

## L 1 SO 151/10

Land  
Rheinland-Pfalz  
Sozialgericht  
LSG Rheinland-Pfalz  
Sachgebiet  
Sozialhilfe  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Speyer (RPF)  
Aktenzeichen  
S 16 SO 36/08  
Datum  
31.03.2010  
2. Instanz  
LSG Rheinland-Pfalz  
Aktenzeichen  
L 1 SO 151/10  
Datum  
22.09.2011  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Bei der Unterbringung eines suchtabhängigen Versicherten im Betreuten Wohnen im Anschluss an eine Entzugs-, Entwöhnungs- und Adaptionsbehandlung kann es sich im Einzelfall um eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung handeln.

2. Einer Beiladung des Versicherten im Erstattungsrechtsstreit nach [§ 14 Absatz 4 Satz 1 SGB IX](#) bedarf es nicht.

1. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 31.03.2010 - [S 16 SO 36/08](#) - wird zurückgewiesen.

2. Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von dem Beklagten als örtlichem Träger der Sozialhilfe die Erstattung von 2.674,10 EUR. Diese Kosten sind entstanden durch die Unterbringung des Versicherten E R (Versicherter) im Betreuten Wohnen der Einrichtung C N vom 17.07.2006 bis 31.05.2007. Der Versicherte ist 1983 geboren und hat Pflichtbeitragszeiten bei der Klägerin seit dem Jahr 2000 zurückgelegt. Er befand sich wegen Alkohol-, Drogen- und Schmerzmittelabhängigkeit vom 12.10. bis 14.11.2005 in der - bereits dritten - Entzugsbehandlung in der R -F in A und vom 14.11.2005 bis zum 01.03.2006 zur Entwöhnungsbehandlung in der Fachklinik H , deren Kosten die Klägerin übernahm. Er wurde als erwerbsfähig entlassen bei Diagnosen "Polytoxikomanie incl. Schmerzmittelabhängigkeit, abhängige Persönlichkeitsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode". Vom 01.03. bis 17.07.2006 fand eine Adaptionsbehandlung in der Rehabilitationseinrichtung Therapiezentrum S statt, deren Kosten ebenfalls die Klägerin trug. Das Therapiezentrum erachtete zur weiteren Stabilisierung der Abstinenz und Unterstützung bei der Tagesstruktur die Unterbringung in einem betreuten Rahmen für erforderlich. Neben der Notwendigkeit eines Betreuten Wohnens werde der Versicherte noch zusätzlich ambulante psychiatrische Behandlung benötigen, um eine langfristige Stabilisierung der Abstinenz zu ermöglichen (Stellungnahme des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie B vom 08.06.2006). Der Versicherte wurde von dem Therapiezentrum als auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeitsfähig entlassen. Bezüglich beruflicher und medizinischer Rehabilitation werde zukünftig voraussichtlich kein Bedarf bestehen (Stellungnahme des Arztes B vom 21.06.2006).

Der Versicherte hat die Realschule abgeschlossen und Ausbildungen als Textilmaschinenführer sowie als Autolackierer abgebrochen. Er war seit 2002 bis 01.03.2006 in K wohnhaft, löste dann seine dortige Wohnung auf und begründete am 01.03.2006 einen Wohnsitz in S.

Er wurde am 17.07.2006 in das Wohn- und Arbeitsprojekt C N (Träger: M J g D e.V.) in O im Rahmen des dortigen Betreuten Wohnens aufgenommen. Diese Einrichtung hat das zusammengehörende Wohnen und Arbeiten in einem Nachsorgeprojekt zum Gegenstand und besteht aus einem Wohnprojekt, einer betreuten Nachsorge-Wohngemeinschaft für ehemals suchtmittelabhängige Menschen und einem Arbeitsprojekt (Berufsvorbereitungsmaßnahme für Arbeitslose mit Suchtproblemen bzw. Suchtgefährdung). Ziel ist das Erreichen einer befriedigenden, selbstständigen und drogenfreien Lebensführung und die endgültige Loslösung von der Institution. Im Mittelpunkt steht die Einübung, Stabilisierung und Erweiterung von Fähigkeiten wie Eigeninitiative, Eigenverantwortung, Durchhaltevermögen, Belastbarkeit, Toleranz, Kompromiss- und Kritikfähigkeit, Konfliktbereitschaft, Offenheit, Solidarität, Vertrauen und Selbstvertrauen, Lebenslust und Gelassenheit. Die Gruppe dient dabei als soziales Lernfeld und bietet einen Rückhalt, um mit den steigenden Anforderungen der Wiedereingliederung zurechtzukommen. Die Tätigkeit im Arbeitsbereich (Schreinerei) für 38,5 Stunden in der Woche wird vergütet. Es handelt sich um ein anerkanntes Angebot der ambulanten Eingliederungshilfe für abhängigkeitskranke Menschen, die aus Landesmitteln über anteilige Zuwendungen zu den Fachpersonalkosten und Sachausgaben gefördert wird (Schreiben des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen vom 08.08.2001 und 11.08.2010). Die Klägerin hat das Wohn- und Arbeitsprojekt C N "anerkannt" und zahlt bei Zuständigkeit und Vorlage der Voraussetzungen anteilige Betreuungskosten durch Gewährung eines pauschalierten Festbetrages in Höhe von 1.530,00 EUR bei Drogenabhängigen (Schreiben vom 06.07.2005). Die Anerkennung beruht auf einer Verfahrensabsprache der Klägerin, der DRV Bund und des Landes Rheinland-Pfalz zur Erbringung von Leistungen im Betreuten Wohnen im Rahmen der Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom August/September 1996. Diese ist am 01.10.1996 in Kraft getreten:

"Wird nach erfolgreichem Abschluss einer stationären Entwöhnungsbehandlung im Rahmen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - ggf. inklusive einer erfolgten Adaption - eine nachgehende Betreuung Abhängigkeitskranker in Form des Betreuten Wohnens erforderlich, regeln die nachfolgenden Punkte die finanzielle Beteiligung der obengenannten Parteien.

Landesförderung

Das Land Rheinland-Pfalz fördert Wohngruppen für Alkohol- und Medikamentenabhängige durch freiwillige Zuwendungen nach der Verwaltungsvorschrift "Betreutes Wohnen behinderter Menschen" vom 03.01.1994 durch Zuwendungen zu den Fachpersonal-/Einrichtungskosten.

Die Förderung der Wohngruppen für Drogenabhängige erfolgt im Rahmen einer gesonderten Projektförderung des Ministeriums für Kultur, Jugend, Familie und Frauen. Die Verpflichtungen der Landkreise und kreisfreien Städte bleiben hiervon unberührt.

Beteiligung der LVA Rheinland-Pfalz und der BfA Berlin

Der Rentenversicherungsträger übernimmt bei gegebener Zuständigkeit als Leistung im Sinne des [§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI](#) eine anteilige Betreuung durch Zahlung eines pauschalierten Festbetrages in Höhe von 1.530,00 EUR bei Drogenabhängigen bzw. in Höhe von 1.020,00 EUR bei Alkohol-/Medikamentenabhängigen an den Träger des Projekts. Eine Anrechnung auf die unter Ziffer 1 der bezeichneten Fördermittel ist nicht zulässig. Die Pauschbeträge der Rentenversicherung sind zweckgebunden zur Verstärkung der fachlichen Betreuung. Die Zahlung des pauschalierten Festbetrages ist an folgende Voraussetzungen gebunden:

Die Wohngruppe bzw. das Betreute Wohnen muss vom federführenden Rentenversicherungsträger anerkannt sein (s. Ziffer 3).

Durch die Entwöhnungseinrichtung wird bescheinigt, dass eine nachgehende Betreuung in einer Wohngruppe oder in anderen Formen betreuten Wohnens notwendig ist.

Die Mindestbetreuungszeit beträgt zwei Wochen. Bei einer kürzeren Betreuungsdauer wird keine Vergütung gezahlt.

Nach Abschluss des Betreuten Wohnens ist dem Rentenversicherungsträger ein Kurzbericht über Verlauf und Ergebnis vorzulegen (z. B. soziale Eingliederung, Wohnung, Arbeitsplatz).

Der vereinbarte Pauschalbetrag ist nach Ablauf der Mindestbetreuungszeit vom jeweiligen Projektträger beim zuständigen Rentenversicherungsträger anzufordern.

Betreutes Wohnen

Die vorgenannten Regelungen gelten für die nach Nr. 1 aus Landesmitteln geförderten und vom federführenden Rentenversicherungsträger anerkannten Formen des Betreuten Wohnens in Rheinland-Pfalz. Voraussetzung für die Anerkennung ist die Vorlage einer geeigneten Konzeption sowie die Mitarbeit einer geeigneten Fachkraft (z.B. Sozialpädagogik, Sozialarbeit). Die Projekte sind in der Anlage aufgeführt. Diese Liste wird nach vorheriger Absprache zwischen den Beteiligten laufend fortgeschrieben.

"

Den Antrag des Versicherten vom 08.06.2006 auf Übernahme der Kosten des Betreuten Wohnens in der C N leitete der Beklagte am 09.06.2006 an die Klägerin weiter. Ein Begehren auf Übernahme der Kosten gegenüber dem Beklagten im Wege eines einstweiligen Anordnungsverfahrens lehnte das Sozialgericht (SG) Speyer durch Beschluss vom 06.07.2006 (S ) unter Hinweis auf die Zuständigkeit der Klägerin gemäß [§ 14 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch \(SGB IX\)](#) ab. Die Klägerin lehnte eine Förderung des Versicherten zunächst mit Schreiben vom 22.06.2006 ab, da kein Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bestehe. Auf den Widerspruch des Versicherten bewilligte die Klägerin durch Bescheid vom 22.08.2007 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach [§ 55 SGB IX](#) in Form einer Tagespauschale für Betreutes Wohnen. Die Leistungen seien aufgrund des Beschlusses des SG bereits erbracht. Auf die erste Abrechnung der C N vom 01.08.2006 zahlte die Klägerin im September 2006 einen Betrag von 1.530,00 EUR und weitere Beträge im Zeitraum vom 17.11.2006 bis 03.08.2007 in Höhe von insgesamt 2.674,10 EUR. Mit Schreiben vom 22.08.2007 machte die Klägerin gegenüber dem Beklagten einen Erstattungsanspruch in Höhe von 2.674,10 EUR geltend, dessen Erfüllung der Beklagte mit Schreiben vom 04.09.2007 ablehnte.

Die Klägerin hat am 14.11.2007 Klage bei dem SG Koblenz erhoben, welches den Rechtsstreit an das SG Speyer verwiesen hat. Mit Urteil vom 31.03.2010 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Klägerin als zweitangegangener Rehabilitationsträger stehe ein Anspruch auf Erstattung der von ihr erbrachten Leistungen gegen den Beklagten gemäß [§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX](#) nicht zu. Sie sei als Rentenversicherungsträger originär zuständig gewesen, wobei dahinstehen könne, ob es sich bei dem Betreuten Wohnen um eine Maßnahme der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation nach [§ 5 Nr. 1 oder Nr. 2 SGB IX](#) mit vorrangiger Zuständigkeit der Klägerin nach [§ 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX](#) oder um eine Maßnahme der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach [§ 5 Nr. 4 SGB IX](#) mit Zuständigkeit des Beklagten nach [§ 6 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX](#) gehandelt habe. Die vom Versicherten absolvierte Maßnahme sei nämlich als sonstige Leistung zur Teilhabe nach [§ 31 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch \(SGB VI\)](#) zu bewerten. Diese Vorschrift gewährleiste den Grundsatz der Einheitlichkeit des Rehabilitationsträgers. Die sich an die stationären Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation anschließende Maßnahme des Betreuten Wohnens falle damit in die Zuständigkeit der Klägerin. Die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen seien gegeben, da sich aus den ärztlichen Unterlagen eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ergeben habe, die auch nicht durch die von der Fachklinik H und des Dr. B festgestellte Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit widerlegt sei. Ohne die Unterbringung in dem Wohn- und Arbeitsprojekt hätte unmittelbar eine erhebliche Rückfallgefahr bestanden. Dass die Maßnahme zugleich auch Zwecke der beruflichen und sozialen Integration verfolgte, beeinflusse die Zuständigkeit der Klägerin als Rentenversicherungsträger nicht. Durch die Vereinbarung eines pauschalierten Festbetrages in der Verfahrensabsprache seien darüber hinausgehende Ansprüche nach [§ 31 SGB VI](#) nicht ausgeschlossen.

Gegen das ihr am 07.07.2010 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 05.08.2010 Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt. Der Senat hat die Berufung mit Beschluss vom 24.11.2010 zugelassen.

Die Klägerin trägt vor, dass sie lediglich aufgrund des Beschlusses des SG vom 06.07.2006 geleistet habe. Bei den sonstigen Leistungen im Sinne des [§ 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI](#) handele es sich aber nicht um eine Teilhabe-Leistung gemäß [§ 5 SGB IX](#). Das Betreute Wohnen lasse sich nicht als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben ([§§ 33 und 34 SGB IX](#)) bzw. als Leistung zur medizinischen Rehabilitation ([§ 15 Abs. 2 SGB VI](#)) einordnen. Vielmehr handele es sich um eine Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gemäß [§ 55 SGB IX](#), was sich bereits aus dem Konzept der Einrichtung ergebe und auch aus der Bewertung des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen hervorgehe. Auch als sonstige Leistung im Sinne des [§ 31 SGB VI](#) sei das Betreute Wohnen nicht anzusehen. Aus der Verfahrensabsprache ergebe sich nichts anderes, da sie damit kein Betreutes Wohnen als eigentliche Leistung erbringe, sondern sich an der ambulanten Nachsorgeleistung nach erfolgreich abgeschlossener medizinischer Rehabilitation für Abhängigkeitskranke mit einer pauschalen Kostenerstattung beteilige. Im Übrigen werde eine Beiladung des Versicherten für erforderlich erachtet.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 31.03.2010 - [S 16 SO 36/08](#) - aufzuheben und den Beklagten zur Zahlung von 2.674,10 EUR zu verurteilen.

Der Beklagte beantragt,  
die Berufung zurückzuweisen.

Er erachtet die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Es handele sich um Nachsorgeleistungen im Sinne von [§ 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI](#) und [§ 5](#) der Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach [§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI](#) für Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben. Eine über den Pauschalbetrag hinausgehende Kostenbeteiligung der Klägerin sei durch die Verfahrensabsprache nicht ausgeschlossen.

Zur Ergänzung des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, der Archivakte des SG Speyer S 3 ER 212/06 SO sowie der Verwaltungsakten der Beteiligten Bezug genommen. Er war Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz -SGG-) im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Der Klägerin steht ein Anspruch auf Zahlung von 2.674,10 EUR nicht zu, da die Voraussetzungen eines Erstattungsanspruchs nicht gegeben waren.

Richtiger Beklagter ist der beteiligtenfähige ([§ 70 Nr. 3 SGG](#)) Oberbürgermeister der Stadt Koblenz (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 14.04.2011 - [B 8 SO 23/09 R](#) -, Juris Rdnr. 11).

Die Klägerin kann als zweitangegangene Leistungsträgerin gegen den Beklagten (als von der Klägerin als materiell-rechtlich originär zuständig angesehener Reha-Träger) grundsätzlich einen Erstattungsanspruch aus [§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX](#) haben. Diese Regelung bestimmt: "Wird nach Bewilligung der Leistung durch einen Rehabilitationsträger nach Abs. 1 Satz 2 bis 4 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". Dieser spezielle Anspruch geht den allgemeinen Erstattungsansprüchen nach dem Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) vor. Er ist begründet, soweit der Versicherte vom Träger, der ohne die Regelung in [§ 14 SGB IX](#) zuständig wäre, die gewählte Maßnahme hätte beanspruchen können. Die Regelung begründet einen Ausgleich dafür, dass der zweitangegangene Reha-Träger - bei Vorliegen eines entsprechenden Reha-Bedarfs - die erforderlichen Reha-Leistungen (spätestens nach drei Wochen) selbst dann erbringen muss, wenn er der Meinung ist, hierfür nicht zuständig zu sein. Dabei handelt es sich um eine gleichsam "aufgedrängte Zuständigkeit". Die in [§ 14 Abs. 2 Satz 1](#) und 3 SGB IX geregelte Zuständigkeitszuweisung erstreckt sich im Außenverhältnis zum Versicherten auf alle Rechtsgrundlagen, die in dieser Bedarfssituation für Reha-Träger vorgesehen sind. Im Interesse der Verfahrensbeschleunigung ist der zweitangegangene Träger unabhängig von seiner Passivlegitimation gegenüber dem Versicherten zu einer für diesen abschließenden, nicht nur vorläufigen ("einstweiligen") Entscheidung über die Einräumung von Rechten und Ansprüchen auf Rehabilitation und Teilhabe verpflichtet. War er ohnehin passivlegitimiert, entstehen dadurch keine Probleme, war er es nicht, entsteht eine ausgleichsbedürftige Lage. Im Verhältnis zum behinderten Menschen wird eine eigene gesetzliche Verpflichtung des zweitangegangenen Trägers begründet, die - vergleichbar der Regelung des [§ 107 SGB X](#) - einen endgültigen Rechtsgrund für das "Behaltendürfen" der Leistungen in diesem Rechtsverhältnis bildet. Im Verhältnis der Reha-Träger untereinander ist jedoch eine Lastenverschiebung ohne Ausgleich nicht bezweckt. Den Ausgleich bewirkt der Anspruch nach [§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX](#) (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 14.12.2006 - [B 4 R 19/06 R](#) -, [SozR 4-3250 § 14 Nr. 3](#); Urteil vom 20.04.2010 - [B 1/3 KR 6/09 R](#) -, [SozR 4-3250 § 14 Nr. 12](#); Urteil vom 22.06.2010 - [B 1 KR 32/09 R](#) -, Juris). Aufgrund dieser sich aus [§ 14 SGB IX](#) gegenüber dem Versicherten ergebenden Leistungsverpflichtung hat die Klägerin die Kosten des Betreuten Wohnens übernommen. Der Beschluss des SG vom 06.07.2006 (S 3 ER 212/06 SO) konnte - unabhängig vom Inhalt der Entscheidung - gegenüber der Klägerin keine Bindungswirkung entfalten, da sie an dem Verfahren nicht beteiligt war ([§ 142 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 141 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Auflage, [§ 142 Rdnrn. 3](#) und 3b). Aus der dargelegten Regelungssystematik des [§ 14 SGB IX](#) ergibt sich zur Überzeugung des Senats, dass eine Beiladung des Versicherten nach [§ 75 Abs. 2](#) Erste Alternative SGG nicht erforderlich ist.

Ob im Erstattungsstreit zwischen Sozialleistungsträgern - wie hier - der Versicherte notwendig beizuladen ist, ist bezüglich der Erstattungsregelungen der [§§ 102 bis 114](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) umstritten (vgl. Becker, SGB 2011, 84 ff.). Grundsätzlich dürfte bei einem Erstattungsstreit zwischen einem Rentenversicherungsträger und einem Träger der Sozialhilfe eine Beiladung des Versicherten im Hinblick auf die Erfüllungsfiktion des [§ 107 SGB X](#) notwendig sein. Allerdings wird eine Ausnahme dann angenommen, wenn die Rechte des Versicherten durch den Erstattungsstreit nicht mehr unmittelbar berührt werden, was unter anderem der Fall ist, wenn der Versicherte die Leistung bereits erhalten hat und diese unabhängig vom Ausgang des Verfahrens nicht nochmals beanspruchen kann, es somit lediglich noch um die Verteilung leistungsrechtlicher Verpflichtungen zwischen Leistungsträgern geht (vgl. beispielsweise BSG, Urteil vom 01.04.1993 - [1 RK 10/92](#) -, [SozR 3-2200 § 183 Nr. 6](#); Urteil vom 22.06.2010 - [B 1 KR 21/09 R](#) -, [SozR 4-1300 § 103 Nr. 3](#)). Im Falle der Anwendung des [§ 14 SGB IX](#) besteht eine vergleichbare Situation. Die - hier - aufgedrängte Zuständigkeit des zweitangegangenen Leistungsträgers begründet gegenüber dem Versicherten einen endgültigen Rechtsgrund für das "Behaltendürfen" der Leistung in diesem Rechtsverhältnis (vgl. BSG, Urteil vom 26.06.2007 - [B 1 KR 36/06 R](#) -, [SozR 4-2500 § 40 Nr. 4](#)). Einer Beiladung des Versicherten bedarf es damit nicht, da es ausgeschlossen ist, dass der Versicherte die Leistung zu erstatten hat.

Die Voraussetzungen eines Erstattungsanspruchs nach [§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB X](#) sind nicht gegeben. Es handelte sich bei der Unterbringung des Versicherten im Betreuten Wohnen um eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation nach [§ 5 Nr. 1 SGB IX](#) i.V.m. [§ 26 SGB IX](#) und [§ 15 SGB VI](#), wofür die Klägerin nach [§ 6 Abs. 1 Nr. 4](#) der zuständige Rehabilitationsträger war. Die versicherungs-rechtlichen Voraussetzungen nach [§ 11 SGB VI](#) lagen vor und ein Ausschlussgrund nach [§ 12 SGB VI](#) war nicht gegeben.

Unter dem Begriff medizinischer Rehabilitation versteht man einen ganzheitlichen Ansatz ("funktionale Gesundheit", vgl. Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, 3. Auflage (4/2009), Ziffer 2.1.1), der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die aus einer Schädigung folgenden Funktions- bzw. Fähigkeitsstörungen oder drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen in der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft einbezieht. Zu berücksichtigen sind dabei auch die Kontextfaktoren und Risikofaktoren als Voraussetzung für einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Hinblick auf die anzustrebende Integration in Arbeit, Beruf und Gesellschaft. Dieser Rehabilitationsansatz erfordert - entsprechend den individuellen Verhältnissen - die Anwendung von komplexen Maßnahmen (vgl. auch [§ 26 Abs. 3 SGB IX](#)) medizinischer, pädagogischer, beruflicher und sozialer Art und die interdisziplinäre Verzahnung insbesondere der ärztlichen, pflegerischen, physiotherapeutischen, ergotherapeutischen, logopädischen / sprachtherapeutischen, diätetischen und psychotherapeutischen Versorgung unter Einschluss von Hilfen zur Bewältigung der Krankheitsfolgen und zur Verhaltensänderung mit dem präventiven Ziel des Abbaus von gesundheitlichen Risikofaktoren (vgl. Gerke in: Kossens/von der Heide/Maaß, SGB IX, 3. Auflage 2009, [§ 26 Rdnr. 4](#)). Konkrete Aufgaben der medizinischen Rehabilitation sind neben der Diagnostik der Erkrankung und der Funktionsstörungen sowie der Fortführung der Therapieleistungen u.a. auch die Förderung einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung, die Anleitung und Schulung zum eigenverantwortlichen Umgehen mit der Erkrankung sowie eine Verhaltensmodifikation mit dem Ziel des Aufbaus einer krankheitsadäquaten und gesundheitsförderlichen Lebensweise und des Abbaus gesundheitsschädlichen Verhaltens (vgl. Rahmenkonzept der DRV a.a.O., Ziffer 2.3).

Nach Ziffer 3 der Leitlinie der DRV für die medizinische Rehabilitation zu Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit - Pilotversion (1. Auflage (10/2009)) haben alle Therapiebereiche der Rehabilitation u.a. zum Ziel, alltagstaugliche stabile Lebensstiländerungen der Rehabilitantinnen und Rehabilitanten zu initiieren, die auf deren individuellen Voraussetzungen, Fähigkeiten und Möglichkeiten basieren. Ferner geht es um die Förderung des Selbstmanagements im Umgang mit Krankheit und Behinderung, das Erlernen von Kompensationsmöglichkeiten sowie die Adaption der verbleibenden Fähigkeiten, um die Leistungsfähigkeit in Erwerbsleben und Alltag möglichst weitgehend zu erhalten oder wiederherzustellen. Dementsprechend werden diejenigen Therapien berücksichtigt, die sich aus dem bio-psycho-sozialen Modell von Krankheit und Gesundheit ergeben. Das Therapiekonzept der medizinischen Rehabilitation beinhaltet dabei - indikationsspezifisch unterschiedlich gewichtet - sowohl funktionelle als auch edukative, psychotherapeutische und psychosoziale Aspekte, die systematisch aufeinander aufbauen und im Rahmen der Rehabilitation ihre Wirkung entfalten.

Der Begriff "medizinische Maßnahme" unterliegt jedoch einer inhaltlichen Begrenzung. Es liegt im Wesen medizinischer Maßnahmen, dass sie heilend auf den Gesundheitszustand des Menschen einwirken sollen, dessen Erwerbsfähigkeit erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden soll (vgl. [§ 10 Abs. 1 SGB VI](#)). Die Maßnahme muss also ihrer Art nach bestimmt sein, das Leiden eines Menschen zu beeinflussen. Dabei ist der Kreis sehr weit zu ziehen, da regelmäßig gerade bei Abhängigkeitskranken die Störung der sozialen Beziehungen eine Erscheinungsform der Krankheit ist. Nicht zu den medizinischen Maßnahmen gehören Bemühungen, die durch Veränderung der Lebensbedingungen und des gesellschaftlichen Umfeldes, wie z. B. Arbeitsuche, Wohnraumbeschaffung oder Schuldentilgung, nur einer mittelbaren Verringerung der Gefährdung des Versicherten dienen (vgl. BSG, Urteil vom 16.06.1994 - [13 RJ 49/93](#) -, [SozR 3-2200 § 1237 Nr. 4](#) RdNr. 34f). Um die Durchführung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation handelte es sich bei der Unterbringung des Versicherten im Rahmen des Betreuten Wohnens. Bereits im Entlassungsbericht der Reha-Fachklinik H war ausgeführt, dass der Versicherte noch der Entwicklung verschiedener Kompetenzen zur selbstständigen und abstinenter Lebensführung bedürfe. Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie B vom Therapiezentrum S hat in seinem Bericht vom 08.06.2006 dargelegt, dass der Versicherte noch viel äußere Struktur benötige, um seinen Alltag zu bewältigen. Seine Abstinenzstabilität sei gefährdet und um die bereits erreichten Erfolge weiter zu stabilisieren, sei ein Betreutes Wohnen mit Möglichkeiten der Tagesstrukturierung durch ein angegliedertes Arbeitsprojekt notwendig. Außerdem benötige er noch zusätzlich ambulante psychiatrische Behandlung, um eine langfristige Stabilisierung der Abstinenz zu ermöglichen. In einer eigenen Wohnung sei zu befürchten, dass der Versicherte nicht genügend Ressourcen zur Verfügung habe, um alltägliche Stresssituationen abstinenter zu bewältigen. Im Rahmen des Betreuten Wohnens eröffne sich ihm die Chance, stützende Gespräche mit Mitarbeitern und Mitbewohnern zu haben. Das SG hat zutreffend darauf hingewiesen, dass die Ziele des Betreuten Wohnens ihrer Art nach bestimmt waren, das Leiden des Versicherten zu beeinflussen. Aus der Stellungnahme des Arztes B ergibt sich eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, weshalb die persönlichen Voraussetzungen des [§ 10 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI](#) erfüllt waren. Unter Erwerbsfähigkeit ist die Fähigkeit des Versicherten zu verstehen, seinen bisherigen Beruf oder seine bisherige Tätigkeit weiter ausüben zu können. Nicht hingegen sind die Kriterien anwendbar, die für die Erfüllung der Leistungs-voraussetzungen einer Rente wegen Erwerbsminderung maßgebend sind (vgl. BSG, Urteil vom 17.10.2006 - [B 5 RJ 15/05 R](#) -, [SozR 4-2600 § 10 Nr. 2](#)). Seine dauerhafte Abstinenz war auch nach der Adaptionsbehandlung nicht gewährleistet und ein erneutes Abgleiten in die Drogenkarriere war angesichts der bereits dritten Entzugsbehandlung nach wie vor zu befürchten (vgl. Bescheinigung des Therapiezentrums Speyer vom 08.06.2006). Integration in das Erwerbsleben bedeutet, das Rückfallrisiko niedrig zu halten (vgl. SuchtAktuell, 2009, 21, 22).

Die gesetzlichen Voraussetzungen ([§§ 10 Abs. 1, 15 Abs. 1 SGB VI](#)) müssen in jeder Phase des Rehabilitationsverfahrens geprüft werden und vorliegen. Dazu gehört es, dass es sich um eine Maßnahme aus dem Bereich handelt, der den Rentenversicherungsträgern als Aufgabe - hier Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit - zugewiesen ist. Bei Alkoholabhängigen sind zur Wiedereingliederung im Sinne des gesamtheitlichen Enderfolgs nicht nur körperbezogene Einzelmaßnahmen erforderlich, sondern mindestens ebenso notwendig psychosoziale Behandlungen, die der Stabilisierung der Persönlichkeit dienen und dadurch die Gefahr des Rückfalls minimieren. Solche stabilisierenden Maßnahmen zählen zu den medizinischen Leistungen, selbst wenn sie nicht unter Anordnung, Leitung oder Überwachung eines Arztes stehen. Dies gilt jedenfalls dann, wenn sie Teil eines zusammenhängenden Behandlungskonzepts sind, das sinnvollerweise in einer Hand liegen muss und einheitlich zu organisieren ist (ständige Rechtsprechung, vgl. BSG, Urteil vom 08.10.1992 - [13 RJ 57/91](#) -, Juris). Die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers wird nicht dadurch beeinflusst, dass die Maßnahme zugleich auch Zwecke der beruflichen und sozialen Integration mitverfolgt. Ebenso wenig kommt es darauf an, wo das Schwergewicht der Zwecke liegt, sofern die Maßnahme in ihrer konkreten Gestalt der Besserung der Erwerbsfähigkeit dient und die Kriterien einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation erfüllt sind (BSG, Urteil vom 17.06.1993 - [13/5 RJ 50/90](#) -, Juris; Urteil vom 16.06.1994 - [13 RJ 49/93](#) -, [SozR 3-2200 § 1237 Nr. 4](#) RdNr. 36).

Bei dem Versicherten diente die Unterbringung im Rahmen des Betreuten Wohnens nicht lediglich der allgemeinen Verbesserung der Gesundheit, sondern der Wiederherstellung seiner Erwerbsfähigkeit. Aus dem Schreiben des Facharztes B vom 08.06.2006 geht hervor, dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten noch nicht vollständig wiederhergestellt war und er neben ambulanten Behandlungen auch eine ständige psychosoziale Behandlung benötigte. Dies steht in Übereinstimmung mit den Zielen des Wohn- und Arbeitsprojekts C N, das als soziales Lernfeld zur Unterstützung bei der Alltagsbewältigung einen Rückhalt bieten soll, um eine Wiedereingliederung in das Arbeitsleben zu gewährleisten. Die berufliche Tätigkeit in dem sogenannten "geschützten Rahmen" des Betreuten Wohnens sollte zu dauerhafter Abstinenz und mittelfristig zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit führen, mit dem Ziel, sich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt behaupten zu können. Auch handelte es sich seit dem Beginn der Entzugsbehandlung um ein zusammenhängendes Behandlungskonzept mit dem durchgehend verfolgten Ziel der vollständigen Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Die Nachhaltigkeit der Rehabilitationsleistung war im vorliegenden Einzelfall ohne diese Behandlung nämlich nicht sichergestellt (vgl. auch SuchtAktuell a.a.O.). Um eine Nachsorge bzw. Hilfe zur Selbsthilfe handelte es sich nicht, sondern um eine Fortführung der medizinischen Rehabilitation. Eine anderweitige Behandlungsmöglichkeit für den Versicherten war nicht gegeben. Aus der Prognose des Arztes B vom 21.06.2006 ergibt sich in Verbindung mit seinem Schreiben vom 08.06.2006, dass durch die Maßnahme des Betreuten Wohnens die Erwerbsfähigkeit des Versicherten wiederhergestellt werden kann. Dass eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach [§ 15 Abs. 2 SGB VI](#) die Erbringung von Leistungen in eigenen Einrichtungen des Rentenversicherungsträgers oder mit denen ein Vertrag nach [§ 21 SGB IX](#) besteht, voraussetzt, steht dem Anspruch des Versicherten nicht entgegen, zumal die Klägerin die Einrichtung mit Schreiben vom 06.07.2006 "anerkannt" hat, woraus sich ergibt, dass im - hier erfolgten - Falle der tatsächlichen Belegung der Abschluss eines Vertrages zu sehen ist (vgl. Stähler/Winkler in JurisPK-SGB VI, 1. Auflage 2008, [§ 15 SGB VI](#) RdNr. 9).

Eine Begrenzung der Leistungspflicht der Klägerin mit der Folge, dass der Beklagte zur Übernahme des geltend gemachten Erstattungsbetrages verpflichtet wäre, ergibt sich nicht aus der Verfahrensabsprache der Rentenversicherungsträger mit dem Land Rheinland-Pfalz vom August/September 1996, in Kraft getreten am 01.10.1996. Diese Verfahrensabsprache bezieht sich ausschließlich auf Leistungen im Sinne des [§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI](#) und nicht auf die vorliegend gegebene medizinische Rehabilitation. Ob diese Verfahrensabsprache als Verwaltungsvereinbarung im Sinne eines öffentlich-rechtlichen Vertrages zu werten sein könnte und ob [§ 31 SGB I](#) dieser Vereinbarung Grenzen setzen kann, braucht daher nicht entschieden zu werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).  
Revisionszulassungsgründe gemäß [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

RPF

Saved

2011-12-16