L 19 R 357/18

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Rentenversicherung
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 4 R 850/16
Datum
17.05.2018
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 19 R 357/18
Datum
15.02.2023
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

I. Das Tatbestandsmerkmal "voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation" im Sinne von § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI erfordert eine Prognose dahingehend, dass der Versicherte durch die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben voraussichtlich zu einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt befähigt werden kann (BSG, Urteil vom 26.02.2020 - B 5 R 1/19 R).

II. Die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers nach § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI auch für die nachfolgenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben setzt einen inhaltlich notwendigen Zusammenhang der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit der vorangegangenen Leistung zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers voraus.

I. Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Nürnberg vom 17.05.2018 aufgehoben und wird die Klage abgewiesen.
II. Die Klägerin trägt die Kosten beider Instanzen.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.
IV. Der Streitwert wird für beide Instanzen auf jeweils 60.089,56 EUR festgesetzt.

T a t b e s t a n d :

In Streit steht die Erstattung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den Versicherten G. (Versicherter) in der Zeit vom 02.04.2013 bis 01.07.2015 in Höhe von 60.098,56 EUR.

Der 1978 geborene Versicherte absolvierte im Jahre 1995 den Hauptschulabschluss. In der Folge durchlief er mehrere Ausbildungen und Umschulungen, ohne diese mit einem Abschluss zu beenden. In der Zeit vom 15.01.2003 bis 15.08.2007 besuchte er das O-K. ohne Abschluss (Wiederholung mehrerer Klassen aus Krankheitsgründen). Seit 2007 fanden mehrfach stationäre psychiatrische Behandlungen in der K-Klinik W. statt, zuletzt vom 16.01.2009 bis Anfang März 2009.

Im Oktober 2009 nahm der Versicherte für zwei Wochen an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in der RPK (Rehabilitation psychisch Kranker) O. teil. In dem Kostenübernahmeantrag der RPK für die spätere Maßnahme im Jahr 2012 wurde ausgeführt, "über die Belastung der Rehabilitation kam es zur Wiedererkrankung". Nach erneuter stationärer psychiatrische Behandlung in der K-Klinik vom 09.10.2009 bis zum 26.11.2009 veranlasste die Klinik eine Heimunterbringung im Übergangswohnheim des gemeindepsychiatrischen Zentrums C., in dem der Versicherte bis 2012 lebte.

Der Versicherte nahm vom 15.08.2011 bis zum 23.09.2011 an einer von der Klägerin durchgeführten Berufsfindungsmaßnahme (BFW W-E.) teil. In dem Bericht vom 30.09.2011 wurde ausgeführt, dass dem Versicherten, der unter einem Z. n. paranoider Schizophrenie, V. a. schizophrenes Residuum und einem Z. n. schädlichem Gebrauch von Alkohol- und Cannabinoiden leide, aus aktueller psychiatrischer Sicht aufgrund der schweren Beeinträchtigung keine Umschulung für den ersten Arbeitsmarkt empfohlen werden könne. Der Versicherte habe in den letzten Jahren zahlreiche Versuche unternommen, eine berufliche Ausbildung zu absolvieren. Mehrfach seien in der Folge Krankheitsepisoden aufgetreten. Um eine erneute Überforderung zu vermeiden und eine psychische Stabilisierung zu ermöglichen und zu halten, sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Tätigkeit im geschützten Rahmen zu empfehlen. Eine erneute Überprüfung der Belastbarkeit für weiterführende rehabilitative Maßnahmen sei im weiteren Verlauf zu einem späteren Zeitpunkt sinnvoll.

Die Beklagte gewährte dem Versicherten vom 19.07.2012 bis zum 18.10.2012 eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in der RPK O. (Bescheid 20.04.2012). Auf den Kostenübernahmeantrag der RPK für die Zeit bis zum 18.04.2013 bewilligte die Beklagte eine Verlängerung bis zum 17.01.2013. Sie lehnte den weiteren Antrag auf Kostenübernahme der RPK vom 27.11.2012 auf Verlängerung der Maßnahme bis zum 18.07.2013 aufgrund der Stellungnahme ihres ärztlichen Dienstes vom 05.12.2012 ab (Bescheid 07.12.2012). Der ärztliche Dienst hatte an Hand des Zwischenberichtes der RPK O. vom 27.11.2012 vermerkt, "der Vorgang sei eilig an die Krankenkasse abzugeben; angestrebt werde eine Tätigkeit in einer WfbM. Bisher keine positive Erwerbsprognose". Die Beklagte stimmte bis zu einer Entscheidung der DAK O. einer Verlängerung bis zum 17.01.2013 vorerst zu.

Im Zwischenbericht der RPK vom 27.11.2012 wurden die folgenden Diagnosen benannt:
1. Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis,
2. Z. n. Alkohol- und Cannabisabusus, abstinent,
3. Z. n. Epilepsie in der Kindheit.

Der Versicherte sei hochmotiviert, die Rehabilitation mit einem für ihn zufriedenstellenden Ergebnis abzuschließen. Sein mittel- bis langfristiges Ziel sei vorerst eine vollschichtige Tätigkeit in einer WfbM. Auf der Grundlage der bisher vorliegenden Ergebnisse und des beobachteten Rehabilitationsverlaufs ließe sich ein Großpotential bezüglich der Zielerreichung konstatieren. Zum jetzigen Zeitpunkt bestünden noch Einschränkungen vor allem hinsichtlich der zugrundeliegenden Arbeitsfähigkeiten, der Konzentration und der Ausdauer, so dass eine Verlängerung um mindestens sechs Monate indiziert sei, auch um die vorhandenen Ressourcen aufrecht zu erhalten und weiter aufbauend zu gestalten. Die Prognose, dass der Versicherte die Rehabilitation mit einem positiven Ergebnis hinsichtlich seiner Ziele abschließen könne, sei insgesamt als günstig einzuschätzen.

Unter dem 07.12.2012 leitete die Beklagte den Antrag auf Kostenübernahme der RPK O. vom 27.11.2012 an die DAK C. weiter. Die DAK erkannte am 19.12.2012 den von der Beklagte nach § 105 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) geltend gemachten Erstattungsanspruch ab dem Datum des Zwischenberichtes vom 27.11.2012 an. Der Versicherte führte die Maßnahme unter Trägerschaft der DAK in der gleichen Einrichtung bis zum 13.03.2013 fort.

Im vorläufigen Abschlussbericht der RPK O. vom 04.02.2013 wurden die bereits genannten Diagnosen aufgeführt. Zurzeit bestehe beim Versicherten keine gesundheitliche Belastbarkeit für eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Wesentliche Einschränkungen bestünden vor allem in der hohen Ablenkbarkeit in einer passiv wahrenden Arbeitshaltung, dem Mangel an Eigeninitiative und der verringerten Frustrationstoleranz. Eine Besserung habe sich jedoch im Verlauf der stationären Rehabilitation gezeigt. In gesundheitlichen Belastungserprobungen sei der Versicherte in der Lage gewesen, seine gesundheitliche Belastbarkeit für eine WfbM zu entwickeln. Die Aufnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einer WfbM werde daher empfohlen. Die Prognose, dass der Versicherte hierüber die Arbeitsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt erreiche, sei insgesamt günstig, besonders vor dem Hintergrund der während der medizinischen Rehabilitation erreichten gesundheitlichen Besserung und Stabilisierung.

Mit Datum vom 15.03.2013 übersandte die RPK O. den Abschlussbericht vom 13.03.2013. Der Abschlussbericht wurde auf einem Formular der Deutschen Rentenversicherung Bund "DRV Bund, ärztlicher Entlassungsbericht" verfasst. Änderungen der sozialmedizinischen Epikrise gegenüber dem vorläufigen Bericht vom 04.02.2013 ergaben sich nicht.

Am 12.02.2013 (Eingang) beantragte der Versicherte bei der Beklagten die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Den Antrag leitete die Beklagte nach Beiziehung des vorläufigen Abschlussberichtes vom 04.02.2013 - und nach Feststellung, dass 104 Kalendermonate auf die Wartezeit anzurechnende Beitragszeiten, dass keine 6 Monate Beitragszeiten innerhalb der letzten beiden Jahre sowie dass in dem Zeitraum vom 15.02.2008 bis 14.02.2013 für eine Erwerbsminderungsrente nur 15 Monate an Pflichtbeiträgen vorliegen - am 15.02.2013 (Eingang am 25.02.2013) an die Klägerin (Agentur für Arbeit O.-Wilhelmshaven) weiter. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) seien nicht erfüllt. Die Voraussetzungen dieser Vorschrift lägen nicht vor, wenn als nachfolgende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine Leistung in einer WfbM erforderlich sei. Unter einer erfolgreichen Rehabilitation in diesem Sinne sei die Wiedereingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen.

Mit Bescheid vom 26.04.2013 bewilligte die Klägerin dem Versicherten die beantragten Leistungen in Form von Ausbildungsgeld und Lehrgangskosten für ein Eingangsverfahren (02.04.2013 bis 01.07.2013) und eine zweijährige Maßnahme im Berufsbildungsbereich (02.07.2013 bis 01.07.2015); durchgeführt wurde die Maßnahme von der gemeinnützigen Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit mbH W..

Mit Schreiben vom 13.05.2013 (Eingang 21.05.2013) teilte die Klägerin der Beklagten mit, dass sie unter Berücksichtigung des § 14 Abs. 2 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch idF bis 31.12.2017 (SGB IX a.F.) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht habe. Nach den jetzt vorliegenden Erkenntnissen sei die Zuständigkeit der Beklagten gegeben. Für die im Zusammenhang mit der Teilhabe am Arbeitsleben anfallenden Leistungen mache sie einen Erstattungsanspruch dem Grunde nach gem. § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F. geltend.

Mit Schreiben vom 28.05.2013 wies die Beklagte den Erstattungsanspruch zurück. Aus medizinischer Sicht seien ausschließlich Leistungen in einer WfbM angezeigt gewesen. Die Klägerin sei daher zuständig. Dieses Schreiben der Beklagten erfolgte unter Berücksichtigung einer von S. erstellten gutachterlichen Äußerung der Agentur für Arbeit vom 05.03.2013. S. hatte ausgeführt, dass ihr der Abschlussbericht RPK O. vorliege. Die verminderte oder aufgehobene Leistungsfähigkeit bestehe länger als sechs Monate, aber nicht auf Dauer. Nach Auswertung der vorliegenden Unterlagen sei eine ausreichende Belastbarkeit für die Übernahme einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht gegeben. Eine Integration in eine Tätigkeit mit einem beschützten Rahmen werde angeraten. Die Prognose, dass hierüber eine Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt erreicht werden könne, werde in den vorliegenden Unterlagen als günstig dargestellt.

Am 02.09.2016 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht Nürnberg erhoben. Der Klägerin stehe ein Erstattungsanspruch gegen die Beklagte in Höhe von 60.098,56 EUR zu. Die Zuständigkeit der Beklagten ergebe sich aus § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI. Diese Regelung bestimme, dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vom Rentenversicherungsträger erbracht werden, wenn sie für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung erforderlich seien. Der Begriff "unmittelbar" sei dahingehend auszulegen, dass damit keine zeitliche Begrenzung, sondern ein inhaltlicher Zusammenhang zwischen der medizinischen Reha und der beruflichen Reha zu fordern sei. Dieser sachliche Zusammenhang sei vorliegend gegeben, denn der Abschlussbericht der medizinischen Reha habe die Empfehlung enthalten, dass im Hinblick auf die gesundheitlichen Einschränkungen des Versicherten eine Aufnahme in einer WfbM angeraten sei. Weiterhin sei zum damaligen Zeitpunkt davon ausgegangen worden, es könne eine erfolgreiche Eingliederung erreicht werden. Hierbei sei als prognostisch erreichbares Rehabilitationsziel die

Erreichung von Wettbewerbsfähigkeit auf dem besonders geschützten Arbeitsmarkt der WfbM ausreichend. Im Falle des Versicherten ergebe sich aus dem Entlassungsbericht sogar die prognostische Einschätzung, dass über die Durchführung des Eingangsverfahrens und des Berufsbildungsbereiches eine Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich sei.

Die Beklagte hat entgegnet, eine Unmittelbarkeit im Sinne des § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI liege nicht vor. Die Kostenträgerschaft der Beklagten für die medizinische Rehabilitationsmaßnahme habe am 27.11.2012 geendet. Der Versicherte habe die Leistung unter Zuständigkeit der Krankenkasse weitergeführt. Deshalb sei die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben unmittelbar nach einer medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse erforderlich geworden. Das Kriterium "voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation" sei in Anlehnung an die §§ 9, 10 SGB VI so zu verstehen, dass die Rehabilitationsziele der Leistungen der Rentenversicherung erfüllt sein müssten und daher auf den allgemeinen ersten Arbeitsmarkt und nicht auf die Mindestanforderungen zur Eingliederung in eine WfbM abzustellen sei.

Nach Anhörung hat das Sozialgericht Nürnberg mit Gerichtsbescheid vom 17.05.2018 die Beklagte verurteilt, der Klägerin die für den Versicherten im Zeitraum vom 02.04.2013 bis 01.07.2015 erbrachten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Höhe von 60.098,56 EUR zu erstatten. Der Anspruch ergebe sich aus § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F., weil die Beklagte der eigentlich zuständige Rehabilitationsträger gewesen sei. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen seien nach § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI erfüllt gewesen. Der Sinn dieser Regelung liege darin, dass der Rentenversicherungsträger für diejenigen Versicherten, die sowohl medizinische als auch daran unmittelbar anschließende berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation benötigten, das gesamte Rehabilitationsverfahren bis zu ihrer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben durchführen solle, um einen zügigen und kontinuierlichen Ablauf des Rehabilitationsverfahrens und eine möglichst rasche und erfolgreiche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu gewährleisten (Hinweis auf BT-Drucks. 12/3423, S. 61). Im Rahmen der Unmittelbarkeit sei ein nahtloser Übergang nicht nötig. Wesentlich sei vielmehr, dass gleichzeitig mit dem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ein enger sachlicher Zusammenhang mit der vorangegangenen Leistung zur medizinischen Rehabilitation gegeben sei. Hier habe sich noch während des Verlaufs der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe ergeben. Unschädlich sei der Umstand, dass die vorangegangene medizinische Rehabilitationsmaßnahme ab dem 27.11.2012 unter der Trägerschaft der Krankenkasse erfolgte. Der Versicherte habe die Maßnahme in der gleichen Einrichtung fortgeführt. Der Entlassungsbericht sei unter der Bezeichnung "DRV Bund, ärztlicher Entlassungsbericht" verfasst worden. Nach außen hin habe sich die Maßnahme als einheitliche medizinische Rehabilitationsmaßnahme der Beklagten dargestellt. Darüber hinaus habe nach der Einschätzung der Ärzte der medizinischen Rehabilitationsklinik tatsächlich eine positive Prognose bestanden, den Versicherten in den ersten allgemeinen Arbeitsmarkt einzugliedern.

Hiergegen hat die Beklagte am 18.06.2018 Berufung zum Bayer. Landessozialgericht erhoben. Die Zielsetzung des § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI beziehe sich auf die Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und der dauerhaften (Wieder)Eingliederung in das Erwerbsleben. Daher könnten die Voraussetzungen "voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation" durch eine Prognose der Erreichung von Wettbewerbsfähigkeit auf dem besonders geschützten Arbeitsmarkt der WfbM nicht erfüllt werden. Eine hierüber hinausgehende Prognose sei vorliegend nicht festzustellen. Bei dem Versicherten liege eine seit 2003 bekannte schwere psychische Störung vor. 2009 habe bereits eine erste RPK wegen fehlender Belastbarkeit des Versicherten nach 2 Wochen wegen psychischer Dekompensation abgebrochen werden müssen. Von 2009 bis 2012 habe sich der Versicherte in einem betreuten Wohnheim befunden, wo eine Stabilisierung gelungen sei. Bei jahrelanger Erkrankung sei auch im Februar 2013 keine positive Erwerbsprognose zu erkennen gewesen. Die Prognose der RPK-Einrichtung hinsichtlich einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nach der WfbM sei nicht nachvollziehbar.

Mit Beschluss vom 31.01.2019 hat der Senat auf Antrag der Beteiligten das Ruhen des Berufungsverfahrens angeordnet. Grund hierfür war gewesen, die Entscheidung des beim Bundessozialgericht (BSG) anhängigen Revisionsverfahrens B 5 R 1/19 R abzuwarten. Nach Erlass des Urteils des BSG am 26.02.2020 hat der Senat das Berufungsverfahren fortgeführt.

Die Klägerin hat ausgeführt, das BSG habe entschieden, eine "voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation" nach § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI liege vor, wenn eine positive Prognose für eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe, die Eingliederung aber im Falle einer solchen Prognose ihren Weg auch über eine Teilhabeleistung im Eingangs- und Berufsbildungsbereich der WfbM nehmen könne. Eine solche positive Prognose habe bei Abschluss der medizinischen Rehabilitation vorgelegen. Die Ärzte der Beklagten (DRV Bund Ärztlicher Entlassungsbericht vom 13.03.2013) hätten wörtlich ausgeführt: "Wir empfehlen daher nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation die Aufnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einer WfbM. Die Prognose, dass der Versicherte hierüber die Arbeitsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt erreicht, ist insgesamt günstig, besonders vor dem Hintergrund der während der medizinischen Rehabilitation erreichten gesundheitlichen Besserung und Stabilisierung." Zu dem gleichen Schluss sei der ärztliche Dienst der Klägerin mit der gutachterlichen Äußerung vom 05.03.2013 gekommen.

Die Beklagte hat entgegnet, im Entlassungsbericht des RPK O. sei lediglich die Aufnahme in eine WfbM empfohlen worden. Eine positive Prognose für eine Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt habe nicht vorgelegen. Auch der ärztliche Dienst der Beklagten sei nach Auswertung der Unterlagen zu dem Ergebnis gekommen, dass eine Eingliederung des Versicherten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht gegeben sei. Die Prognose im Entlassungsbericht sei weiterhin nicht nachvollziehbar.

Der Senat hat am 22.03.2021 einen Erörterungstermin durchgeführt. Der Vorsitzende hatte darauf verwiesen, dass hinsichtlich der Prognose auf das Datum der Weiterleitung abzustellen sei. Vorliegend habe mit Eingang bei der Beklagten am 12.02.2013 der vorläufige Abschlussbericht der RPK O. vom 04.02.2013 vorgelegen. Der Vorsitzende hat weiter darauf hingewiesen, dass - ohne eine Entscheidung des Senats vorwegzunehmen - der Wortlaut der Prognose vom 04.02.2013 wohl eindeutig sei.

Die Beklagte hat am 26.04.2021 ergänzend Stellung genommen. Die Voraussetzungen des § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI seien nicht gegeben gewesen, da die Kostenträgerschaft für die medizinische Rehabilitationsmaßnahme am 27.11.2012 geendet habe. Der Versicherte habe die Leistung sodann unter der Zuständigkeit der Krankenkasse weitergeführt. Die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben sei deshalb unmittelbar nach einer medizinischen Rehabilitation unter der Trägerschaft der Krankenkasse erforderlich geworden. Es schade auch nicht, dass der Entlassungsbericht unter der Bezeichnung "DRV Bund, ärztliches Entlassungsbericht" verfasst worden sei. Die RPK werde in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen einer Komplexleistung durch ein multiprofessionelles Rehabilitationsteam unter ärztlicher Leitung und Verantwortung vorhielten.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Nürnberg vom 17.05.2018 aufzuheben und die Klage vom 02.09.2016 abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Nürnberg vom 17.05.2018 zurückzuweisen.

Zur Ergänzung wird auf die beigezogenen Akten der Klägerin und der Beklagten sowie auf die Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e :

Die zulässige Berufung ist begründet. Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Nürnberg vom 17.05.2018 ist aufzuheben. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die erbrachten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den Versicherten in der Zeit vom 02.04.2013 bis 01.07.2015 in Höhe von 60.089,56 EUR. Denn die Beklagte war nicht der zuständige Träger für die gegenüber dem Versicherten erbrachte Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben in einer WfbM.

Der Erstattungsanspruch ergibt sich nicht aus § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F. § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F. bestimmt: Wird nach Bewilligung der Leistung durch einen Rehabilitationsträger nach Abs. 1 Sätze 2 bis 4 SGB IX a.F. festgestellt, dass ein anderer Rehabilitationsträger für die Leistung zuständig ist, erstattet dieser dem Rehabilitationsträger, der die Leistung erbracht hat, dessen Aufwendungen nach den für diesen geltenden Rechtsvorschriften. Die Vorschrift räumt dem zweitangegangenen Rehabilitationsträger gegenüber dem materiell-rechtlich originär zuständigen Träger einen spezialgesetzlichen Anspruch ein, der die allgemeinen Erstattungsansprüche der §§ 102 ff. SGB X verdrängt (BSG, Urteil vom 26.02.2020 - B 5 R 1/19 R - juris).

Die Voraussetzungen des Erstattungsanspruches sind vorliegend nicht erfüllt.

Die Klägerin ist zweitangegangener Rehabilitationsträger im Sinne des § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F. Den Antrag des Versicherten vom 12.02.2013 hat die Beklagte innerhalb der Zwei-Wochen-Frist des § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX a.F. an die Klägerin weitergeleitet. Die Klägerin war als zweitangegangener Leistungsträger an die Weiterleitung gebunden und hatte die notwendigen Leistungen zur Teilhabe an den Antragsteller / Versicherten zu erbringen, und zwar unter Anwendung sämtlicher denkbarer Leistungsgesetze nach dem Sozialgesetzbuch (SGB). Wäre sie aber als zweitangegangener Leistungsträger für diese Leistungen nicht leistungszuständig, hätte ihr der eigentlich zuständige Leistungsträger die Kosten der erbrachten Leistungen zu erstatten.

Die Beklagte war für die Leistungen zur Teilhabe an den Versicherten nicht zuständig. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen (§ 7 Satz 2 SGB IX a.F.). Die Zuständigkeit der Beklagten, die nach § 6 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 4 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX a.F. Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sein kann, richtet sich nach den §§ 9 ff SGB VI. Für Leistungen, die in einer WfbM entweder im Eingangsverfahren oder im Berufsbildungsbereich erbracht werden, bestimmt die Zuständigkeitsregelung des § 42 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX a.F., dass sich die Zuständigkeit der Träger der Rentenversicherung unter den Voraussetzungen der §§ 11 bis 13 SGB VI ergibt.

Beim Versicherten liegen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des § 11 SGB VI nicht vor. Diese ergeben sich nicht aus § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI (keine Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren oder vorzeitige Wartezeiterfüllung) oder Nr. 2 (kein Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit). Die Voraussetzungen nach § 11 Abs. 2a Nr. SGB VI sind ebenfalls nicht erfüllt. Danach werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch erbracht, wenn ohne diese Leistungen eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre. Dies wäre vorliegend nicht der Fall, da im Zeitraum vom 15.02.2018 bis 14.02.2013 (bei Antragstellung am 12.02.2013) die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente nicht erfüllt waren (nur 15 Monate an Pflichtbeiträgen).

Des Weiteren erfüllt der Versicherte nicht die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI. Nach dieser Regelung werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vom Rentenversicherungsträger an Versicherte auch erbracht, wenn sie für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung erforderlich sind.

Das Tatbestandsmerkmal "voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation" erfordert eine Prognose dahingehend, dass der Versicherte durch die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben voraussichtlich zu einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt befähigt werden kann (BSG a.a.O.). Dies entspricht auch dem Sinn und Zweck von Maßnahmen der Rehabilitation im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung. Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB VI sollen Beeinträchtigungen wegen Krankheit und Behinderung entgegenwirken, werden aber nur dann und insoweit erbracht, wie dies dem Versicherungszweck - der Erwirtschaftung eigener Rentenanwartschaften durch Erwerbstätigkeit - dient. Kann die Erwerbsfähigkeit durch Rehabilitationsleistungen nicht gefördert werden oder hat der Versicherte die Altersgrenze bereits erreicht, sind Rehabilitationsleistungen nach dem SGB VI generell - weil nicht zweckgerichtet - ausgeschlossen (BSG a.a.O.).

Bei Abschluss der von der Beklagten durchgeführten medizinischen Rehabilitation am 27.11.2012 war die Prognose nicht dahingehend zu begründen, der Versicherte könne durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben voraussichtlich zu einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt befähigt werden. Nach dem Bericht vom 30.09.2011 über die vorhergehende Berufsfindungsmaßnahme kam eine Umschulung des Versicherten für den ersten Arbeitsmarkt aufgrund der schweren Beeinträchtigung nicht in Betracht. Stattdessen wurde zum damaligen Zeitpunkt eine Tätigkeit im geschützten Rahmen und eine erneute Überprüfung der Belastbarkeit für weiterführende rehabilitative Maßnahmen zu einem späteren Zeitpunkt empfohlen. Nach dem Zwischenbericht der RPK O. vom 27.11.2012 bestanden beim Versicherten noch Einschränkungen vor allem hinsichtlich der zugrundeliegenden Arbeitsfähigkeiten, der Konzentration und der Ausdauer. Nach der RPK O. war zwar davon auszugehen, dass der Versicherte die Rehabilitation mit einem positiven Ergebnis hinsichtlich seiner Ziele abschließen könne, diese betrafen aber nur dessen mittel- oder langfristiges Ziel einer vollschichtigen Tätigkeit im Rahmen einer WfbM. Die Beklagte ging demnach - auch in Übereinstimmung mit ihrem ärztlichen Dienst - zutreffend davon aus, dass der Versicherte nur für eine Tätigkeit auf dem "zweiten Arbeitsmarkt" rehabilitierungsfähig war.

Etwas anderes ergibt sich allerdings aus dem Abschlussbericht der RPK O. vom 04.02.2013 (13.03.2013). Dem Bericht ist zu entnehmen, dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einer WfbM empfohlen werden. Darüber hinaus wird eindeutig ausgeführt, dass die Prognose, dass der Versicherte über die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der WfbM die Arbeitsfähigkeit für den allgemeinen

Arbeitsmarkt erreichen wird, insgesamt günstig ist, besonders vor dem Hintergrund der während der medizinischen Rehabilitation erreichten gesundheitlichen Besserung und Stabilisierung. Es ist daher auch nicht von Bedeutung, dass drei Jahre zuvor die RPK-Maßnahme im Oktober 2009 abgebrochen werden musste. Auch der ärztliche Dienst der Klägerin (S.) teilt die positive Prognose der RPK O. (Stellungnahme vom 05.03.2013).

Indes ist maßgebend für die Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI die Einschätzung der Beklagten zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe und der Weiterleitung, ob die Teilhabeleistung voraussichtlich erfolgreich zu einer Wiedereingliederung des Versicherten in den allgemeinen Arbeitsmarkt führt. Vorliegend hat aber die Beklagte am 15.02.2013 den Antrag des Versicherten vom 12.02.2013 allein mit der Begründung weitergeleitet, unter einer erfolgreichen Rehabilitation sei die Wiedereingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen. Hiervon sei nicht auszugehen, wenn nach der medizinischen Rehabilitation Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einer WfbM erforderlich sind. Diese Einschätzung wäre gerichtlich uneingeschränkt überprüfbar (BSG a.a.O.). Insoweit wäre bei der Überprüfung der (fehlenden) Prognoseentscheidung der (vorläufige) Abschlussbericht der RPK O. vom 04.02.2013 zu berücksichtigen, den die Beklagte vor der Entscheidung über die Weiterleitung beigezogen hatte.

Hierauf kommt es aber vorliegend nicht an, da die Leistungen an den Versicherten zur Teilhabe am Arbeitsleben in der WfbM nicht unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Beklagten erbracht wurden.

Dass die Leistungen nicht unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Beklagten erbracht wurden, folgt nicht aus der Zeitspanne von hier etwa fünf Monaten zwischen dem Ende der Maßnahme der Beklagten und dem Antrag bei der Beklagten vom 12.02.2013 auf Gewährung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder dem Beginn der Leistungen zur Teilhabe. Der Begriff "unmittelbar im Anschluss" bedeutet nicht, dass ein nahtloser Übergang zwischen den verschiedenen Leistungen erforderlich ist. Denn der Antritt zu der Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben kann sich aus unterschiedlichen Gründen verzögern. Eine feste zeitliche Begrenzung ist daher aus dem Begriff "unmittelbar im Anschluss" nicht zu folgern. Die Träger der Rentenversicherung sehen allerdings den unmittelbaren Anschluss und die Zuständigkeit der Rentenversicherung als gegeben an, wenn der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss einer medizinischen Leistung der Rentenversicherung gestellt wird (Reinhardt/Silber, beck-online, SGB VI § 11 Rn. 10).

Allerdings bestand bei Antragstellung bei der Beklagten am 12.02.2013 kein inhaltlich notwendiger Zusammenhang der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit der vorangegangenen Leistung zur medizinischen Rehabilitation der Beklagten. Der inhaltlich notwendige Zusammenhang knüpft dabei an die zuvor von der Rentenversicherung gewährten medizinischen Rehabilitationsleistung an. Nur diese kann die Zuständigkeit der Rentenversicherung auch für die nachfolgenden Leistungen zur Teilhabe begründen.

Die Notwendigkeit eines inhaltlichen Zusammenhanges zwischen beiden Leistungen ergibt sich aus dem Zweck des § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI, die Einheitlichkeit des Rehabilitationsträgers zu gewährleisten. Der Rentenversicherungsträger soll für diejenigen Versicherten, die sowohl medizinische als auch daran unmittelbar anschließend berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation benötigen, das gesamte Rehabilitationsverfahren durchführen. Dadurch soll auch in diesen Fällen ein zügiger und kontinuierlicher Ablauf des Rehabilitationsverfahrens und eine möglichst rasche und erfolgreiche "Wiedereingliederung in das Erwerbsleben" gewährleistet werden (vgl. BT-Drucks. 12/3423 S. 61 Erl. zu Art. 4 Nr. 1 Buchst. b). Da damit die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit den von diesem zuvor gewährten medizinischen Rehabilitationsleistungen begründet wird, muss ein hinsichtlich des Erfolgs der Rehabilitation inhaltlich notwendiger Zusammenhang zwischen beiden Leistungen bestehen.

Dies war vorliegend nicht der Fall. Denn nicht aufgrund der von der Beklagten, sondern aufgrund der von der Krankenkasse gewährten medizinischen Rehabilitationsleistung hat sich die Prognose ergeben, die Teilhabeleistung in der WfbM führe voraussichtlich erfolgreich zu einer Wiedereingliederung des Versicherten in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Eine fortdauernde positive Prognose aufgrund des Zwischenberichtes vom 27.11.2012, die die Zuständigkeit der Beklagten begründen könnte, bestand nicht. Die Umstände, dass der Versicherte die Maßnahme in der gleichen Einrichtung fortgeführt hat und der Entlassungsbericht vom 13.03.2013 unter der Bezeichnung "DRV Bund, ärztlicher Entlassungsbericht" erstellt wurde, führen nicht - wie das Sozialgericht meint - zu einer einheitlichen medizinischen Rehabilitationsmaßnahme der Beklagten, die deren Zuständigkeit begründet hätte. Maßgebend ist, dass die Beklagte nur bis zum 27.11.2012 der zuständige Leistungsträger war. Unabhängig von den genannten "äußeren Umständen" konnte die von der Beklagten erbrachte medizinische Rehabilitationsleistung nicht zur Zuständigkeit der Beklagten für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der WfbM führen, da der Erfolg der Rehabilitation und die positive Prognose nicht auf diese von der Beklagten gewährte Leistung, sondern auf die Leistung der Krankenkasse zurückzuführen ist.

Nach alldem ist die Berufung der Beklagten begründet und der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Nürnberg vom 17.05.2018 aufzuheben sowie die Klage vom 02.09.2016 abzuweisen.

Die Krankenkasse war nicht beizuladen, da sie nach dem SGB IX keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringt (§ 6 Abs. 1 SGB IX a.F.).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe, die Revision gemäß § 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG zuzulassen, liegen nicht vor.

Der Streitwert richtet sich nach § 197a Abs. 1 SGG i.V.m § 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-03-03