlich besteht ein Stufenverhältnis der verschiedenen Maßnahmen, welches bereits aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [Â§ 12 Abs. 1 SGB V](#) deutlich wird. Gemäß [Â§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gilt: Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen. Reichen diese Leistungen gleichfalls nicht aus, kann die Krankenkasse eine stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen ([Â§ 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Demnach kommt eine stationäre Rehabilitation mit

Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung nur dann in Betracht, wenn weder eine ambulante Krankenbehandlung noch eine ambulante Rehabilitation ausreichend sind. Anhaltspunkte für eine Ermessensreduzierung dahingehend, dass, ungeachtet des dargestellten Stufenverhältnisses, im vorliegenden Fall nur eine stationäre medizinische Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in Betracht käme, sind wie bereits dargestellt nicht ersichtlich.

Aus den nämlichen Gründen scheidet auch bereits ein Anspruch gegen den Träger der Eingliederungshilfe ([Â§ 5 Nr. 1](#), [Â§ 6 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX](#)), denn die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Eingliederungshilferecht entsprechen den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ([Â§ 109 Abs. 2 SGB IX](#)).

Schließlich kann der erhobene Anspruch auch nach dem Recht der Arbeitsförderung nicht begründet sein, denn die Bundesagentur für Arbeit ist schon kein Träger einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation ([Â§ 5 Nr. 1](#), [Â§ 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX](#)).

Somit hat der Kläger nach keinem der Rehabilitationsgesetze einen (ermessensreduzierten) Anspruch auf Gewährung einer stationären medizinischen Rehabilitation. Mithin bedurfte es auch nicht der Beiladung anderer möglicher Träger der Rehabilitation (s. dazu nur LSG Baden-Württemberg 19.04.2016, [L 11 R 5032/15](#), n.v.).

Nach alledem ist der angefochtene Gerichtsbescheid des SG im Rahmen des Berufungsantrags der Beklagten aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung für beide Rechtszüge beruht auf [Â§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Â

Erstellt am: 03.05.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024