L 13 R 423/21

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Rentenversicherung
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 4 R 602/20
Datum
29.06.2021
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 13 R 423/21
Datum
20.09.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Im Anwendungsbereich des § 16 SGB IX ist dieser lex specialis zu den allgemeinen Erstattungsansprüchen nach den §§ 102 ff. SGB X.
2. Die Überleitung des Antrags führt zur alleinigen Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers, an den weitergeleitet wurde. Der danach nicht mehr zuständige Leistungsträger ist nicht befugt, die Versicherte zu einer erneuten Antragstellung aufzufordern, da dies dem Regelungskonzept der §§ 14 ff. SGB IX widerspricht.
3. Der materiell-rechtlich zuständige Rehabilitationsträger kann sich gegenüber dem leistenden Rehabilitationsträger nicht auf die wirksame Ablehnung gegenüber der Versicherten berufen, wenn der Bescheid offensichtlich fehlerhaft ist. Umgekehrt kann sich der leistende Rehabilitationsträger auf die offensichtliche Fehlerhaftigkeit des Ablehnungsbescheids jedenfalls dann berufen, wenn er im Zeitpunkt der Bewilligung der Rehabilitationsmaßnahme keine Kenntnis vom Ablehnungsbescheid hatte. Offensichtlich fehlerhaft ist der Bescheid, wenn nach Weiterleitung des Antrags dieser durch den weiterleitenden Rehabilitationsträger wegen fehlender versicherungsrechtlicher Voraussetzungen abgelehnt wurde.
4. Eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben kann auch dann unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI erbracht sein, wenn zwischen Beendigung der Rehabilitation und Beginn der Teilhabeleistung etwa sieben Monate liegen, sofern der Zeitablauf durch praktische Umsetzungsprobleme bedingt ist.

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 29. Juni 2021 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

T a t b e s t a n d :

Zwischen den Beteiligten ist die Erstattung der Kosten für von der Klägerin und Berufungsbeklagten (Klägerin) an die Versicherte C (nachfolgend: Versicherte) erbrachten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in der Zeit vom 26.04.2019 bis 23.12.2021 in Höhe von 60.601,23 € (inklusive Verwaltungskostenpauschale) streitig.

Die 1985 geborene Versicherte war zuletzt als Verkäuferin versicherungspflichtig beschäftigt und seit 02.03.2017 arbeitsunfähig erkrankt mit Bezug von Krankengeld ab 11.04.2017.

Am 31.05.2018 beantragte sie bei der Beklagten und Berufungsklägerin (Beklagten) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben. Sie gab an, nach einem im Privathaushalt erlittenen Unfall aufgrund von Kniebeschwerden nicht mehr länger stehen zu können und deshalb in ihrem erlernten Beruf nicht mehr arbeiten zu können.

Mit Schreiben vom 13.06.2018 wandte sich die Beklagte an die Klägerin. Der Antrag beinhalte neben von der Beklagten zu erbringende Leistungen auch LTA, die wegen fehlender versicherungsrechtlicher Voraussetzungen nicht von der Beklagten erbracht werden könnten. Der Antrag werde deshalb mit der Bitte zugeleitet, über den weiteren Antrag auf eine Leistung in eigener Zuständigkeit zu entscheiden. Als leistender Rehabilitationsträger sei die Beklagte zur Erstellung eines Teilhabeplans verpflichtet, weshalb um Information über die getroffene Entscheidung gebeten werde. Auf die Fristen nach § 15 Abs. 4 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) werde hingewiesen. Dem Schreiben war der Formblattantrag Rehabilitation der Versicherten beigefügt.

Zu den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen hielt die Beklagte fest, dass für die Versicherte anstelle der erforderlichen 180 bisher nur 110 Monate auf die Wartezeit anrechenbare Zeiten vorhanden seien.

Die Agentur für Arbeit Bautzen erklärte mit Schreiben vom 20.06.2018 gegenüber der Beklagten ihre Zuarbeit nach § 15 Abs. 1 SGB IX zur Erstellung eines Teilhabeplans an den zuständigen Rehabilitationsträger. Durch die Überleitung des Antrags auf Leistungen zur beruflichen Rehabilitation werde die Einschaltung des arbeitsmedizinischen Dienstes erforderlich. Nach Eingang der bei der Versicherten angeforderten Unterlagen werde der Fachdienst eingeschaltet. Sie wies gleichzeitig darauf hin, dass im Falle der Erbringung medizinischer Rehabilitationsleistungen durch die Beklagte gemäß § 11 Abs. 2a Nr. 2 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) auch die Leistungen zur beruflichen Rehabilitation unmittelbar in eigener Zuständigkeit zu erbringen seien. Ebenfalls mit Schreiben vom 20.06.2018 wandte sich die Klägerin an die Versicherte wegen des Antrags auf LTA vom 31.05.2018.

Den Antrag auf medizinische Rehabilitation bewilligte die Beklagte in Form einer ganztägigen ambulanten Leistung in der H-Reha Tagesklinik für die Zeit vom 03.08.2018 bis 30.08.2018 (Bescheid vom 03.07.2018). Nach der Einschätzung des Ärztlichen Dienstes der Beklagten vom 18.06.2018 liege eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten vor, die durch medizinische Rehabilitationsleistungen voraussichtlich abgewendet werden könne.

Mit Bescheid vom 05.07.2018 lehnte die Beklagte gegenüber der Versicherten den Antrag vom "27.06.2018" auf LTA ab, da die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI nicht vorliegen würden. Durch die bewilligte medizinische Rehabilitation werde die Versicherte wieder in die Lage versetzt werde, ihre Beschäftigung als Verkäuferin weiterhin auszuüben. Sofern im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ein Bedarf für LTA festgestellt werde, würden umgehend entsprechende Antragsunterlagen zur Verfügung gestellt werden.

Mit an die Klägerin adressiertem Schreiben vom 06.07.2018, das weder eine Absendeverfügung noch einen Absendevermerk enthält, teilte die Beklagte mit, dass eine medizinische Rehabilitation bewilligt sowie die LTA abgelehnt worden seien. Ziel der medizinischen Rehabilitation sei, die Versicherte wieder in die Lage zu versetzen, als Verkäuferin tätig zu sein. Die LTA sei daher zunächst abgelehnt worden.

Der ärztliche Entlassungsbericht der H-Reha Tagesklinik vom 30.08.2018 kam zu dem Ergebnis, dass die Tätigkeit als Verkäuferin für die Versicherte nicht mehr leidensgerecht sei; das quantitative Leistungsvermögen sei auf unter drei Stunden täglich abgesunken. Eine LTA - vorgesehen sei eine Umschulung zur Industriekauffrau - werde empfohlen.

Mit Schreiben vom 12.11.2018 teilte die Klägerin der Versicherten nach persönlicher Vorsprache am 30.10.2018 zur Klärung des Förderbedarfs mit, dass sie aufgrund ihres Antrags vom 31.05.2018 dem Grunde nach berechtigt sei eine LTA zu beziehen. Am 14.01.2019 äußerte die Versicherte den Wunsch, die Umschulung in Teilzeit wegen der Betreuung ihrer zwei Kinder im Alter von fünf und zwölf Jahren zu absolvieren. Dem stimmte die Klägerin zu, um den Erfolg der Umschulung nicht zu gefährden. Die Umschulung zur Kauffrau für Büromanagement absolvierte die Versicherte sodann vom 26.04.2019 bis 23.12.2021 (Bescheid vom 09.05.2019).

Mit Schreiben vom 18.01.2019 informierte die Klägerin die Beklagte gemäß § 19 SGB IX, dass nach den vorliegenden Unterlagen und Feststellungen LTA erforderlich seien. Die Klägerin habe sich nach § 15 SGB IX als zuständiger Kostenträger zur Erbringung von LTA erklärt und mache vom Erstattungsanspruch gebrauch, da im Ergebnis der medizinischen Rehabilitation ein Bedarf zur beruflichen Rehabilitation durch berufliche Neuorientierung festgestellt worden sei und somit gem. § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI gleichermaßen die Beklagte zuständig sei. Auf die beiliegende Anmeldung des Erstattungsanspruchs werde hingewiesen.

Mit weiterem Schreiben vom 18.01.2019 meldete die Klägerin bei der Beklagten einen Erstattungsanspruch dem Grunde nach gemäß § 16 Abs. 1 SGB IX an.

Die Beklagte lehnte den Erstattungsanspruch ab (Schreiben vom 01.02.2019), da zum Zeitpunkt der Antragstellung die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt gewesen seien. Die Klägerin sei als zuständiger Rehabilitationsträger nach § 15 Abs. 2 SGB IX eingebunden worden. Dem Entlassungsbericht sei zu entnehmen, dass die Umschulung zur Industriekauffrau bereits vorher mit der Agentur für Arbeit besprochen gewesen sei. Allein aus der Tatsache, dass vor Beginn der bereits geplanten Umschulung noch eine medizinische Rehabilitation erfolgt sei, könne sich kein Zuständigkeitswechsel ergeben. Sie ergänzte mit Schreiben vom 26.09.2019, dass auf den Antrag auf Teilhabeleistungen vom 31.05.2019 hin eine medizinische Reha bewilligt und durchgeführt worden sei. Der Antrag auf LTA sei mit Bescheid vom 05.07.2018 abgelehnt und das Verfahren zur LTA damit abgeschlossen worden. Im Entlassungsbericht würden LTA empfohlen. Demzufolge seien zwar die Voraussetzungen des § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI erfüllt und die Beklagte auch für die Erbringung der LTA zuständig. Der Klägerin sei jedoch bekannt gewesen, dass das Verfahren gerichtet auf LTA abgeschlossen sei, weshalb in dem Beratungsgespräch mit der Versicherten von der Klägerin ein neuer Antrag aufzunehmen und an die Beklagte weiterzuleiten gewesen wäre. Die Versäumung der Frist des § 14 Abs. 1 SGB IX begründe keine sachliche, wohl aber eine funktionelle Zuständigkeit der Klägerin. Ein Erstattungsanspruch könne nicht geltend gemacht werden (§ 16 Abs. 4 S. 1 SGB IX).

Darauf erwiderte die Klägerin, sie habe ihre Zuständigkeit nach § 15 Abs. 1 SGB IX mit Schreiben vom 12.11.2018 erklärt, da ihr nicht bekannt gewesen sei, dass der Antrag vom 31.05.2018 bereits abgelehnt worden sei. Sofern die Beklagte weiterhin von der Versäumung der Zwei-Wochen-Frist ausgehe, werde um Prüfung einer Erstattung nach §§ 103, 104 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) gebeten. Die Geltendmachung des Erstattungsanspruchs dem Grunde nach erfolge innerhalb der Ausschlussfrist des § 111 SGB X, eine Verjährung nach § 113 SGB X sei nicht eingetreten.

Am 23.07.2020 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Nürnberg erhoben. Ihr stehe ein Erstattungsanspruch gegen die Beklagte zu, den sie zunächst mit 27.036,49 € bis zum 30.06.2020 beziffert hat; weitere Kosten würden noch bis zum Abschluss der LTA entstehen. Die Zuständigkeit der Klägerin sei zu keinem Zeitpunkt gegeben gewesen, auch nicht nach § 15 SGB IX. Da die Beklagte für beide der beantragten Leistungen als Leistungsträger in Betracht komme, seien die Voraussetzungen für ein Antragssplitting und eine Beteiligung der Klägerin nach § 15 SGB IX nicht erfüllt gewesen. Soweit die Beklagte nachfolgend von einer Einbindung nach § 15 Abs. 2 SGB IX ausgegangen sei, hätte ihr die Koordinierung der Leistungserbringung - die Erstellung eines Leistungsplans - oblegen. Die Beklagte habe nach § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI die Leistungen zur beruflichen Rehabilitation auch dann zu erbringen, wenn sie im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich seien. Dies sei nach den Feststellungen im Entlassungsbericht vom 30.08.2018 der Fall gewesen. Zwar habe die Versicherte zunächst die Umschulung zur Industriekauffrau favorisiert, die sich aber aufgrund mangelnder

betrieblicher Ausbildungsmöglichkeiten nicht habe realisieren lassen. Die erforderliche zeitliche Unmittelbarkeit sei trotz des danach späteren Ausbildungsbeginns noch gegeben. Die Klägerin habe die LTA daher als unzuständiger Rehabilitationsträger erbracht. Die Beklagte habe ihr die erbrachten Leistungen nach § 16 SGB IX, hilfsweise § 104 SGB X zu erstatten.

Die Beklagte hat demgegenüber die Auffassung vertreten, dass die Voraussetzungen des § 11 Abs. 2a SGB VI nicht erfüllt seien, wenn der Antrag auf LTA bereits vor Beginn der medizinischen Reha gestellt worden sei. Es fehle auch an der erforderlichen Unmittelbarkeit. Der Antrag auf LTA sei zu Recht abgelehnt worden und in der Sache verbraucht. Der neue Antrag hätte spätestens innerhalb von sechs Wochen nach dem Abschluss der medizinischen Rehabilitation gestellt werden müssen, wenn sich wie hier zu einem späteren Zeitpunkt ein Bedarf für LTA ergeben würde.

Mit Urteil vom 29.06.2021, den Beteiligten am 15.07.2021 zugestellt, hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, die bezifferten und weiteren noch nicht bezifferten Kosten der Umschulung zu erstatten. Der Anspruch nach § 16 Abs. 1 SGB IX sei begründet. Die Beklagte habe den bei ihr am 31.05.2018 eingegangenen Leistungsantrag der Versicherten am 13.06.2018 an die Klägerin weitergeleitet und diese habe die Leistungen an die Versicherte als zweitangegangene Reha-Trägerin erbracht. Auch die weitere Voraussetzung, dass die Klägerin als zweitangegangener Reha-Träger nicht selbst für die erbrachte Leistung zuständig sei, sei gegeben. Zuständiger Leistungsträger sei aufgrund der Erfüllung der persönlichen (§ 10 SGB VI) und versicherungsrechtlichen (§ 11 SGB VI) Voraussetzungen nach §§ 9 ff. SGB VI die Beklagte gewesen. Im Falle der Versicherten bestünden nach medizinischer Feststellung unstreitig wesentliche gesundheitliche Einschränkungen, die die Ausübung der letzten versicherungspflichtigen Beschäftigung als Verkäuferin nicht mehr möglich gemacht hätten. Auch die Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 Nr. 2b SGB VI würden vorliegen. Durch die seitens der Klägerin gewährten LTA in Form der Tragung sämtlicher Kosten der Umschulungsmaßnahme zur Kauffrau für Büromanagement könne die Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt werden. Der angestrebte Beruf sei aufgrund der überwiegend sitzenden Tätigkeit geeignet. Auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen seien nach § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI erfüllt. Die LTA seien für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung erforderlich, wobei sich das Erfordernis einer anzuschließenden beruflichen Teilhabeleistung in jedem Zeitpunkt einer medizinischen Rehabilitation ergeben könne. Auch der im Gesetz geforderte unmittelbare Zusammenhang sei gegeben. Der Beginn für die LTA sei ursprünglich für den 21.01.2019 vorgesehen gewesen und nur aufgrund der sicherzustellenden Kinderbetreuung auf den 26.04.2019 verschoben worden. Nach Durchführung der medizinischen Reha hätte auch kein neuer Antrag entgegengenommen werden müssen. Das Bestehen auf einen erneuten Antrag nach Weiterleitung eines entsprechenden bereits bestehenden Antrages widerspreche dem Sinn und Zweck des § 14 SGB IX, da dann die Versicherte zwischen den verschiedenen potentiellen Leistungsträgern hin- und hergeschoben werden würde.

Am 12.08.2021 hat die Beklagte dagegen Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht eingelegt. Umfasse ein Antrag auf Teilhabeleistungen mehrere Leistungen und fielen diese teilweise in die Zuständigkeit anderer Träger, seien diese durch den nach § 14 SGB IX Leistenden bei der umfassenden Feststellung des Rehabilitationsbedarfs zu beteiligen. Eine Antragsweiterleitung erfolge nicht mehr. Vorliegend habe die Klägerin mit Schreiben vom 20.06.2018 erklärt, dass zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs die Einschaltung des Medizinischen Dienstes erforderlich sei. Nachdem keine weitere Mitteilung mehr erfolgt sei, sei die Beklagte gehalten gewesen, den Rehabilitationsbedarf selbst festzustellen; eine Bindung an die Feststellungen erfolge nur innerhalb der Fristen des § 15 Abs. 2 SGB IX. Über die inzwischen bestandskräftige Ablehnung mit Bescheid vom 05.07.2018 sei die Klägerin mit Schreiben vom 06.07.2018 informiert worden. Als diese dann mit Schreiben vom 19.01.2019 mitgeteilt habe, dass LTA für erforderlich erachtet würden, sei der Antrag auf LTA bereits verbraucht gewesen und ein neuer Antrag erforderlich.

Die Beklagte hat beantragt,
das angefochtene Urteil abzuändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin hat beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung hat die Klägerin auf die Ausführungen im Urteil des Sozialgerichts Bezug genommen. Soweit sich Beklagte nun darauf stütze, selbst Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in eigener Zuständigkeit erbracht zu haben, werde dem entgegengetreten. Selbst wenn die Voraussetzungen nach § 16 SGB IX nicht erfüllt wären, so würde sich die Erstattung nach § 104 SGB X richten.

Mit Schreiben vom 27.06.2022 hat die Klägerin den Erstattungsanspruch inklusive Verwaltungskostenpauschale auf 60.601,23 € beziffert. Die Versicherte habe die Abschlussprüfung erfolgreich bestanden und sei zum 03.01.2022 in einem Beschäftigungsverhältnis.

Mit Schreiben der Klägerin vom 19.11.2021 sowie erneut vom 19.08.2022 und mit Schreiben der Beklagten vom 29.11.2021 sowie erneut vom 23.08.2022 haben die Beteiligten ihr Einverständnis zu einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung gemäß § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erteilt.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie der beigezogenen Akten der Beteiligten Bezug genommen.

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

Die statthafte (§§ 143, 144 SGG) und auch im Übrigen zulässige, insbesondere form- und fristgerecht (§ 151 SGG) eingelegte Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht verurteilt, der Klägerin die Kosten der Umschulung der Versicherten zur Kauffrau für Büromanagement zu erstatten.

Der Senat kann ohne mündliche Verhandlung durch Urteil (§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG) entscheiden, weil die Beteiligten hierzu ihr Einverständnis erteilt haben.

Die Klägerin verfolgt ihr Begehren zu Recht mit einer reinen Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 SGG). Es handelt sich um einen Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/ Schmidt, SGG, 13. Aufl. 2020, § 54 Rn. 41 ff.).

Die Klägerin kann ihr Erstattungsbegehren zu Recht auf § 16 Abs. 1 SGB IX stützen. Die von der Beklagten vorgebrachten Einwände greifen nicht durch.

Nach § 16 Abs. 1 SGB IX erstattet der zuständige Rehabilitationsträger die Aufwendungen des leistenden Rehabilitationsträgers nach den für den leistenden Rehabilitationsträger geltenden Rechtsvorschriften, wenn ein leistender Rehabilitationsträger nach § 14 Abs. 2 Satz 4 SGB IX Leistungen erbracht hat, für die ein anderer Rehabilitationsträger insgesamt zuständig ist.

§ 16 SGB IX ist lex specialis zu den allgemeinen Erstattungsansprüchen nach den §§ 102 ff. SGB X und verdrängt diese in ihrem Anwendungsbereich (vgl. BSG, Urteil vom 03.11.2011, B 3 KR 4/11 R, SozR 4-2500 § 33 Nr. 36 unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 08.09.2009, B 1 KR 9/09 R, SozR 4-3250 § 14 Nr. 10 Rn. 11). Die Kostenerstattung im Innenverhältnis der Rehabilitationsträger ist nach der Gesetzesbegründung notwendiges Korrelat des in § 15 Abs. 2 und 3 SGB IX verankerten Prinzips der Leistungserbringung aus einer Hand (vgl. BT-Drs. 18/9522, S. 236 f.).

§ 16 SGB IX steht im Zusammenhang mit den Regelungen in § 14 SGB IX. Nach § 14 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 und Satz 2 SGB IX stellt, wenn Leistungen zur Teilhabe beantragt werden, der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu und unterrichtet hierüber den Antragsteller. Wird der Antrag weitergeleitet, gelten nach § 14 Abs. 2 Satz 4 Halbsatz 1 SGB IX die Sätze 1 bis 3 für den Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, entsprechend, das heißt, der zweitangegangene Träger stellt nach der kraft Verweisung geltenden Regelung des § 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX den Rehabilitationsbedarf anhand der Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX unverzüglich und umfassend fest und erbringt die Leistungen (leistender Rehabilitationsträger) unter Beachtung der Fristen in Satz 2 und Satz 3. Der Mensch mit Behinderungen wird dadurch so gestellt, als hätte er seinen Antrag gleichzeitig bei allen Reha-Trägern gestellt. Er soll aber nur einen Ansprechpartner haben, der - ggf. in Kooperation mit anderen Trägern - alle erforderlichen Leistungen i.S. eines Maßnahmebündels aus einer Hand erbringt. Wer letztlich die Kosten der Rehabilitation trägt, ist im Innenverhältnis zwischen den Leistungsträgern zu klären.

Die Beklagte war materiell-rechtlich zuständiger Rehabilitationsträger (vgl. BSG, Urteil vom 06.03.2013, B 11 AL 2/12 R, juris) für die Erbringung der Maßnahme nach § 9 SGB VI.

Die persönlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB VI) sind - was zwischen den Beteiligten auch nicht streitig ist - erfüllt. Die Erwerbsfähigkeit der Versicherten war aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen, die ihr die Ausübung der letzten versicherungspflichtigen Beschäftigung als Verkäuferin nicht mehr möglich machten, erheblich gefährdet und die vorliegend hinsichtlich der Kostenerstattung streitige Maßnahme ein geeignetes Mittel, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen.

Entgegen der Auffassung der Beklagten waren auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§ 11 SGB VI) erfüllt. Zwar fehlte es im Zeitpunkt der Antragstellung am 31.05.2018 an der Voraussetzung der Erfüllung der Wartezeit von 180 Monaten (§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI). Allerdings liegt ein Fall des § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI vor. Danach werden LTA auch an Versicherte erbracht, wenn sie für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung erforderlich sind. Die LTA sind unmittelbar im Anschluss an die vom 03.08.2018 bis 30.08.2018 durch die Beklagte in der H-Reha Tagesklinik erbrachten Leistungen der medizinischen Rehabilitation erforderlich geworden. Auf den Zeitpunkt der Antragstellung kommt es in dieser Konstellation nicht an.

Ziel der Vorschrift ist es, unter den genannten Voraussetzungen für das gesamte Rehabilitationsverfahren die Zuständigkeit der Rentenversicherung zu begründen, um auch in Fällen einer mehrstufigen Rehabilitation einen zügigen, kontinuierlichen Ablauf des Verfahrens und eine möglichst rasche sowie erfolgreiche Wiedereingliederung des Versicherten in das Erwerbsleben zu gewährleisten (vgl. BT-Drucks. 12/3423, S. 61 Erl. zu Art. 4 Nr. 1 Buchst. b).

Der Träger der Rentenversicherung, hier die Beklagte hat Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI) an die Versicherte erbracht. Die LTA war auch unmittelbar im Anschluss an diese medizinischen Leistungen für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation erforderlich. Der Begriff "unmittelbarer Anschluss" erfordert dabei keinen nahtlosen Übergang zwischen den verschiedenen Leistungen. Vielmehr ist insoweit praktischen Umsetzungsproblemen Rechnung zu tragen, die sich zum Beispiel auf Grund fester Termine von Ausbildungs- oder Weiterbildungslehrgängen ergeben können (BSG, Urteil vom 07.09.2010, B 5 R 104/08 R, SozR 4-3250 § 49 Nr. 1; BSG, Urteil vom 29.01.2008, B 5a/5 R 26/07 R, SozR 4-3250 § 51 Nr. 1). Ferner ist zu berücksichtigen, dass einem Versicherten je nach Erkrankung eine Zeit der Rekonvaleszenz zugestanden werden muss, während der er beruflichen Belastungen noch nicht wieder ausgesetzt werden kann (BSG, Urteil vom 05.02.2009, B 13 R 27/08 R, SozR 4-3250 § 28 Nr. 3). Wegen dieser Unwägbarkeiten kann aus dem Begriff "unmittelbar" keine ausschließlich zeitliche Begrenzung für den Beginn der Anschlussmaßnahme abgeleitet werden. Da § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI die Zuständigkeit der Rentenversicherung für LTA aber in Folge und wegen der von ihr gewährten medizinischen Rehabilitationsleistungen begründet, muss ein inhaltlich notwendiger Zusammenhang zwischen beiden Leistungen hinsichtlich des Erfolgs der Rehabilitation bestehen, d.h. es muss spätestens im Zeitpunkt der Beendigung der medizinischen Rehabilitationsleistung der Bedarf für eine LTA zu Tage treten und deren Voraussetzungen bis zu ihrem Beginn durchgehend vorliegen (vgl. auch BSG, Urteil vom 20.10.2009, B 5 R 44/08 R, BSGE 104, 294). Schließlich müssen die LTA für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation in Form der Integration in den "ersten Arbeitsmarkt" (vgl. Bayerisches LSG, Urteil vom 26.09.2018, L 19 R 444/16, juris) erforderlich sein. Die Vorschrift erfordert damit die Prognose, dass Leistungen zur Teilhabe wahrscheinlich für den Erfolg der Rehabilitation notwendig sind (Jüttner in Hauck/Noftz, SGB, 08/20, § 11 SGB VI, Rn. 25).

Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ergibt sich vorliegend aus den Feststellungen im Entlassungsbericht vom 30.08.2018 und wird dem Grunde nach auch von der Beklagten anerkannt, was sich aus ihrem Schreiben vom 26.09.2019 ergibt. Darin führte die Beklagte aus, dass zwar grundsätzlich die Voraussetzungen des § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI erfüllt wären und die Beklagte auch für die Erbringung der LTA zuständig wäre, wenn das Verfahren bezüglich der beantragten LTA nicht mit der Ablehnung des Antrags durch den Bescheid vom 05.07.2018 bereits abgeschlossen gewesen wäre. Auch der erforderliche Anschluss war gewahrt. Nach dem Entlassungsbericht vom 30.08.2018 war die Tätigkeit als Verkäuferin für die Versicherte nicht mehr leidensgerecht. Eine LTA (zunächst war eine Umschulung zur Industriekauffrau vorgesehen) wurde empfohlen. Dass die Weiterbildungsmaßnahme letztlich erst am 16.04.2019 - und nicht wie ursprünglich geplant am 21.01.2019 - beginnen konnte, war der Tatsache geschuldet, dass die Versicherte aufgrund der Betreuung ihrer

Kinder darauf angewiesen war, einen Platz in einer Maßnahme zu bekommen, die in Teilzeit durchgeführt werden konnte. Auch dies ergibt sich aus den Akten und lässt den erforderlichen Zusammenhang nicht aufgrund von Zeitablauf entfallen. Gleiches gilt für die Notwendigkeit der Maßnahme nach der anzustellenden Prognose.

Die Klägerin hat die LTA gegenüber der Versicherten nach § 14 Abs. 2 S. 4 SGB IX auch erbracht, worüber kein Streit zwischen den Beteiligten besteht.

Nach Weiterleitung des Antrags der Versicherten mit Schreiben vom 13.06.2018 an die Beklagte, war diese als zweitangegangener Träger verpflichtet, die Leistung zu erbringen, selbst dann, wenn sie - wie hier - der Meinung, war nicht zuständig zu sein (vgl. Ulrich in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SG IX, 3. Aufl., § 16 SG IX (Stand: 15.01.2018) Rn. 22).

Auch im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation gilt grundsätzlich das Antragsprinzip. Mit der Antragstellung signalisiert der Antragsteller der Behörde, dass er nunmehr die Einleitung eines Verwaltungsverfahrens (§§ 8 ff. SGB X) begehrt, das grundsätzlich erst mit dem Erlass eines Verwaltungsaktes abgeschlossen wird. Soweit es sich um Leistungen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation handelt, sind dabei außerdem die Regelungen in §§ 14 ff. SGB IX zu beachten. Stellt ein Versicherter erstmals bei einem Träger der Rentenversicherung einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe und sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt, darf der Antrag nicht aus diesem Grunde durch Verwaltungsakt abgelehnt werden. Der angegangene Rentenversicherungsträger hat vielmehr gemäß § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX den Antrag unverzüglich dem seiner Auffassung nach zuständigen Rehabilitationsträger zuzuleiten. Wird der Antrag nicht weitergeleitet, hat der erstangegangene Rentenversicherungsträger den Rehabilitationsbedarf nach § 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX unverzüglich festzustellen. Dabei hat er im Verhältnis zum Versicherten den Anspruch anhand aller Rechtsgrundlagen zu prüfen, die überhaupt in der konkreten Bedarfssituation für Rehabilitationsträger vorgesehen sind (BSG, Urteil vom 26.06.2007, B 1 KR36/06 R, BSGE 98, 277 mwN; BSG, Urteil vom 21.08.2008, B 13 R 33/07 R, BSGE 101, 207 mwN).

Der Senat ist davon überzeugt, dass die Beklagte den Antrag der Versicherten auf LTA vom 31.05.2018 mit Schreiben vom 13.06.2018 an die Klägerin weitergeleitet hat (vgl. § 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX). Zwar könnten Formulierungen in diesem Schreiben Anhaltspunkt dafür sein, dass die Beklagte von einer Konstellation nach § 15 Abs. 2 SGB IX ausgegangen ist. Auch legt die Berufungsbegründung nahe, dass die Beklagte darauf abhebt, den Antrag nicht weitergeleitet zu haben, sondern als zuständiger Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf umfassend hinsichtlich aller Teilhabeleistungen festgestellt zu haben (§ 15 Abs. 2 SGB IX). Allerdings zitiert sie im Schreiben vom 13.06.2018 ausdrücklich § 15 Abs. 1 SGB IX in der Überschrift, der ausnahmsweise eine teilweise Weiterleitung eines Antrags erlaubt. Weiter formuliert die Beklagte, wir leiten "den Antrag mit der Bitte zu, über den weiteren Antrag auf eine Leistung in eigener Zuständigkeit zu entscheiden". Damit macht sie unter Hinweis auf die ihrer Ansicht nach fehlenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen unzweifelhaft deutlich, dass sie von der Klägerin eine eigene Entscheidung über den Antrag erwartet, mithin eine Weiterleitung vornimmt.

Die Überleitung des Antrags an die Klägerin führte zu deren alleiniger Zuständigkeit. Sie war nach § 14 Abs. 2 Satz 4 SGB IX verpflichtet, über die beantragte Leistung in eigener Zuständigkeit zu entscheiden. Leitet ein Rehabilitationsträger einem anderen Rehabiliationsträger einen Teilhabeantrag zu, ist dieser im Verhältnis zum behinderten Menschen nach § 14 Abs. 2 Satz 3 i. V. m. Satz 1 SGB IX grundsätzlich endgültig und im oben dargelegten Sinn umfassend zuständig (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 26.06.2007, B 5 R 5/07 R, SozR 4-3250 § 14 Nr. 8).

Soweit die Agentur für Arbeit Bautzen mit Schreiben vom 20.06.2018 zum einen ihre Zuständigkeit nach § 15 Abs. 1 SGB IX erklärt und zum anderen darauf hingewiesen hat, dass im Falle der Erbringung medizinischer Rehabilitationsleistungen durch die Deutschen Rentenversicherung gemäß § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI auch die Leistungen zur beruflichen Rehabilitation unmittelbar in eigener Zuständigkeit zu erbringen seien, stellt dies keine Zurückweisung des Antrags mit der Folge dar, dass bei der Klägerin kein Antrag mehr anhängig gewesen wäre. Tatsächlich hat diese nachfolgend auch die erforderlichen Leistungen geprüft, festgestellt und erbracht. Der Antrag auf LTA vom 31.05.2018 war im Zeitpunkt der Erbringung der Leistungen noch offen und anhängig.

Weder die Ablehnung der LTA durch die Beklagte gegenüber der Versicherten mit Bescheid vom 05.07.2018 noch der Einwand der Beklagten, es hätte eines "neuen" Antrags durch die Versicherte bedurft, stehen dem Erstattungsanspruch der Klägerin entgegen.

Zwar hat im Rahmen eines Erstattungsverfahrens grundsätzlich jeder Träger die wirksamen Verwaltungsakte des anderen Trägers gegen sich gelten zu lassen (zum Stand der Rechtsprechung vgl. BSG, Urteil vom 20.03.2018, B 2 U 16/16R, Rn. 14 ff. juris). Hiervon gilt wegen der Pflicht der Leistungsträger, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben eng zusammenzuarbeiten (§ 86 SGB X), nur dann eine Ausnahme, wenn ein derartiger Verwaltungsakt sich als offensichtlich fehlerhaft erweist und sich dies zum Nachteil des anderen Leistungsträgers auswirkt. Ein solches die formale Rechtsposition ausnützendes Verhalten verletzt das gesetzliche Gebot der engen Zusammenarbeit (vgl. BSG, Urteil vom 13.09.1984, 4 RJ 37/83, Rn. 19 ff. juris). Bei der Prüfung der offensichtlichen Fehlerhaftigkeit eines Bescheides im Rahmen eines Erstattungsverfahrens kommt es lediglich auf bereits vorhandene tatsächliche Feststellungen an; diese sind unter Zugrundelegung objektiver Gesichtspunkte zu beurteilen. Die "offensichtliche Fehlerhaftigkeit" in diesem Sinne ist nicht gleichbedeutend mit der Nichtigkeit eines Bescheides (§ 40 SGB X), die einen "besonders schwerwiegenden Fehler" des Verwaltungsakts voraussetzt, der "bei verständiger Würdigung der in Betracht kommenden Umstände offensichtlich ist". Der nichtige Verwaltungsakt ist im Gegensatz zu einem offensichtlich fehlerhaften im obigen Sinne von vornherein unwirksam (§ 39 Abs. 3 SGB X), während sich die Problematik der Bindung eines offensichtlich fehlerhaften Bescheides im Erstattungsverfahren nur dann stellt, wenn dieser wirksam war (vgl. BSG, Urteil vom 26.08.2008, B 13 R 37/07 R, Rn. 14 ff. juris).

Der gegenüber der Versicherten erlassene Bescheid vom 05.07.2018 stellt sich als offensichtlich fehlerhaft dar. Die Beklagte lehnte zunächst einen Antrag der Versicherten vom "27.06.2018" ab, obwohl der Antrag tatsächlich vom 31.05.2018 datierte. Mithin könnte sich bereits die Frage stellen, ob die Beklagte formal überhaupt den hier streitigen Antrag abgelehnt hat. Darauf kommt es jedoch nicht an, denn maßgeblich für die offensichtliche Fehlerhaftigkeit des Bescheides ist, dass die Beklagte nach Weiterleitung des Antrags vom 31.05.2018 an die Klägerin nicht befugt war, den weitergeleiteten Antrag auf LTA wegen fehlender versicherungsrechtlicher Voraussetzungen in eigener Zuständigkeit abzulehnen (vgl. für den umgekehrten Fall, der fehlenden Weiterleitung und bindenden Ablehnung: BSG, Urteil vom 10.07.2014, B 10 SF 1/14 R, Rn. 16 ff. juris). Die Weiterleitung des Antrags an die Klägerin bewirkte nämlich die abschließende Zuständigkeit der Klägerin (vgl. Ulrich a.a.O., § 14 SGB IX Rn. 88). Die Beklagte darf sich im Verhältnis gegenüber der Klägerin deshalb nicht auf die Ablehnung des Antrags gegenüber der Versicherten berufen.

Auch kann sich die Klägerin auf die offensichtliche Unrichtigkeit der Leistungsablehnung gegenüber der Beklagten berufen, denn die Beklagte hat die Klägerin nicht über die Ablehnung gegenüber der Versicherten informiert (vgl. BSG, Urteil vom 10.07.2014, B 10 SF 1/14 R, Rn. 21 ff. juris). Zwar findet sich in der Verwaltungsakte der Beklagten ein an die Klägerin adressiertes Informationsschreiben vom 06.07.2018; dieses enthält jedoch weder eine Absendeverfügung noch einen Absendevermerk. Der ablehnende Bescheid der Beklagten - nicht jedoch das Informationsschreiben - ist auch erst zeitlich später nach dem Schreiben an die Versicherte vom 12.11.2018 bei der Klägerin aktenkundig geworden. Bestätigt wird dies durch die Äußerung der Klägerin gegenüber der Beklagten im November 2019, dass sie von der Ablehnung des Antrags durch die Beklagte nichts gewusst habe, als sie ihre Zuständigkeit am 12.11.2018 erklärt habe.

Die Beklagte durfte sich weiter nicht darauf zurückziehen, die Versicherte auf die Möglichkeit einer neuen Antragstellung zu verweisen. Dies ergibt sich sowohl aus dem Wortlaut, als auch aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen und insbesondere dem Sinn und Zweck der Regelungen der §§ 14 ff. SGB IX. Ratio des § 14 SG IX ist die möglichst schnelle Leistungserbringung. Für Menschen mit Behinderungen besteht der wesentliche Vorteil darin, dass im Außenverhältnis ihnen gegenüber die verschiedenen Zuständigkeiten und materiell-rechtlichen Besonderheiten der jeweiligen Leistungsgesetze eine untergeordnete Rolle spielen und erst im Rahmen der Erstattung im Innenverhältnis nach § 16 SGB IX Relevanz erlangen (vgl. Ulrich a.a.O. § 14 SGB IX Rn. 36 ff.).

Dieses Regelungskonzept kann nicht dadurch umgangen werden, dass der nach Weiterleitung des Antrags nicht mehr zuständige Leistungsträger, den Antrag gegenüber der Versicherten ablehnt und diese zu einer erneuten Antragstellung auffordert. Eine derartige Spaltung des Antrags und Konstruktion eines "neuen" Antrags widerspricht dem Regelungskonzept (BayVGH, Urteil vom 17.09.2002, 12 CE 02.688, juris; Ulrich a.a.O. § 14 SGB IX Rn. 92). Der Antrag vom 31.05.2018 war nach Weiterleitung bei der Klägerin anhängig und in Bearbeitung.

Auf die Frage, ob ein Erstattungsanspruch nach § 104 SGB X - wie von der Klägerin hilfsweise vorgebracht - besteht, kommt es nicht an. Denn die Klägerin dringt mit ihrem Anspruch nach § 16 Abs. 1 SGB IX durch. Überdies verdrängt § 16 SGB IX in seinem Anwendungsbereich die allgemeinen Erstattungsregelungen nach den §§ 102 ff. SGB X (vgl. BSG, Urteil vom 03.11.2011, B 3 KR 4/11 R, Rn. 11 juris).

Die zuletzt mit 57.715,46 € endgültig bezifferte Erstattungssumme begegnet keinen Bedenken, die Beklagte hat diese auch nicht angezweifelt. Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 16 Abs. 3 Satz 1 SGB IX in Höhe von 2.885,77 € macht die Klägerin zu Recht geltend.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision gemäß § 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-01-26