

L 5 R 5457/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 12 R 138/08
Datum
10.11.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 R 5457/11
Datum
07.08.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 10.11.2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Erstattung bzw. Freistellung von Kosten einer bei dem Beigeladenen durchgeführten Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitationsphase im Zuge einer RPK-Maßnahme (Maßnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker)) i. H. v. 19.477,32 EUR (Zeitraum 1.7.2007 bis 31.12.2007).

Der 1978 geborene Kläger ist gelernter Isolierspengler (Lehre in der Schweiz) und hat diesen Beruf von 1996 bis 2002 ausgeübt. Im Jahr 2000 trat beim Kläger eine psychische Erkrankung auf; er wurde drogenabhängig (u.a. Kokain, Heroin, LSD, Marihuana). Nach Angaben des Klägers und seiner behandelnden Ärzte konsumiert der Kläger mittlerweile seit mehreren Jahren keine Drogen mehr. Mit Beschlüssen vom 9.9.2009 (8 XVII 93/09) und 4.3.2011 ordnete das Amtsgericht W.-T. für den Kläger rechtliche Betreuung für die Bereiche Vermögenssorge, Gesundheitsfürsorge und Aufenthaltsbestimmung mit Einwilligungsvorbehalt für die Vermögenssorge an.

Am 14.10.2003 hatte der Kläger (im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung nach § 125 SGB (Sozialgesetzbuch) III) Rehabilitationsleistungen des Rentenversicherungsträgers beantragt. Mit Bescheid vom 4.5.2004 wurde die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abgelehnt. Auf den dagegen eingelegten Widerspruch des Klägers wurde das Gutachten der Psychiaterin und Psychotherapeutin Dr. S. vom 25.10.2004 erhoben. Diese diagnostizierte (u.a.) eine paranoide Schizophrenie, V. a. unvollständige Remission. Der Kläger sei nicht uneingeschränkt arbeitsfähig. Eine nervenärztliche Behandlung auch unter Einbeziehung verhaltenstherapeutischer Aspekte in Bezug auf die Wahnhinhalte sei dringend indiziert. Die Langzeitprognose sei eher skeptisch zu beurteilen. Der Kläger sei nur 3 bis unter 6 Stunden täglich leistungsfähig.

Mit Bescheid vom 2.5.2005 wurde dem Kläger eine Zeitrente wegen voller Erwerbsminderung vom 1.1.2004 bis 31.12.2006 bewilligt (ab 1.6.2005 monatlich 264,31 EUR). Mit Bescheid vom gleichen Tag wurde ihm außerdem Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung längstens bis zur Vollendung des 65. Lebensjahrs bewilligt. Die Rente wegen voller Erwerbsminderung wurde in der Folgezeit mehrfach - zuletzt bis 31.12.2014 - verlängert. Dem lag das Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. Sc.-B. vom 5.12.2012 zugrunde (Diagnose: u.a. schizophrene Psychose mit Residualzustand; Leistungsfähigkeit derzeit 3 bis 4 Stunden täglich, weitere Besserung bei Behandlung in den kommenden 2 bis 3 Jahren möglich).

Am 20.11.2006 beantragte der Kläger bei der Rechtsvorgängerin der Beklagten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation). Der Beigeladene beantragte unter dem 10.11.2006 bzw. 16.11.2006 (für den seit 2.1.2006 zur Durchführung der medizinischen Rehabilitationsphase nach dem RPK-Verfahren bei ihr betreuten Kläger) eine Maßnahme im Berufsbildungsbereich zur Vorbereitung einer versicherungspflichtigen Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vom 1.1.2007 bis 13.12.2007 (berufliche Phase der RPK-Maßnahme). Beigefügt war der Abschlussbericht des Leitenden Arztes des Beigeladenen, Facharzt für Psychiatrie Dr. M. vom 14.11.2006. Der Kläger habe von den medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen gut profitiert. Es sei eine sichtliche Beruhigung des langjährig bestehenden Krankheitsbildes gelungen, wobei eine klare Distanzierung von der bisherigen Lebensführung mit unbedingter Drogenabstinenz hinzukomme. Damit bestünden die gesundheitlichen Voraussetzungen, um den Kläger nunmehr gezielt beruflich weiter zu fördern.

Die Beklagte holte die Stellungnahme der Nervenärztin, Sozialmedizinerin und Fachärztin für Rehabilitationswesen Be. vom 5.12.2006 ein. Darin wurde die vom Beigeladenen beantragte Maßnahme als sinnvoll und indiziert bezeichnet. Von einer positiven Erwerbsprognose könne aber nicht ausgegangen werden; anzunehmen sei nur, dass der Kläger ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Leistung im Berufsbildungsbereich der angegliederten WfB erbringen könne. Der weitere Verlauf bleibe abzuwarten.

Mit an den Kläger adressierten Bescheid vom 9.1.2007 lehnte die Beklagte den Antrag ab; die Erwerbsfähigkeit des Klägers könne durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden. Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bestehe derzeit keine positive Erfolgsprognose. Auf den Widerspruch des Klägers (und die Berichte des Beigeladenen vom 2.2.2007 und 9.3.2007: keine Vorbereitung auf die Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) beantragt, sondern konkrete Wiedereingliederung in das Arbeitsleben über ein drei-monatiges Praktikum in einer Sanitär- und Blechernerfirma; dort Tätigkeit des Klägers seit 12.2.2007 - nach 12-monatiger Drogenfreiheit und konsequenter Einnahme der verordneten Medikamente sei er bezogen auf die rehabilitative Vergleichsgruppe überdurchschnittlich geeignet) bewilligte die Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 4.4.2007 eine berufliche Integrationsmaßnahme als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Maßnahme dauere voraussichtlich 6 Monate und werde bei dem Beigeladenen durchgeführt.

Mit Schreiben vom 15.5.2007 beantragte der Beigeladene die Verlängerung der Reha-Maßnahme um ein Jahr bis 30.6.2008. Im Antragsschreiben ist (u.a.) ausgeführt, nach anfänglichem Erfolg eines externen Praktikums habe sich nach sechs Wochen herausgestellt, dass der Kläger das Gefühl hatte, wegen seiner psychischen Erkrankung gehänselt zu werden und wohl auch tatsächlich gehänselt worden sei. Er sei nicht in der Lage gewesen, den Chef um Umsetzung in eine andere Gruppe zu bitten und habe das Praktikum deshalb nicht fortführen können. Man habe ihn nochmals in den arbeitstherapeutischen Bereich des Reha-Zentrums zurückgeholt und wolle mit ihm gezielt Problemlösungsstrategien erarbeiten. Der Kläger sei, weil er in neuen Situationen die Angst habe, die Leute würden über ihn schlecht denken und er sich dann zurückziehe, in die Angstgruppe aufgenommen worden. Er beziehe alles auf sich und könne Situationen schwer realistisch einschätzen. Ein Praktikum zu einem späteren Zeitpunkt sei geplant.

Die Beklagte holte die (weitere) Stellungnahme der Ärztin Be. vom 19.6.2007 ein. Darin heißt es, man sei bei insgesamt wenig konkreten Angaben (ursprünglich) davon ausgegangen, dass es sich bei der beantragten Berufsbildungsmaßnahme um eine Tätigkeit in der dem Beigeladenen angegliederten WfbM handle; eine positive Erwerbsprognose sei nicht gesehen worden. Mittlerweile habe der Kläger mitgeteilt, er wolle in absehbarer Zeit ein externes Praktikum in einem Ausbildungsberuf absolvieren. Deswegen habe der Beigeladene um einen ungefähren Zeitplan für das nächste halbe Jahr gebeten. Dem sei zu entnehmen, dass der Kläger seit 12.2.2007 bei einer Sanitär- und Blechernerfirma ein Praktikum ableisten und dort zunächst 3 Monate bleiben solle; ggf. sei eine Verlängerung des Praktikums vorgesehen und man erhoffe sich eine Übernahme des Klägers nach dem Praktikum. Daraufhin sei dem Kläger eine Integrationsmaßnahme bewilligt worden. Nunmehr habe der Beigeladene mit Schreiben vom 15.5.2007 jedoch mitgeteilt, dass der Kläger zwar die ersten sechs Wochen des Praktikums positiv bewältigt habe, nach einer Umsetzung innerhalb des Betriebs jedoch wieder paranoide Symptome aufgetreten seien. Das Praktikum sei daraufhin beendet und der Kläger nochmals in den arbeitstherapeutischen Bereich des Reha-Zentrums zurückgeholt und in eine Angstgruppe integriert worden. Angesichts des Scheiterns der bewilligten Integrationsmaßnahme sei der Verlängerungsantrag nicht nachvollziehbar. Dies sei anlässlich eines Besuchs bei dem Beigeladenen auch angesprochen worden. Dort sehe man allerdings weder die Notwendigkeit noch sei man dazu bereit, gegenüber der Beklagten konkret anzugeben, welche beruflichen Maßnahmen im Einzelnen geplant seien. Beantragt werde generell die berufliche RPK-Phase, die inhaltliche Gestaltung sei nicht Gegenstand des Antrags. Beim Kläger handle es sich - so der Beigeladene - um einen der leistungsfähigeren Rehabilitanden, dem man eine Wiedereingliederung in seinem Beruf durchaus zutraue. Das ändere allerdings nichts daran, dass der Kläger aktuell aufgrund erneuter psychotischer Symptome die Integrationsmaßnahme habe abbrechen müssen und für LTA derzeit nicht belastbar sei. Die jetzt vorgesehenen Maßnahmen (Arbeitstherapie, Angstgruppe) seien medizinisch sinnvoll, allerdings eher der medizinischen als der beruflichen Rehabilitationsphase der RPK zuzuordnen. Eine positive Erwerbsprognose bestehe derzeit nicht.

Mit (an den Beigeladenen gerichteten) Bescheid vom 27.6.2007 lehnte die Beklagte den Verlängerungsantrag ab.

Am 18.7.2007 legte der Kläger Widerspruch ein. Der Beigeladene legte am 16.7.2007 ebenfalls Widerspruch ein. Die Argumentation, dass die medizinische Rehabilitation fortgesetzt werden müsse, sei ungewöhnlich, da die Gesamtmaßnahme einen fließenden Übergang vom medizinischen zum beruflichen Teil vorsehe und die Beklagte bisher sowohl Kostenträger der medizinischen als auch der beruflichen Leistungen gewesen sei. Die Beklagte erhob daraufhin die (ergänzende) Stellungnahme der Ärztin Be. vom 3.8.2007. Darin heißt es, der Kläger habe das erste Praktikum abbrechen müssen, weil er wieder psychotisch geworden sei. Damit sei eine positive Erwerbsprognose derzeit nicht zu stellen. Neue Gesichtspunkte hätten sich nicht ergeben.

Mit Schreiben vom 13.8.2007 teilte die Beklagte dem Kläger mit, es müsse bei der (Ablehnungs-)Entscheidung bleiben. Wegen der Weiterführung der vorgesehenen Maßnahme möge sich der Kläger mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen.

Die Reha-Maßnahme (berufliche Rehabilitationsphase der RPK) bei dem Beigeladenen wurde - ungeachtet der Ablehnung des Verlängerungsantrags durch die Beklagte - fortgesetzt. Hierfür stellte der Beigeladene der Beklagten durch an diese gerichtete Rechnungen Kosten für die Zeit von Juli bis Dezember 2007 über einen Gesamtbetrag von 19.477,32 EUR wie folgt in Rechnung:

Rechnung vom 31.7.2007 Juli 2007 3.249,11 EUR Rechnung vom 31.8.2007 August 2007 3.249,11 EUR Rechnung vom 30.9.2007 September 2007 3.144,30 EUR Rechnung vom 31.10.2007 Oktober 2007 3.313,90 EUR Rechnung vom 30.11.2007 November 2007 3.207,00 EUR Rechnung vom 31.12.2007 Dezember 2007 3.313,90 EUR

Mit Widerspruchsbescheid vom 10.12.2007 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück, worauf der Kläger am 8.1.2008 Klage beim Sozialgericht Freiburg erhob.

Am 9.1.2008 beantragte der Beigeladene erneut die Verlängerung der Reha-Maßnahme. Der Kläger habe mittlerweile gute Fortschritte gemacht und befinde sich seit ca. 8 Wochen in einem zweiten externen Praktikum. Für 2008 solle erneut ein Einsatz im Ausbildungsberuf des Klägers versucht werden. Der Kläger werde auf jeden Fall wieder den Einstieg in den allgemeinen Arbeitsmarkt schaffen. Deswegen werde die Verlängerung der Reha-Maßnahme vom 1.1.2008 bis 30.6.2008 beantragt.

Mit Schreiben vom 18.1.2008 teilte die Beklagte dem Kläger mit, der Beigeladene habe die Verlängerung der Reha-Maßnahme vom 1.1.2008 bis 30.6.2008 beantragt. Man habe die Verlängerung der mit Bescheid vom 4.4.2007 bewilligten Leistung über den 30.6.2007 hinaus allerdings mit Bescheid vom 27.6.2007 abgelehnt; deswegen sei derzeit ein Klageverfahren anhängig. Man werde die Entscheidung über den erneuten Verlängerungsantrag bis zum Abschluss des Klageverfahrens zurückstellen.

Der Beigeladene teilte dem Sozialgericht unter dem 28.8.2008 mit, der Kläger befinde sich weiterhin im externen Praktikum bei der Firma F. GmbH. Er habe sich dort gut eingearbeitet und bewältige mittlerweile einen Sechstudentag. Bei Arbeiten in der Werkstatt sei auch ein Achtstudentag möglich.

Mit Schreiben vom 9.12.2008 beantragte der Beigeladene (erneut) die Verlängerung der Reha- Maßnahme bis 31.12.2008; auch über diesen Antrag ist noch nicht entschieden worden. Der Beigeladene führte aus, zwar sei der angestrebte Arbeitsvertrag mit der Firma F. GmbH nicht zu Stande gekommen, der Kläger habe sich aber beruflich soweit stabilisiert, dass eine Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt bei weiterer intensiver Begleitung derzeit nur an der aktuellen Arbeitsmarktlage scheitere. Unter dem 12.12.2008 wurde ergänzend mitgeteilt, die Überleitung in ein betreutes Wohnen sei gescheitert, da der Kläger wegen der Absage des Arbeitgebers (Firma F. GmbH) wieder psychisch labil geworden sei. Er befinde sich daher erneut in einem Wohnheim unter intensiver Betreuung, wobei eine Stabilisierung habe erreicht werden können.

Unter dem 10.2.2009 wurde mitgeteilt, der Kläger habe zum 21.1.2009 befristet auf 3 Monate einen Einsatzvertrag und einen Rahmenarbeitsvertrag mit einem Schweizer Unternehmen abschließen können. Insgesamt habe sich die negative Erwerbsprognose der Beklagten daher als fehlerhaft erwiesen.

Der Arbeitsvertrag mit dem Schweizer Unternehmen wurde (wegen Arbeitsmangels) zum 27.2.2009 aufgelöst. Am 30.7.2009 wurde erneut ein Einsatzvertrag zum 30.7.2009 abgeschlossen; seit 3.8.2009 war der Kläger als Isolierspengler bei dem Schweizer Unternehmen beschäftigt.

Am 31.12.2010 beendete der Kläger die Reha-Maßnahme bei dem Beigeladenen. Im (an einen behandelnden Arzt des Klägers) gerichteten Abschlussbericht des Beigeladenen vom 15.12.2008 ist (u.a.) ausgeführt, man habe die grundsätzlichen handwerklichen Fähigkeiten und Kompetenzen des Klägers im erlernten Beruf durch entsprechendes Training wieder reaktivieren können. Problematisch sei jedoch im gesamten Zeitraum ein durch Persönlichkeit und Krankheit geprägtes nicht ganz angemessenes Sozialverhalten des Klägers. Letztendlich habe trotz vorhandener Arbeitsfähigkeit aus den Praktika kein reguläres Arbeitsverhältnis für die Zeit nach dem Ende der Reha-Maßnahme abgeleitet werden können.

Vom 18.5.2011 bis 15.9.2011 absolvierte der Kläger auf Kosten der Krankenversicherung (wegen Spielsucht) eine stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung (Entwöhnungstherapie) in der A. Klinik, R ... Im Entlassungsbericht vom 14.12.2011 sind die Diagnosen Polytoximanie, pathologisches Spielen und paranoide Schizophrenie festgehalten. Der Kläger könne schwere Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts (unter qualitativen Einschränkungen) 6 Stunden täglich und mehr verrichten. Dieser Leistungseinschätzung trat Dr. Sc.-B. im Rentengutachten vom 5.12.2012 entgegen (Leistungsfähigkeit nur 3 bis 4 Stunden täglich).

Das Sozialgericht befragte die Firma F. GmbH. Diese teilte unter dem 4.7.2011 mit, der Kläger sei erstmals vom 25.9.2000 bis 24.9.2002 als Isolier-Monteur und in der Werkstatt beschäftigt worden. Das Arbeitsverhältnis habe durch Fristablauf geendet; der Kläger sei aber bereits ab Dezember 2001 krankgeschrieben gewesen. Im Rahmen einer Reha-Maßnahme habe er vom 6.5.2008 bis 22.9.2008 ein Praktikum absolviert (Arbeitszeiten Montag bis Donnerstag 7:00 Uhr bis 16:00 Uhr, Freitag 7:00 Uhr bis 15:00 Uhr). Die Arbeitsleistung des Klägers sei in jeder Hinsicht normal gewesen. Man habe auch erwogen, den Kläger nach Ablauf des Praktikums in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis zu übernehmen. Das sei jedoch an der schwachen Auftragslage gescheitert.

Die Beklagte teilte unter dem 26.7.2011 mit, der Zeitrente des Klägers wegen voller Erwerbsminderung liege ein Leistungsvermögen von täglich 3 bis unter 6 Stunden zu Grunde; der Rentenanspruch beruhe daher auf der Verschllossenheit des Arbeitsmarkts.

Am 10.11.2011 fand die mündliche Verhandlung vor dem Sozialgericht statt. Der Kläger gab an, er sei vollschichtig erwerbsfähig aus der stationären Rehabilitationsbehandlung in der A. Klinik entlassen worden. Seit 7 Jahren nehme er keine Drogen mehr. Er wohne derzeit wieder im betreuten Wohnen und bemühe sich um eine regelmäßige Tagesstruktur. Er beabsichtige, sich irgendwann wieder eine Arbeitsstelle, zunächst halbtags, zu suchen. Für die Zeit von Juli bis Dezember 2007 habe ihm der Beigeladene keine Kosten in Rechnung gestellt, sondern die Rechnungen immer an die Beklagte gerichtet; von ihm seien keine Zahlungen zu erwarten gewesen.

Mit Urteil vom 10.11.2011 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der Kläger habe den ursprünglich auf die Gewährung einer Sachleistung gerichteten Klageantrag im Rahmen einer zulässigen Klageänderung auf einen Kostenerstattungsantrag umgestellt, nachdem er die begehrte Sachleistung erhalten habe. Im Streit sei nur der Zeitraum vom 1.7.2007 bis 31.12.2007. Der Kläger könne die Erstattung der während der streitigen Zeit entstandenen Kosten für die beim Beigeladenen absolvierte Reha-Maßnahmen nicht beanspruchen. Aufwendungen für eine selbstbeschaffte Leistung stünden nicht in Rede, da dem Kläger Kosten nicht entstanden seien. Der Beigeladene habe seine Leistungen (während der streitigen Zeit) ohne Kostenzusage eines Sozialversicherungsträgers tatsächlich weiter erbracht und Kostenforderungen gegen den Kläger nicht erhoben. Die vom Beigeladenen ausgestellten Rechnungen richteten sich nur an die Beklagte und nicht an den Kläger. Ein privatrechtliches Rechtsverhältnis zwischen dem Kläger und dem Beigeladenen, das als Rechtsgrundlage für Forderungen gegen den Kläger in Betracht kommen könnte, habe nicht bestanden.

Auf das ihm am 25.11.2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 12.12.2011 Berufung eingelegt. Er trägt vor, der Beigeladene habe die Rechnungen (für die streitige Zeit vom 1.7.2007 bis 31.12.2007) nur deshalb an die Beklagte gerichtet, weil dies der bisherigen Praxis während der Zeit der Kostenübernahme entsprochen habe. Der Beigeladene habe die Leistungen für ihn tatsächlich erbracht. Dadurch sei ein privatrechtliches Rechtsverhältnis begründet worden. Da er wegen seiner finanziellen Verhältnisse zum Rechnungsausgleich nicht in der Lage gewesen sei, habe der Beigeladene davon abgesehen, ihm die Leistungen in Rechnung zu stellen. Die Fortsetzung der Reha-Maßnahme über den 30.6.2007 hinaus sei notwendig gewesen, um ihn wieder in den Arbeitsmarkt eingliedern zu können. Er und auch der Beigeladene hätten davon ausgehen dürfen, dass die Beklagte die Kosten auch über den 30.6.2007 hinaus übernehmen werde. Eine

Unterbrechung der Maßnahme bis zur endgültigen Klärung hätte den Erfolg der gesamten Reha-Maßnahme infrage gestellt. Da die Beklagte die Verlängerung der Reha-Maßnahme zu Unrecht abgelehnt habe, müsse sie ihm die Kosten erstatten.

Der Kläger hat auf Nachfrage des Senats vorgetragen, der Beigeladene habe ihm Kosten für die in der streitigen Zeit erbrachten Leistungen (doch) in Rechnung gestellt. Deswegen sei derzeit ein gerichtliches Mahnverfahren anhängig. Er könne die Kosten nicht zahlen. Die Beklagte müsse ihn hiervon freistellen.

Der Kläger hat auf Anforderung des Senats folgende an seinen Betreuer (S. Landkreis W. e.V.) gerichtete Rechnungen des Beigeladenen vorgelegt:

Rechnung vom 31.7.2007 Juli 2007 3.313,90 EUR Rechnung vom 31.8.2007 August 2007 3.313,90 EUR Rechnung vom 30.9.2007 September 2007 3.207,00 EUR Rechnung vom 31.10.2007 Oktober 2007 3.313,90 EUR Rechnung vom 30.11.2007 November 2007 3.207,00 EUR Rechnung vom 31.12.2007 Dezember 2007 3.313,90 EUR

Weitere gleichartige und ebenfalls an den Betreuer des Klägers gerichtete Rechnungen des Beigeladenen wurden für die Zeit von Januar 2008 bis Dezember 2008 vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 10.11.2011 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 27.6.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10.12.2007 zu verurteilen, ihm für die vom Beigeladenen während der Zeit vom 1.7.2007 bis 31.12.2007 erbrachten Leistungen (berufliche Rehabilitationsphase einer RPK-Maßnahme) Kosten i. H. v. 19.477,32 EUR zu erstatten bzw. ihn von entsprechenden Kostenforderungen des Beigeladenen freizustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beigeladene stellt keinen Antrag.

Die Beklagte hält das angefochtene Urteil für zutreffend und trägt ergänzend vor, für den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch gebe es keine Rechtsgrundlage. Sie habe für die streitige Zeit eine Kostenübernahmeerklärung nicht abgegeben und Rechnungen des Beigeladenen nicht beglichen. Die nunmehr vorgelegten, an den Betreuer des Klägers adressierten Rechnungen des Beigeladenen änderten nichts. In den bislang vorliegenden Rechnungen sei sie als Rechnungsadressat benannt gewesen. Die Ablehnung der Gewährung einer Reha-Maßnahme über den 30.6.2007 hinaus sei rechtmäßig. Erkenntnisse, die die seinerzeit angestellte (negative) Erwerbsprognose infrage stellen könnten, lägen nicht vor. Trotz der Fortführung der Reha-Maßnahme habe der Kläger bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht in den allgemeinen Arbeitsmarkt eingegliedert werden können. Die Zeitrente wegen voller Erwerbsminderung müsse deshalb bis 31.12.2014 weitergewährt werden. Während der streitigen Zeit hätten der Kläger bzw. der Beigeladene die Reha-Maßnahme ohne Kostenzusage weitergeführt. Hätte der Kläger bei Einstellung der Reha-Maßnahme eine Gefährdung des Gesamterfolges der Reha Maßnahme befürchtet, hätte er ggf. um einstweiligen Rechtsschutz nachsuchen können.

Der Beigeladene hat gegen den Kläger mittlerweile Klage beim Landgericht Waldshut-Tiengen wegen der Vergütung der von ihm während der Zeit vom 1.7.2007 bis 31.12.2008 erbrachten Leistungen erhoben (Verfahren 2 O 172/12). Das Landgericht hat das Klageverfahren mit Beschluss vom 22.2.2013 im Hinblick auf das vorliegende Berufungsverfahren ausgesetzt.

Auf Nachfrage des Berichterstatters hat der Beigeladene unter dem 9.7.2013 ausgeführt, bei Ablehnung des Verlängerungsantrags habe sich der Kläger in einem medizinisch-beruflichen Rehabilitationsverfahren nach dem RPK-Konzept befunden. Danach hätten Versicherte Anspruch auf medizinische Förderleistungen, wenn mindestens die Verschlimmerung bzw. Chronifizierung der Erkrankung vermieden oder abgemildert werden könne. Das sei beim Kläger der Fall gewesen. Er habe deutlich vom medizinischen Förderabschnitt profitiert. Es sei gelungen, das sehr schwerwiegende Psychose-Krankheitsbild zu bessern. Man habe insbesondere seit Jahren bestehende Halluzinationen und Wahnvorstellungen bessern und in den Hintergrund drängen können. Damit seien die Voraussetzungen geschaffen worden, dass sich der Handlungsspielraum des Klägers insbesondere in der sozialen Interaktion habe verbessern können. Im Rahmen dieser deutlich positiven Entwicklung sei nun der Wechsel von der medizinischen in die berufliche Phase des RPK-Verfahrens gefallen. Die Rehabilitation nach dem RPK-Konzept sei als Gesamtverfahren konzipiert, wobei innerhalb der beiden Hauptphasen ein Kostenträgerwechsel vorgesehen sei.

Im Hinblick auf die Erfahrungen und den klinischen Zustand des Klägers habe man eine positive berufliche Perspektive bejaht und diese Sachlage in einem entsprechenden Gutachten gegenüber der Beklagten dargestellt. Deren Ablehnungsentscheidung habe sich inhaltlich darauf bezogen, dass eine positive berufliche Perspektive nicht angenommen werden könne. Die Beklagte habe den Kläger allerdings weder untersucht noch plausible Gründe für ihre Einschätzung genannt. Deshalb habe man die Entscheidung nicht nachvollziehen können und der Kläger habe Widerspruch eingelegt. Man habe gehofft, die Beklagte von der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit des Verfahrens zu überzeugen.

Seine (des Beigeladenen) und auch des Klägers Haltung, die begonnene Maßnahme trotz der Ablehnungsentscheidung der Beklagten weiter durchzuführen und auf eine Einigung mit dieser zu hoffen, sei zentral auch in der klinischen und persönlichen Situation des Klägers begründet gewesen. In der gegebenen Situation hätte die Entlassung des Klägers die mühsam erreichten Fortschritte (des ersten (medizinischen) Reha-Abschnitts) gefährdet. Sowohl ein Drogen- bzw. Alkoholrückfall als auch eine Verschlimmerung der Erkrankung mit erneuter Klinikbehandlung wäre hoch wahrscheinlich gewesen. Außerdem hätte man den Kläger praktisch in völlig ungeklärte Verhältnisse entlassen müssen, da die Aufnahme im häuslichen Umfeld fraglich gewesen wäre. Daher sei die Weiterführung der Maßnahme nach ärztlicher Einschätzung und auch nach Auffassung des Klägers seinerzeit notwendig gewesen. Die Ablehnungsgründe der Beklagten hätten in keiner Weise eingeleuchtet. Der Kläger sei über die Sachlage informiert worden. Er habe die berufliche Maßnahme fortsetzen wollen. Man habe die Beklagte über die Fortsetzung der Maßnahme sowohl durch die mehrfach begründeten Widersprüche als auch durch die

Rechnungsstellung in Kenntnis gesetzt. Für die Zeit von Juli 2007 bis Dezember 2008 sei man in Vorleistung getreten und habe vor Eintritt der Verjährung einen Mahnbescheid beantragen müssen. Über den Dezember 2008 hinaus stünden keine weiteren Kostenforderungen im Raum.

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

Entscheidungsgründe:

I. Die Berufung des Klägers ist gem. [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne Zulassung durch das Sozialgericht statthaft; der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) (750 EUR) ist bei einem geltend gemachten Erstattungsanspruch von 19.477,32 EUR überschritten. Die Berufung ist auch sonst gem. [§ 151 SGG](#) zulässig.

Gegenstand des Berufungsverfahrens sind Leistungen, die der Beigeladene für den Kläger während der beruflichen Rehabilitationsphase der RPK-Maßnahme (im Anschluss an die medizinische Rehabilitationsphase) vom 1.7.2007 bis 31.12.2007 erbracht hat. Der Leistungszeitraum ist bei Klageerhebung am 8.1.2008 bereits verstrichen gewesen, weshalb sich der Klagantrag des Klägers (sachdienlich ausgelegt) insoweit nicht auf die Gewährung der Reha-Maßnahme als Sachleistung, sondern von vornherein nur auf Erstattung der Kosten für die bereits durchgeführte bzw. (selbst) beschaffte Reha-Maßnahme gerichtet hat. Eine Klageänderung liegt daher ebenso wenig vor, wie die (nicht als Klageänderung geltende) Fallgestaltung des [§ 99 Abs. 3 Nr. 3 SGG](#); diese Vorschrift ist einschlägig, wenn der Kläger sich die ursprünglich klageweise geltend gemachte Sachleistung während des Gerichtsverfahrens selbst beschafft hat und sodann Kostenerstattung begehrt (vgl. etwa LSG Bayern, Urt. v. 26.2.2013, - [L 19 R 918/12](#) -). Die Klage (soweit sie Gegenstand des Berufungsverfahrens ist) ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zulässig. Die Beklagte hat die beantragte Verlängerung der Reha-Maßnahme ab 1.7.2007 mit Bescheid vom 27.6.2007 bzw. Widerspruchsbescheid vom 10.12.2007 abgelehnt. Diese Bescheide müssen angefochten werden; andernfalls würden sie bindend ([§ 77 SGG](#)) und stünden (auch) dem Kostenerstattungsbegehren des Klägers entgegen. Ein gesondertes Verwaltungsverfahren, das den Kostenerstattungsanspruch zum Gegenstand hätte, ist nicht durchzuführen.

Die Krankenkasse und die Agentur für Arbeit sowie der Sozialhilfeträger sind - wie noch darzulegen sein wird - nicht beizuladen.

II. Die Berufung des Klägers ist nicht begründet. Ihm steht (was allein in Betracht kommt) gegen die Beklagte ein Anspruch auf Freistellung von Kostenforderungen des Beigeladenen für die Fortführung der beruflichen Reha-Maßnahme von Juli bis Dezember 2007 nicht zu.

1.) Gem. [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) ist der Rehabilitationsträger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen des Versicherten für eine selbst beschaffte Rehabilitationsleistung verpflichtet, wenn er eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Diese Regelung gilt nach der Rechtsprechung des 5. Senats des BSG (Urt. v. 20.10.2009, - [B 5 R 5/07 R](#) -) unmittelbar auch im Bereich der Rentenversicherung, da [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#) trägerübergreifend Kostenerstattungsansprüche für selbst beschaffte Teilhabeleistungen normiert. Andernfalls müsste man nach der Rechtsprechung des 13. Senats des BSG (Urt. v. 21.8.2008, - [B 13 R 33/07 R](#) -) die gleichlautende Erstattungsregelung in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) entsprechend anwenden. Da die Erstattungsvorschrift des [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) der Erstattungsvorschrift des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) nachgebildet ist, sind die zur Auslegung und Anwendung des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) entwickelten Rechtsgrundsätze maßgeblich.

Unaufschiebbarkeit der Leistung i. S. d. [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) bzw. [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) setzt danach regelmäßig eine Notfallsituation voraus. Der übliche Beschaffungsweg muss mit einer für den Berechtigten unvermeidbaren und unzumutbaren Verzögerung verbunden sein, wodurch - namentlich bei Krankenbehandlungen - medizinische Risiken drohen, die die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder die Besserung des Gesundheitszustandes gefährden könnten. Hierbei kommt es ausschließlich auf die objektive Bedarfssituation, jedoch nicht auf private Dispositionen des Versicherten oder termingebundene Zusagen des Leistungserbringers an (vgl. dazu näher Senatsurteil vom 22.7.2009, - [L 5 KR 5833/08](#) -). Liegt Unaufschiebbarkeit der Leistung nicht vor, setzt der Kostenerstattungsanspruch voraus, dass die (selbst beschaffte) Leistung notwendig war, der zuständige Leistungsträger sie zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten Kosten entstanden sind. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschriften in [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) bzw. [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) muss zwischen dem die Haftung des Leistungsträgers begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen. Daran fehlt es, wenn der Leistungsträger vor Inanspruchnahme der Leistung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre. Der Kostenerstattungsanspruch reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch (Primäranspruch). Er tritt an dessen Stelle und setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, welche der zuständige Leistungsträger allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen hat (vgl. etwa Senatsurteil vom 23.11.2011, - [L 5 KR 2519/11](#) - m. N. zur Rspr. des BSG). Dem Versicherten müssen schließlich Kosten entstanden sind, wobei es genügt, wenn er einer Honorarforderung des Leistungserbringers ausgesetzt ist; insoweit umfasst [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) bzw. [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) auch einen entsprechenden Freistellungsanspruch (BSG, Urt. v. 23.7.1998, - [B 1 KR 3/97 R](#) -; Urt. v. 28.3.2000, - [B 1 KR 21/99 R](#) -; Urt. v. 27.3.2007, - [B 1 KR 25/06 R](#) -). Die Honorarforderung des Leistungserbringers muss aber (öffentlich-rechtlich oder zivilrechtlich) wirksam sein (vgl. dazu etwa BSG, Urt. v. 11.9.2012, - [B 1 KR 3/12 R](#) - zu privatärztlichen Behandlungen und deren Abrechnung nach GOÄ bzw. Krankenhausleistungen; jurisPK-SGB V/Helbig, [§ 13 Rdnr. 63](#)).

Rehabilitationsträger i. S. d. [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) ist der zuständige und damit der nach [§ 14 SGB IX](#) verantwortliche Rehabilitationsträger, also entweder der erstangegangene oder der im Wege der Weiterleitung des Rehabilitationsantrags ([§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#)) zweitangegangene Rehabilitationsträger (näher BSG, Urt. v. 20.10.2009, - [B 5 R 5/07 R](#) -). Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ([§ 29 Abs. 1 Nr. 2 SGB I](#), [§§ 4 Abs. 1 Nr. 3, 5 Nr. 2 SGB IX](#)) sind (auch) die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung ([§ 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX](#)).

2.) Gem. [§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) erbringt die Rentenversicherung (u.a.) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um den Auswirkungen von Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten entgegenzuwirken bzw. sie zu überwinden, und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder die Versicherten möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern. Zur Erreichung dieser

Rehabilitationsziele können Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind ([§ 9 Abs. 2 SGB VI](#)).

Hinsichtlich der persönlichen Leistungsvoraussetzungen ist gem. [§ 10 Abs. 1 SGB VI](#) (i. V. m. [§ 9 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#)) erforderlich, dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist (Nr. 1). Die Rehabilitationsleistung muss eine zu besorgende Minderung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich abwenden bzw. eine bereits geminderte Erwerbsfähigkeit voraussichtlich wesentlich bessern oder wiederherstellen oder eine weitere wesentliche Verschlechterung voraussichtlich abwenden können (Nr. 2).

Da [§ 10 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) den "voraussichtlichen" Eintritt des Rehabilitationserfolgs verlangt, muss der Rentenversicherungsträger im Rahmen der so genannten "Eingangsprüfung" (der Prüfung des "Ob" der Rehabilitation nach Eingang eines Rehabilitationsantrags) eine Prognoseentscheidung treffen. Fällt die Erfolgsprognose negativ aus, darf die Leistung nicht gewährt werden. Fällt sie positiv aus, muss der Rentenversicherungsträger (unbeschadet der weiteren Leistungsvoraussetzungen bzw. etwaiger Leistungsausschlussgründe, vgl. bspw. [§ 12 SGB VI](#)) gem. [§ 13 Abs. 1 SGB VI](#) nach pflichtgemäßem Ermessen ([§ 39 SGB I](#)) über das "Wie der Rehabilitation", also über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung sowie die Rehabilitationseinrichtung entscheiden. Bei der Eingangsprüfung und damit der Prüfung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Leistungsvoraussetzungen und der Leistungsausschlussgründe steht dem Rentenversicherungsträger weder ein Ermessens- noch ein Beurteilungsspielraum zu. Die Anwendung der unbestimmten Rechtsbegriffe (hier) in [§ 10 SGB VI](#) unterliegt deshalb im Unterschied zur Ausübung des Ermessens nach [§ 13 Abs. 1 SGB VI](#) (vgl. [§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#)) uneingeschränkt der gerichtlichen Rechtskontrolle. Das gilt (mangels planerischen Einschlags der prognostischen Einschätzung) auch für die im Rahmen des [§ 10 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) zu treffende Prognoseentscheidung des Leistungsträgers zur Feststellung einer Wiedereingliederungschance und damit zum Rehabilitationsbedarf (Senatsurteil vom 24.6.2009, - [L 5 R 2317/08](#) m.w.N.).

Bei der Rechtskontrolle der Prognoseentscheidung nach [§ 10 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) prüfen die Gerichte, ob der Leistungsträger seiner Entscheidung (in tatsächlicher Hinsicht) einen zutreffend und vollständig ermittelten Sachverhalt und (in rechtlicher Hinsicht) einen zutreffenden Prognosemaßstab zugrunde gelegt hat. Letzterer bestimmt über Art und Umfang der tatsächlichen Grundlagen für die prognostische Einschätzung (Prognosebasis) und über den im Einzelfall notwendigen Wahrscheinlichkeitsgrad des Erfolgseintritts. Bei der Gewährung von Leistungen zur (medizinischen oder beruflichen) Rehabilitation ist danach grundsätzlich erforderlich, dass bei Würdigung aller besonderen Umstände des Einzelfalls, also bei Berücksichtigung insbesondere der Leiden, der persönlichen Verhältnisse und der Bereitschaft des Versicherten zur Mitwirkung sowie seiner Rehabilitationsmotivation, mehr dafür als dagegen spricht, dass die Leistung zu einer wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit führen kann. Die (bloß) entfernte Möglichkeit erfolgreicher Rehabilitation genügt nicht. Ist der Rehabilitationserfolg nicht nur zweifelhaft, sondern kann er nicht erwartet werden, ist die Leistung abzulehnen. Wegen verbleibender Zweifel allein ist eine Ablehnung jedoch nicht zulässig. Anderes wäre mit dem in [§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) festgelegten Vorrang der Rehabilitation vor der Berentung nicht vereinbar. Rehabilitationsmaßnahmen sollen danach auch dann durchgeführt werden, wenn der Eintritt des Rehabilitationserfolgs ungeachtet vielfach unvermeidlicher Zweifel möglich ist (Senatsurteil vom 24.6.2009, - [L 5 R 2317/08](#) - m.w.N.).

Diese allgemeinen Grundsätze hat die Rechtsprechung für Rehabilitationsleistungen an Drogenabhängige (ebenso an AIDS-Kranke) modifiziert und präzisiert. In solchen Fällen dürfen nicht zuletzt im Hinblick auf den Grundsatz "Rehabilitation vor Rente" ([§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#)) an die Erfolgsaussichten der Rehabilitationsmaßnahme keine übertriebenen Anforderungen gestellt werden. Der Rentenversicherungsträger muss Rehabilitationsleistungen auch dann gewähren, wenn der Erfolg unsicher, aber möglich ist. Es kommt darauf an, ob nach den im Zeitpunkt der Einleitung der Leistung und während der Dauer ihrer Durchführung jeweils erkennbaren Tatsachen die Folgerung gerechtfertigt ist, dass eine Chance besteht, das Rehabilitationsziel zu erreichen. Die Leistungspflicht des Rentenversicherungsträgers besteht nur dann nicht, wenn eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben von vornherein nicht zu erwarten ist oder nicht aussichtsreich erscheint, was allerdings mit der Zugehörigkeit des Versicherten zu einer Randgruppe mit besonderen sozialen Schwierigkeiten allein nicht zu begründen ist (Senatsurteil vom 24.6.2009, - [L 5 R 2317/08](#) - m.w.N. insbesondere zur Rspr. des BSG).

III. Davon ausgehend kann der Kläger die Freistellung von Kostenforderungen des Beigeladenen für die Fortführung der beruflichen Reha-Maßnahme von Juli bis Dezember 2007 nicht beanspruchen. Die Voraussetzungen des geltend gemachten Erstattungsanspruchs sind nicht erfüllt. Die Beklagte hat den Antrag des Klägers zu Recht abgelehnt.

1.) Der Kläger hat seinerzeit eine Rehabilitation nach dem RPK-Konzept (Rehabilitation psychisch Kranker) absolviert. Diese setzt sich aus einer medizinischen Rehabilitationsphase und einer beruflichen Rehabilitationsphase zusammen; in der beruflichen Rehabilitationsphase werden durch den hierfür zuständigen Leistungsträger Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha-Maßnahmen) gewährt. Streitgegenstand des Berufungsverfahrens sind allein die Kosten für Leistungen der beruflichen Rehabilitationsphase einer RPK-Maßnahme, die der Beigeladene für den Kläger von Juli bis Dezember 2007 (ungeachtet der Ablehnung des Verlängerungsantrags) weiterhin erbracht hat. Kosten für Leistungen der medizinischen Rehabilitationsphase stehen nicht in Rede.

Zuständiger Leistungsträger für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitationsphase (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) ist hier (unstreitig) allein die Beklagte ([§§ 4 Abs. 1 Nr. 3, 5 Nr. 2, § 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX](#)). Sie ist als erstangegangener Leistungsträger ([§ 14 Abs. 1 SGB X](#)) tätig und damit im Außenverhältnis zum Kläger ausschließlich zuständig geworden; sie hat die berufliche Reha-Maßnahme ursprünglich auch mit Bescheid vom 4.4.2007 für voraussichtlich 6 Monate gewährt. Gegenstand des (nicht von Amts wegen durchzuführenden, sondern mit dem Antrag des Beigeladenen vom 15.5.2007 eingeleiteten ([§ 18 SGB X](#))) Verwaltungsverfahrens war allein die (Weiter-)Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben über den ersten Bewilligungsabschnitt hinaus; hierauf hat sich der vom Beigeladenen gestellte (Weitergewährungs-)Antrag beschränkt.

Die Weiterleitung des Antrags im Innenverhältnis der Leistungsträger zueinander ([§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#)) etwa an die für (nicht verfahrensgegenständliche) medizinische Reha-Leistungen zuständige Krankenkasse war von vornherein nicht veranlasst; die Leistungszuständigkeit der Krankenkasse kommt nicht in Betracht. Ebenso scheidet gem. [§ 22 Abs. 2 Satz 1 SGB III](#) die Leistungszuständigkeit der Arbeitsverwaltung für Teilhabeleistungen nach den [§§ 19, 112](#) ff. SGB III aus, da der Kläger bereits Rente wegen voller Erwerbsminderung von der Beklagten bezogen hat ([§ 7 SGB IX](#) i. V. m. [§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#)). Auch die Leistungszuständigkeit des Sozialhilfeträgers für Teilhabeleistungen nach [§§ 53 Abs. 3 Satz 2, 54 Abs. 1 SGB XII](#) i. V. m. [§ 33 SGB IX](#) kommt nicht in Betracht (vgl. LPK-

SGB XII/Bieritz-Harder, § 54 Rdnr. 28). Der Senat hat deshalb hier weder die Krankenkasse noch die Agentur für Arbeit oder den Sozialhilfeträger beigeladen (zur grundsätzlich notwendigen Beiladung bei Fallgestaltungen nach [§ 14 SGB IX](#) etwa BSG, Urt. v. 2.2.2012, - [B 8 SO 9/10 R](#) -).

2.) Eine unaufschiebbare Leistung i. S. d. [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) bzw. 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V steht vorliegend nicht in Rede. Der Kläger hatte seinerzeit die medizinische Rehabilitationsphase der RPK-Maßnahme absolviert und befand sich seit etwa einem halben Jahr in der beruflichen Rehabilitationsphase, deren Verlängerung der Beigeladene unter dem 15.5.2007 beantragt hatte. In einer notfallähnlichen Situation, namentlich in medizinischer Hinsicht, befand sich der Kläger nach Ablauf der bewilligten beruflichen Reha-Maßnahme zum 30.6.2007 nicht, auch wenn bei einem Abbruch oder einer längeren Unterbrechung der Maßnahme möglicherweise bereits erreichte Rehabilitationserfolge gefährdet gewesen wären. Der Kläger hätte zudem ggf. beim Sozialgericht um vorläufigen Rechtsschutz durch den Erlass einer einstweiligen Anordnung ([§ 86b Abs. 2 SGG](#)) nachsuchen können. Wenn er und der Beigeladene sich statt dessen einfach über die Ablehnung des Verlängerungsantrags durch Bescheid der Beklagten vom 27.6.2007 hinwegsetzen und die Reha-Maßnahme eigenmächtig fortführen, handeln sie - sollte sich die Ablehnung des Verlängerungsantrags als rechtmäßig erweisen - auf eigenes (Kosten-)Risiko.

3.) Die Beteiligten streiten allein darüber, ob die Beklagte die begehrte Leistung - die Fortführung der beruflichen Reha-Maßnahme über den 30.6.2007 hinaus - nach Maßgabe "ihres" Leistungsrechts zu Unrecht abgelehnt hat. Das ist nach Auffassung des Senats nicht der Fall gewesen.

Umstritten sind im Kern lediglich die persönlichen Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen zur beruflichen Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger nach [§§ 9 Abs. 2, 10 SGB VI](#); die Maßgaben dieser Vorschriften gelten auch für die Weitergewährung von Rehabilitationsleistungen nach erstmaliger (zeitlich befristeter) Bewilligung.

Die Beklagte hat dem Kläger mit Bescheid vom 4.4.2007 eine berufliche Reha-Maßnahme für voraussichtlich 6 Monate (30.6.2007) gewährt. Für deren (unter dem 15.5.2007 beantragte) Verlängerung über den 30.6.2007 hinaus, ist (u.a.) erforderlich dass die Weiterführung der Reha-Maßnahme die bereits geminderte Erwerbsfähigkeit des Klägers voraussichtlich wesentlich bessern oder wiederherstellen oder eine weitere wesentliche Verschlechterung voraussichtlich abwenden könnte ([§ 10 Abs. 1 Nr. 2b SGB VI](#)). Die Beklagte hat diese Voraussetzungen auf der Grundlage einer aus Sicht der gerichtlichen Rechtskontrolle nicht zu beanstandenden Prognose verneint. Sie hat der Ablehnungsentscheidung vom 27.6.2007 einen zutreffend und vollständig ermittelten Sachverhalt und einen zutreffenden Prognosemaßstab zugrunde gelegt und ohne übertriebene Anforderungen an die Erfolgsaussichten der Reha-Maßnahme zu Recht angenommen, dass bei Würdigung aller besonderen Umstände des Einzelfalls des Klägers (erheblich) mehr dagegen als dafür spricht, dass die Weiterführung der Reha-Maßnahme zu einer wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit des Klägers bzw. zur Abwendung einer wesentlichen Verschlechterung führen kann.

Die Beklagte hat zur Entscheidung über den Verlängerungsantrag vom 15.5.2007 die Stellungnahme der Nervenärztin, Sozialmedizinerin und Fachärztin für Rehabilitationswesen Be. vom 19.6.2007 eingeholt. Diese hatte bereits zuvor unter dem 5.12.2006 eine Stellungnahme abgegeben und ist (auch) deswegen über die Verhältnisse des Klägers im Bilde gewesen. Der Kläger und der Beigeladene hatten am 20.11.2006 bzw. 14.11.2006 nach der medizinischen Rehabilitationsphase der RPK-Maßnahme die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Zuge der beruflichen Rehabilitationsphase beantragt. Die Ärztin Be. hatte die beantragte Maßnahme zwar befürwortet, eine positive Erwerbsprognose aber nicht abgeben können; erwartbar sei nur ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Leistung (im Berufsbildungsbereich einer dem Beigeladenen angegliederten WfbM).

In ihrer Stellungnahme zum Verlängerungsantrag vom 15.5.2007 hat die Ärztin Be. ausgeführt, dass - was zutrifft - beim Kläger (bereits) nach den ersten sechs Wochen des seinerzeit am 12.2.2007 aufgenommenen Praktikums bei einer Sanitär- und Blechnerfirma, offenbar wegen Hänseleien, wieder paranoide Symptome aufgetreten sind und man das Praktikum beenden und den Kläger in den arbeitstherapeutischen Bereich des Beigeladenen zurückholen und in eine Angstgruppe zur Erarbeitung von Problemlösungsstrategien integrieren musste. Damit ist die von der Beklagten mit Bescheid vom 4.4.2007 bewilligte berufliche Reha-Maßnahme letztendlich gescheitert gewesen. Die Ärztin Be. hat die Beantragung der Verlängerung dieser Maßnahme daher zu Recht als nicht nachvollziehbar angesehen; das hat sie ersichtlich bei einem Besuch beim Beigeladenen auch angesprochen. Die Ärztin Be. hat für die Abgabe ihrer Stellungnahme den Kläger nicht notwendigerweise untersuchen müssen, zumal sein Gesundheitszustand aus den vorliegenden Arztunterlagen ersichtlich und ihr auch bekannt gewesen ist. Ihre Einschätzung, wonach seinerzeit eine positive Erwerbsprognose nicht gestellt werden könne, ist insgesamt schlüssig. Diese Auffassung hat sie in der auf den Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid vom 27.6.2007 eingeholten Stellungnahme vom 3.8.2007 bekräftigt und darauf abgestellt, dass der Kläger wieder psychotisch geworden ist. Unterstrichen wird die Richtigkeit der von der Ärztin Be. angestellten Prognose durch die Verlängerung der dem Kläger bewilligten Rente wegen voller Erwerbsminderung bis zum 31.12.2014.

Die weitere Entwicklung des Klägers insbesondere in den Jahren ab 2008 kann nicht zur Unrichtigkeit der Prognoseentscheidung führen, die die Beklagte der Ablehnung des Verlängerungsantrags vom 15.5.2007 zugrunde gelegt hat. Eine rechtsfehlerfrei angestellte Prognose wird nicht deswegen rechtsfehlerhaft, weil der tatsächliche Verlauf mit dem prognostizierten Verlauf nicht übereinstimmt. Davon abgesehen ergibt sich - ungeachtet offenbar besserer (vorübergehender) Eingliederungserfolge im Jahr 2009 durch Verträge mit einem Schweizer Unternehmen - für die berufliche Wiedereingliederung des (nach wie vor Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehenden) Klägers auch für die Folgezeit nach Ende des Jahres 2007 ein jedenfalls zwiespältiges Bild. So hat der Beigeladene der Beklagten unter dem 12.12.2008 mitgeteilt, die Überleitung des Klägers in ein betreutes Wohnen sei gescheitert, weil der Kläger nach Beendigung des Praktikums (6.5.2008 bis 22.9.2008) bei der Firma F. GmbH und der Nichtübernahme in ein reguläres Arbeitsverhältnis (wegen Auftragsmangels - Bericht der Firma F. GmbH vom 4.7.2011) wieder psychisch labil geworden sei. Er hat deswegen erneut in ein Wohnheim aufgenommen und intensiv betreut werden müssen. Auch wenn es offenbar gelungen ist, grundsätzlich vorhandene handwerkliche Fähigkeiten und Kompetenzen des Klägers im erlernten Beruf durch entsprechendes Training zu reaktivieren, hat man den Kläger dennoch wegen seines persönlichkeits- und krankheitsbedingt problematischen Sozialverhaltens in ein reguläres Arbeitsverhältnis nicht integrieren können (Abschlussbericht des Beigeladenen an einen behandelnden Arzt des Klägers vom 15.12.2008). Damit ist die berufliche Rehabilitation auch nach Ablauf des hier streitigen Zeitraums (im Dezember 2007) noch nicht geglückt. Daran hat sich ersichtlich weder bis zur mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts noch bis zur mündlichen Verhandlung des Senats etwas geändert.

Soweit der Beigeladene vorgetragen hat, die Auffassung der Beklagten sei aus seiner Sicht nicht nachvollziehbar, vermag er damit die Prognosegrundlage der Beklagten nicht zu erschüttern. Der leitende Arzt des Beigeladenen Dr. M. hat in der mündlichen Verhandlung des Senats die bereits in seinen Berichten vom 14.11.2006 und 2.2.2007 vertretene Auffassung wiederholt, angesichts des erfreulichen Verlaufs der vorhergehenden medizinischen Rehabilitation sei eine positive Prognose zu stellen gewesen, der deutlich zu verzeichnende Aufwärtstrend solle weiter gehen, die Ärzte des Beigeladenen hätten an den Kläger geglaubt. Diese Argumentation des Beigeladenen war in Bezug auf die erste Ablehnung der Beklagten mit dem Bescheid vom 9.1.2007 sachgerecht und zutreffend. Angesichts des Ablaufs des ersten Praktikums mit vorzeitigem Abbruch der Maßnahme reichen die bis dahin für eine Fortsetzung der RPK-Maßnahme im beruflichen Bereich sprechenden Gründe jedoch nicht mehr aus, um die Verlängerung der RPK-Maßnahme zu rechtfertigen. Stand bisher im Vordergrund der (medizinischen) Rehabilitationsmaßnahmen das Bemühen um konsequente Drogenfreiheit, regelmäßige Medikamenteneinnahme, Krankheitseinsicht und innere Distanzierung zur bisherigen Lebensführung, so ist durch den Abbruch des Praktikums insoweit eine neue Situation durch das Sichtbarwerden eines anderen Problemfeldes eingetreten. Der Kläger erwies sich als unfähig, soziale Konfliktsituationen auszuhalten und adäquat darauf zu reagieren. Er konnte Hänseleien seiner Kollegen nicht ertragen, aber auch nicht seinen Chef um Versetzung in eine andere Arbeitsgruppe bitten. In der Folge neigte er verstärkt dazu, anderen zu unterstellen, sie würden über ihn schlecht reden, mit der weiteren Folge des sozialen Rückzugs und anderer unangemessener Reaktionen, sodass keine andere Wahl blieb, als den Kläger in die Angstgruppe aufzunehmen und gezielt seine Probleme im Umgang mit seinen Mitmenschen therapeutisch anzugehen (Schreiben des Beigeladenen vom 15.5.2007). Anhaltspunkte dafür, dass es während des hier streitigen Zeitraums bereits gelungen wäre, diese Konflikte so aufzuarbeiten, dass der Kläger die üblichen Probleme im allgemeinen Arbeitsleben mit Kollegen voraussichtlich erfolgreich hätte bewältigen können, ohne rückfällig zu werden, bestanden jedenfalls zum Zeitpunkt der Ablehnungsentscheidung vom 27.6.2007 bzw. des Widerspruchsbescheids vom 10.12.2007 nicht. Dem in den beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten enthaltenen Gutachten von Dr. M. zur Feststellung des Grades der Behinderung vom 28.08.2008 ist vielmehr zu entnehmen, dass seine Belastbarkeit, aber auch der Überblick über komplexere Situationen damals deutlich eingeschränkt war.

Bei dieser Sachlage durfte der Beigeladene sich nicht eigenmächtig über ihm nicht einleuchtende Entscheidungen der Beklagten als Kostenträgerin der bei ihm durchgeführten Reha-Maßnahmen hinwegsetzen bzw. diese Entscheidungen ignorieren.

4.) Nach dem Gesagten kann offen bleiben, ob zwischen dem Kläger und dem Beigeladenen ein zivilrechtlich wirksamer Vertrag über die Gewährung von Reha-Leistungen abgeschlossen wurde oder ob die Auffassung des Sozialgerichts zu dieser Frage, dass der Kläger einer wirksamen Honorarforderung des Beigeladenen nicht ausgesetzt ist, zutrifft. Da die Beklagte zu Recht die Bewilligung von Reha-Maßnahmen ab 1.7.2007 abgelehnt hat, besteht keine rechtliche Notwendigkeit für den Senat, sich mit der Rechtmäßigkeit der Forderungen des Beigeladenen gegen den Kläger für Leistungen im Zeitraum vom 1.7.2007 bis 31.12.2007 auseinanderzusetzen. Eine Vorlage der Teilnahmebedingungen des Beigeladenen ([§ 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB IX](#)) und eine Entscheidung über deren (ausdrücklich oder konkludent vereinbarte) Geltung nicht nur in der Zeit vom 1.1.2007 bis 30.6.2007, sondern auch im anschließenden, hier streitigen Zeitraum erweist sich daher als entbehrlich.

IV. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Der in der mündlichen Verhandlung gestellte (erneute) Antrag auf Gewährung von Prozesskostenhilfe war, wie aus dem Protokoll ersichtlich, abzulehnen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-08-30