

– Fachbeitrag A21-2021 –

09.07.2021

**Berufliche Reha unmittelbar nach medizinischer Reha**  
Anmerkung zu Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 3. Juni 2020,  
Az. L 2 AL 8/19<sup>1</sup>

*Von Dr. Philipp Köster, Sozialgericht Braunschweig*

**I. Thesen des Autors**

- Das SGB IX funktioniert im Sinne der behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen: Leistungsberechtigte erhalten (beinahe) wie aus einer Hand ihre Leistungen.
- Die erleichterte Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne des § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI ist entgegen der internen Arbeitsanweisung der Deutschen Rentenversicherung auch nach sechs Monaten möglich, wenn kein Antrag auf berufliche Reha gestellt wurde.
- Für einen bestimmten Zeitpunkt, an dem die erleichterte Inanspruchnahme nicht mehr möglich ist, gibt das Gesetz nichts her – weder für sechs Monate noch für einen anderen Zeitpunkt.

**II. Wesentliche Aussagen der Entscheidung**

Ohne dass weitere Umstände hinzutreten, entfällt die Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI nicht bereits bei Ablauf eines Zeitraums von sechs Monaten und wenigen Tagen nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

**III. Der Sachverhalt**

Die Deutschen Rentenversicherung (DRV) klagte gegen die Bundesagentur für Arbeit (BA) und begehrte die Kostenerstattung für eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

---

<sup>1</sup> Dieser Beitrag wurde unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de) als Fachbeitrag A21-2021 in der Kategorie A: Sozialrecht veröffentlicht; Zitiervorschlag: Köster: Berufliche Reha unmittelbar nach medizinischer Reha – Anmerkung zu Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 3. Juni 2020, Az. L 2 AL 8/19; Beitrag A21-2021 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de); 09.07.2021.

(berufliche Reha) in Höhe von etwa 58.000 €. Die berufliche Reha mit Übergangsgeld hatte die DRV als zweitangegangener Träger<sup>2</sup> erbracht. Ein Versicherter, der zuvor eine medizinische Reha von der DRV erhalten hatte, hatte sie bei der BA beantragt. Die BA hatte den Antrag an die DRV weitergeleitet.

Die DRV erbrachte für ihren Versicherten eine einmonatige medizinische neurologische Reha bis Mitte April 2011. Entlassen wurde der Versicherte aus der Reha-Klinik arbeitsunfähig für etwa vier bis acht Wochen. Vorausschauend sah die Reha-Klinik ein vollschichtiges Leistungsbild für die bisherige Tätigkeit als Industriemechaniker auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Zu berücksichtigen sei allerdings die persönliche mangelnde körperliche, seelische und geistige Belastbarkeit, insbesondere durch Kribbelparästhesien<sup>3</sup> im Arm und einen Gesichtsfeldausfall<sup>4</sup>.

Nach verwaltungsinterner Prüfung im Juli gemäß § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI sah die DRV keine Notwendigkeit für eine berufliche Reha und archivierte die Akte.

Im September 2011 stellte sich durch ein „Seh-Gutachten“ heraus, dass der Versicherte aufgrund seines Gesichtsfeldausfalls nicht mehr Auto fahren konnte. Eine stufenweise Wiedereingliederung wurde aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen. Dem Versicherten wurde zudem das Arbeitsverhältnis gekündigt.

Er beantragte dann im Oktober eine berufliche Reha bei der BA. Diese leitete den Antrag an die DRV weiter, weil sie diese nach § 11 Abs. 2a SGB VI als zuständig ansah.

Im Februar 2012 bewilligte die DRV dem Versicherten erst eine Arbeitserprobung und Berufsfindung und anschließend eine 24-monatige Umschulung als Maschinenbautechniker. Neben den Leistungen selbst erhielt der Versicherte auch Übergangsgeld von der DRV.

Im März 2012 meldete die DRV einen Erstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 S. 1 SGB IX a. F. bei der BA an. Die Voraussetzungen nach § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI seien nicht erfüllt.

Nach wiederholtem Schriftwechsel hat die DRV im November 2015 Klage beim Sozialgericht Hamburg erhoben und von der BA die Erstattung verlangt. Mit Urteil im Oktober 2018 hat das Sozialgericht die Klage abgelehnt.

---

<sup>2</sup> Siehe dazu Waßer: Die Zuständigkeitsklärung in §§ 14, 15 SGB IX nach dem neuen Bundesteilhabegesetz (BTHG) – Teil I: Leistender Rehabilitationsträger; Beitrag A2-2021 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de); 19.01.2021 und Schaumberg: Zuständigkeitsklärung gemäß § 14 SGB IX – Allgemeine Vorgaben für das Verfahren; Beitrag A10-2020 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de); 18.05.2020.

<sup>3</sup> Dabei handelt es sich um eine unangenehme, aber primär nicht schmerzhaft Körperempfindung, die nicht durch adäquate Reize ausgelöst wird. Vgl. <https://flexikon.doccheck.com/de/Par%C3%A4sthesie>, zuletzt abgerufen am 17.05.2021.

<sup>4</sup> Ausfall oder die Abschwächung (Dämpfung) eines Teils des Gesichtsfeldes mit herabgesetztem Sehvermögen. Vgl. <https://flexikon.doccheck.com/de/Skotom>, zuletzt abgerufen am 17.05.2021.

Dagegen hat die DRV Anfang Januar 2019 Berufung eingelegt, die das LSG Hamburg mit Urteil aus Juni 2020 zurückgewiesen hat. Die (zugelassene) Revision ist beim BSG nicht anhängig.

#### IV. Die Entscheidung

Das LSG Hamburg hat die Berufung der DRV zurückgewiesen. Das Sozialgericht habe die zulässige Erstattungsklage zu Recht abgewiesen.

Die DRV habe keinen Anspruch auf Erstattung nach § 14 Abs. 4 S. 1 SGB IX in der Fassung bis zum 31. Dezember 2017<sup>5</sup>. Sie sei selbst zuständiger Rehabilitationsträger, da der Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI erfülle.

Der zum Zeitpunkt des Hirninfarktes 26-jährige Versicherte erfülle zwar nicht die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 Abs. 1 SGB VI. Auch § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI käme nicht in Betracht, weil keine Erwerbsminderungsrente zu leisten sei, da der Versicherte jedenfalls noch leichte Tätigkeiten über einen Zeitraum von täglich sechs Stunden und mehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verrichten könne.

In Betracht käme allein § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI. Danach erhalten Versicherte auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn sie für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung erforderlich sind.

Grundsätzlich habe der Versicherte eine berufliche Reha für eine erfolgreiche Rehabilitation benötigt. Zwischen den Beteiligten unstrittig sei, dass der Versicherte wegen seiner Gesichtsfeldeinschränkungen nicht weiter im ursprünglichen Beruf als Industriemechaniker habe arbeiten können. Der insoweit erforderliche<sup>6</sup> sachliche Zusammenhang zwischen dem Erfordernis der medizinischen und der beruflichen Reha bestehe, es handele sich daher um ein einheitliches Rehabilitationsverfahren.

Die berufliche Reha sei auch **unmittelbar im Anschluss** an die medizinische Reha erforderlich gewesen, um insgesamt eine erfolgreiche Rehabilitation zu gewährleisten.<sup>7</sup>

Bereits zum **Zeitpunkt der Entlassung** aus der medizinischen Reha im April 2011 habe festgestanden, dass der Versicherte seinen bisherigen Beruf nicht mehr würde ausüben können. Entsprechend sei im Entlassungsbericht darauf hingewiesen, dass der Versicherte aufgrund der noch bestehenden Kribbelparästhesien im Arm und der Gesichtsfeldausfälle arbeitsunfähig entlassen werde. Ihm seien zum Entlasszeitpunkt keine Arbeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr und mit besonderen Anforderungen an

---

<sup>5</sup> Seit dem BTHG mit Wirkung zum 01.01.2018: § 16 Abs. 1 SGB IX.

<sup>6</sup> Das LSG verweist auf: Luthe in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VI, 3. Aufl., § 11 SGB VI, Rn. 56.

<sup>7</sup> Vgl. im Urteil Rn. 25 und 26, juris.

das Sehvermögen und das räumliche Sehen mehr zumutbar gewesen. Allerdings habe es von der Reha-Klinik auch geheißt, dass aufgrund des akuten Ereignisses die Einschränkungen im Beruf noch nicht beurteilbar seien und eine Überprüfung der Arbeitsfähigkeit in acht bis zehn Wochen erfolgen solle. Nach Ablauf der acht Wochen sei der Versicherte leistungseingeschränkt geblieben, was dann auch das augenärztliche Gutachten im September 2011 gezeigt habe.

Dieser medizinische Verlauf sei daher (spätestens nach Ablauf der acht Wochen) **nicht** (mehr) als **Akutfall** zu werten, bei dem sich die Aufgabe der beruflichen Rehabilitation nicht stelle.<sup>8</sup>

Auch das weitere Erfordernis,<sup>9</sup> dass die **Leistungseinschränkungen**, die berufliche Reha erforderten, bereits mit Abschluss der medizinischen Reha zu Tage getreten und ab diesem Zeitpunkt **durchgehend vorgelegen** hätten, sei erfüllt. Dass der Versicherte später nochmals Kopfschmerzen gehabt habe, habe das Leistungsbild nicht weiter wesentlich verändert. Eine Phase der Genesung und des Abwartens einer etwaigen Leistungsverbesserung nach der medizinischen Reha verhindere nicht, dass berufliche Reha unmittelbar im Anschluss erforderlich sei.

Weder sei zudem eine unmittelbare **Antragsstellung** noch ein unmittelbarer **Leistungsbeginn** der beruflichen Reha im Anschluss an die medizinische Reha erforderlich.

Allerdings stelle sich dennoch die Frage, ob nach Ablauf eines bestimmten Zeitraums eine **Zäsur** eintrete, so dass die Unmittelbarkeit dann entfalle. Eine solch **ungeschriebene Ausnahme** zum Wegfall der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen könne frühestens dann angenommen werden, wenn die DRV darauf vertrauen durfte, dass der Versicherte Leistungen zur Teilhabe nicht mehr in Anspruch nehmen würde. Ohne Hinzutreten weiterer Umstände sei dies nicht bereits bei Ablauf eines Zeitraums von sechs Monaten und wenigen Tagen der Fall. Dies folge daraus, dass beim Auftreten einer schweren Erkrankung, die eine Neuorientierung in privater, aber insbesondere auch beruflicher Hinsicht erfordere, dem Versicherten eine ausreichende Zeitspanne dafür zur Verfügung stehen müsse.

## V. Würdigung/Kritik

### 1. Koordinierendes Recht und Leistungsrecht

Die Regelungen über die Kostenerstattungen ermöglichen die im SGB IX verankerte Leistungserbringung „wie aus einer Hand“<sup>10</sup>. Auch wenn zwischen der BA und der DRV die Zuständigkeit im Streit stand, leistete die DRV dann zumindest als zweitangegangener Träger dem Versicherten die notwendige berufliche Reha. Der

---

<sup>8</sup> Das LSG verweist auf: BSG, Urteil vom 18. Februar 1981 – 1 RA 93/79 –, juris, Rn. 30.

<sup>9</sup> Das LSG verweist auf: BSG, Urteil vom 20. Oktober 2009 – B 5 R 44/08 R –, juris, Rn. 34.

<sup>10</sup> Jabben in Neumann/Pahlen/Greiner/Winkler/Jabben, § 16 SGB IX, Rn. 1.

Versicherte wurde erfolgreich beruflich umgeschult und war durch das Übergangsgeld finanziell abgesichert.

Im Nachhinein ist für den Streit über die Kostenerstattung zwischen den beiden Rehabilitationsträgern Zeit, erst zur bilateralen Auseinandersetzung und danach zur gerichtlichen Entscheidung.

Dieses Erstattungsverfahren klärt aber nicht nur die Kosten, sondern beeinflusst das Leistungsrecht. Das LSG konkretisiert (auch für die Versicherten) die Tatbestandsvoraussetzungen, wann diese (noch) unmittelbar im Anschluss an die medizinische Reha die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine berufliche Reha erfüllen und diese von der DRV zu erbringen ist, und in diesem Fall nicht von der BA als Rehabilitationsträger in der Grundsicherung für Arbeitssuchende.

## 2. Unmittelbar im Anschluss im Sinne des § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI

§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI erleichtert die Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Dort ist geregelt, dass die gesetzliche Rentenversicherung Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch erbringt, wenn sie für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation **unmittelbar** im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung erforderlich sind.

Vorliegend konnte und durfte sich das LSG die Entscheidung in diesem Einzelfall mit einem Erst-recht-Schluss „leicht“ machen: Wenn schon die DRV selbst in ihren Gemeinsamen Rechtlichen Arbeitsanweisungen (GRA)<sup>11</sup> davon ausgehe, dass „**unmittelbar** im Anschluss“ regelhaft einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten bedeute, dann könne für einen Zeitraum von sechs Monaten und zwei bis drei Tagen (jedenfalls) nichts anderes gelten.

Das LSG definiert „unmittelbar im Anschluss“ aber auch ganz grundsätzlich weitergehend.<sup>12</sup> Ohne Hinzutreten weiterer Umstände entfällt die Unmittelbarkeit nicht bereits bei Ablauf eines Zeitraums von sechs Monaten und wenigen Tagen.

Hintergrund ist für das LSG, dass in den Fällen des § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI, die regelhaft eine berufliche Neuorientierung vom betroffenen Versicherten verlangen, es auch eine ausreichende Zeitspanne für diese Neuorientierung braucht.

---

<sup>11</sup> Gemeinsame Rechtliche Arbeitsanweisungen für die Träger der Deutschen Rentenversicherung, [https://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/DE/Home/home\\_node.html](https://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/DE/Home/home_node.html), zuletzt abgerufen am 09.07.2021.

<sup>12</sup> Dass kein Akutfall vorliegen darf und die Leistungseinschränkungen mit Abschluss der medizinischen Reha durchgehend vorhanden sein müssen, wird weiterhin im Sechsmonatszeitraum vorausgesetzt.

Damit bestimmt das LSG<sup>13</sup> zur Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs „unmittelbar im Anschluss“ – jedenfalls für den Zeitraum ab sechs Monaten – ein qualitatives und ein quantitatives Element. Weitere Umstände als ggf. neue Qualität und mindestens sechs Monate und wenige Tage als quantitatives Element. Offen bleibt, wann die Unmittelbarkeit (rein) zeitlich endet. Weitere Umstände liegen wohl dann vor, wenn sich das Leistungsbild wesentlich verändert und das ausschlaggebend für die Gewährung von beruflicher Reha wird.

### **3. Schlussfolgerung**

Indirekt und zu Recht korrigiert das LSG damit die Ansicht in den GRA der DRV, dass nach Ablauf von sechs Monaten stets und immer davon ausgegangen werden könne, dass kein unmittelbarer Zusammenhang bestünde. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen entfallen nicht allein aufgrund des sechsmonatigen Zeitablaufs. Es braucht (noch etwas) mehr Zeit und weitere Umstände, mithin eine Einzelfallprüfung und mehr Verwaltungsaufwand.

---

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.  
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

---

---

<sup>13</sup> Das LSG richtet sich dabei an der Gesetzesbegründung (Bundestags-Drucksache 12/3432, S. 60) aus.