L 19 R 308/18

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Rentenversicherung
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 9 R 544/17
Datum
30.04.2018
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 19 R 308/18
Datum
15.02.2023
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

§ 14 Abs. 1 Satz 4 SGB IX a.F. verbietet quasi der Bundesagentur für Arbeit Feststellungen, ob die Voraussetzungen nach § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI vorliegen, weil - im Gegensatz zur Klärung der Zuständigkeitsabgrenzung zum Träger der Rentenversicherung nach § 11 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 und § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI - diese Voraussetzungen nicht innerhalb kurzer Zeit zu klären sind, sondern einen erheblich umfangreicheren Prüfungsaufwand erfordern würden.

I. Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Nürnberg vom 30.04.2018 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

II. Die Klägerin trägt die Kosten der Verfahren beider Instanzen.

III. Die Revision wird zugelassen.

IV. Der Streitwert beider Instanzen wird auf jeweils 49.065,00 € festgesetzt.

T a t b e s t a n d :

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob die Klägerin von der Beklagten die Erstattung aufgewendeter Kosten für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) an den Versicherten C., geb. 1987, in der Zeit vom 01.06.2015 - 31.08.2016 in Höhe von 49.065,00 € verlangen kann.

Der Versicherte C. hatte keine Berufsausbildung absolviert und war zuletzt als Lagerhelfer tätig. Ein Grad der Behinderung (GdB) von 60 ist zuerkannt.

Aus einem "Abschlussbericht" vom 08.11.2012 ergaben sich frühere Vermittlungsbemühungen der Klägerin für den Versicherten. Festgehalten ist dort, dass der Versicherte die Förderschule besucht und mehrere Praktika gemacht habe. Er leide unter starker Neurodermitis. Das Arbeitstempo sei sehr langsam, Stimmungsschwankungen würden seine Leistungsfähigkeit beeinträchtigen. Ein Praktikum bei Dehner habe er strikt abgelehnt, ein Praktikum bei Bauhaus nicht angetreten, ein Praktikum bei Edeka nach nur einem Tag abgebrochen. Völlige Blockade habe aus Angst vor neuem Praktikum bei einer anderen Firma vorgelegen. Es habe dann doch eine Eingewöhnung erfolgen können. Nach 3 Monaten sei aber Krisenintervention wegen Konflikten im privaten Bereich erforderlich gewesen. Trotzdem kam es dann zum Abschluss eines befristeten Arbeitsvertrages zum November 2012. Die Tätigkeit führte der Versicherte bis zum 30.09.2014 aus, danach bestand Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit.

Am 10.02.2015 wurde der Versicherte von L1 vom ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit G1 untersucht sowie am 16.02.2015 durch den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie B1, der beim Versicherten eine schwere Lernbehinderung bei grenzwertig normaler Intelligenz sowie ein atopisches Ekzem, aktuell wenig ausgeprägt, festgestellt hatte. Derzeit bestehe aus seiner Sicht beim Versicherten eine Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt von unter 3 Stunden über 6 Monate, wahrscheinlich auf Dauer. Die Chancen für den allgemeinen Arbeitsmarkt seien eher als schlecht einzuschätzen. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz in der Selbsteinschätzung des Probanden, der sich als wesentlich leistungsfähiger einschätze als dies in der Realität der Fall sei. Er sehe weder die intellektuellen Möglichkeiten für einen qualifizierten Schulabschluss noch im Rahmen einer "UB", die ja ebenfalls ausgelaufen sei. Der Proband sei zu wenig selbständig, wohl auch eigensinnig (verweigere das Schreiben von Bewerbungen). Eine Notwendigkeit für berufliche Rehamaßnahmen würde eigentlich nicht mehr gesehen. Am ehesten zielführend sei eine Eingliederung in eine WfbM. Er könne sich den Probanden beim

besten Willen, nach Exploration, Testung und den vorliegenden Einschätzungen, nicht dauerhaft auf dem ersten Arbeitsmarkt vorstellen. Gemeinschaftsfähigkeit könne dem Probanden attestiert werden. Am 25.02.2015 kam L1 zusammenfassend zu dem Ergebnis, dass der Versicherte bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch über ein weniger als 3stündiges Leistungsvermögen, voraussichtlich auf Dauer, verfüge.

Am 08.05.2015 beantragte der Versicherte bei der Klägerin die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Klägerin bewilligte dem Versicherten Leistungen im Eingangsverfahren in der Zeit vom 01.06.2015 - 31.08.2015 sowie vom 01.09.2015 - 31.08.2017 in der Lebenshilfe G1.

Mit Schreiben vom 16.11.2015 wies die Klägerin die Beklagte darauf hin, dass gegebenenfalls die Voraussetzungen des § 11 Abs. 2a Nr. 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VI - erfüllt sein könnten. Da im Rahmen der Zuständigkeitsklärung durch die Klägerin keine Feststellungen gemäß § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI zu treffen seien, werde sie den vorliegenden Antrag in eigener Zuständigkeit bearbeiten. Gemäß § 14 Abs. 4 Satz 2 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch idF bis 31.12.2017 - SGB IX a.F. - leite sie eine Kopie des Antrags an die Beklagte weiter, damit diese feststellen könne, ob die Voraussetzungen des § 11 Abs. 2a Nr.1 SGB VI vorlägen. Gegebenenfalls werde die Klägerin einen Erstattungsanspruch gemäß § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F. geltend machen.

Mit Schreiben vom 22.03.2016 teilte die Beklagte mit, dass sie nach eingehender Prüfung zu dem Ergebnis gelangt sei, dass die Voraussetzungen des § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI nicht vorlägen. Es bleibe bei der Zuständigkeit der Klägerin. Der "Erstattungsanspruch" werde abgelehnt.

Mit Schreiben vom 30.03.2016 machte die Klägerin gegenüber der Beklagten für die von ihr erbrachten Leistungen zur Teilhabe dem Grunde nach einen "Erstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX" geltend.

Bereits am 11.05.2015 hatte der Versicherte - ebenfalls bei der Klägerin - die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beantragt. Diesen Antrag sandte L1 mit Datum vom 01.06.2015 an die Beklagte mit der Bitte um Prüfung, ob der Leistungseinschätzung von unter 3 Stunden täglich seitens der Beklagten zugestimmt werde. Dieses Schreiben ging bei der Beklagten am 08.06.2015 ein.

Nach Einholung einer ärztlichen Stellungnahme von K1 vom 10.06.2015 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 17.06.2015 den Antrag des Versicherten vom 11.05.2015 auf Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ab, weil er die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI nicht erfülle. Seine Erwerbsfähigkeit könne durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden.

Mit Schreiben vom 09.09.2015 teilte die Beklagte dem Versicherten mit, dass nach ihren Feststellungen bei ihm eine volle Erwerbsminderung auf Zeit seit 16.02.2015 bis 28.02.2017 vorliege und der Antrag auf Reha nach § 116 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI in einen Rentenantrag umzudeuten sei. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen hierfür seien von der Beklagten bereits geprüft worden und lägen vor. Er werde gebeten, bis zum 09.10.2015 einen formellen Rentenantrag zu stellen. Nach Erinnerung des Versicherten mit Schreiben vom 13.10.2015 und Ablehnung der Rente wegen fehlender Mitwirkung mit Bescheid vom 31.03.2016 stellte der Versicherte schließlich am 03.11.2016 den formellen Rentenantrag. Die Beklagte bewilligte sodann mit Bescheid vom 16.05.2017 dem Versicherten Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit vom 01.09.2015 bis 30.04.2017 mit einer Nachzahlung für die gesamte Zeit in Höhe von 12.986,26 €, die vorläufig nicht ausgezahlt wurde.

Auf Nachfrage der Beklagten teilte die Klägerin mit Schreiben vom 23.05.2017 mit, dass ein Erstattungsanspruch aus der Rentenzahlung an den Versicherten nicht geltend gemacht werde.

Mit Schreiben vom 08.11.2016 verlangte die Klägerin von der Beklagten die Erstattung der für den Versicherten erbrachten Leistungen zur Teilhabe in der Zeit vom 01.06.2015 - 31.08.2016 in Höhe von insgesamt 49.065,00 € (gemäß beiliegender Kostenaufstellung). Mit Schreiben vom 02.02.2017 lehnte die Beklagte die Kostenerstattung ab. Die Voraussetzungen nach § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI lägen nicht vor. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in WfbM seien regelmäßig darauf ausgerichtet, den Behinderten für den Einsatz in der Produktionsstufe einer WfbM zu befähigen. Diese Leistungen verhinderten deshalb grundsätzlich nicht die Zahlung einer Rente wegen Erwerbsminderung.

Ab 01.09.2017 wurde der Versicherte in den Arbeitsbereich der WfbM Lebenshilfe G2 (Werkstatt U1) aufgenommen. Zum 28.02.2018 wurde die Werkstatttätigkeit des Versicherten wegen einer Verschlechterung seines psychischen Zustandes beendet.

Mit weiterem Schreiben vom 21.09.2017 verlangte die Klägerin von der Beklagten auch die Erstattung der Kosten für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für die Zeit vom 01.09.2016 - 31.08.2017 in Höhe von weiteren 34.427,32 €. Die Beklagte wies die Klägerin mit Schreiben vom 23.10.2017 auf die zwischenzeitlich von der Klägerin anhängig gemachte Klage vor dem Sozialgericht (SG) hin, deren Ausgang abzuwarten sei. Der geltend gemachte Erstattungsanspruch vom 21.09.2017 werde bis zum Abschluss des Klageverfahrens zurückgestellt.

Mit Schreiben vom 05.10.2017 bat die Beklagte dann jedoch die Klägerin, zur Abrechnung der Erstattung für den Zeitraum von 09/2015 - 04/2017 und von 05/2017 - 10/2017 um monatliche Aufstellung der von der Klägerin erbrachten Leistungen. Das Schreiben der Klägerin vom 29.06.2017, in dem sie den Erstattungsanspruch in einer Summe beziffert hätte, reiche zur Abrechnung nicht aus. Die Klägerin übersandte daraufhin mit Schreiben vom 10.11.2017 eine entsprechende Kostenaufstellung.

Die Klägerin hatte zwischenzeitlich am 19.06.2017 Klage zum SG Nürnberg erhoben, von der Beklagten die Erstattung der Kosten in Höhe von 49.065,00 € verlangt und zur Begründung auf einschlägige Urteile des SG Augsburg (vom 27.03.2014 - S 7 AL 188/11) sowie des LSG Berlin-Brandenburg (vom 10.02.2011 - L 8 AL 142/08) verwiesen.

Das SG hat die Beklagte mit Gerichtsbescheid vom 30.04.2018 verurteilt, an die Klägerin 49.065,00 € zu zahlen. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, dass die Voraussetzungen nach § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F. gegeben seien. Im Rahmen der Zuständigkeitsprüfung nach § 14 Abs. 1 SGB IX a.F. prüfe die Klägerin, ob beim Versicherten die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 Abs. 1 SGB VI vorlägen. Allerdings prüfe die Klägerin dann, wenn sie erstangegangener Leistungsträger sei, nach § 14 Abs. 1 Satz 4 und Abs. 4 Satz 2 SGB IX a.F.

nicht, ob die Voraussetzungen des § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI konkret vorlägen. In einem solchen Fall könne sie in Vorleistung gehen, leite aber den Antrag zur Prüfung an die Rentenversicherung weiter. Dies sei vorliegend so erfolgt. Die Klägerin habe vorbehaltlich einer Zuständigkeit der Beklagten gemäß § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI ihre Zuständigkeit angenommen und vorläufig Leistungen zur Teilhabe an den Versicherten erbracht. Den vorläufigen Charakter der Leistungsgewährung habe die Klägerin auch dadurch deutlich gemacht, dass sie gegenüber der Beklagten bei der Weiterleitung des Antrags am 16.11.2015 mit der Bitte um Überprüfung, ob eine Zuständigkeit der Beklagten gemäß § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI gegeben sei, zugleich die Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs angekündigt habe. Die Vorläufigkeit ergebe sich auch aus der gesetzlichen Vorschrift des § 14 SGB IX a.F., da die Klägerin als erstangegangener Rehabilitationsträger im Rahmen der Zuständigkeitsprüfung gemäß § 14 Abs. 1 Satz 4 SGB IX a.F. eben gerade nicht eine Feststellung nach § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI treffen könne. Tatsächlich sei die Beklagte zuständiger Leistungsträger. Unstreitig hätten beim Versicherten die Voraussetzungen des § 11 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 2 SGB VI nicht vorgelegen, da der Versicherte weder die erforderliche Wartezeit von 15 Jahren erfüllt gehabt, noch eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bezogen hätte. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI hätten jedoch vorgelegen. Danach habe die Beklagte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch an Versicherte zu erbringen, wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre. Maßgeblicher Zeitpunkt für die Prüfung des Vorliegens dieser Voraussetzungen sei der Zeitpunkt der Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe.

Am 08.05.2015 habe dem Versicherten nach den medizinischen Feststellungen der Klägerin und der Beklagten (L1, B1) bereits unmittelbar eine Erwerbsminderung und damit eine Berentung gedroht. Beide Ärzte hätten eine Werkstattintegration befürwortet. Zwar hätten beide Ärzte die Leistungsfähigkeit voraussichtlich auf Dauer gesehen, aber die Beklagte habe die gewährte Rente wegen voller Erwerbsminderung lediglich auf Zeit und nicht auf Dauer gewährt, da eine Besserung für möglich gehalten worden sei. Zudem sei der mögliche 3-Jahreszeitraum nach § 102 Abs. 2 Nr. 2 SGB VI nicht ausgeschöpft worden. Nach alledem sei davon auszugehen, dass der Zustand nicht auf Dauer bestehe, sondern sehr wohl die Möglichkeit der Besserung bestehe. Auch im Rahmen des § 102 Abs. 2 SGB VI sei eine Prognoseentscheidung zu treffen und die Wahrscheinlichkeit der Besserung zu beantworten. Insoweit greife das Argument der Beklagten, Renten wegen Erwerbsminderung seien immer befristet zu gewähren, zu kurz. § 11 Abs. 2a SGB VI sei vom Gesetzgeber eingefügt worden, um Lücken bei der Zuständigkeit der Beklagten zu schließen. Dies betreffe vorrangig diejenigen - meist jüngeren - Versicherten, die die allgemeine Wartezeit von 15 Jahren noch nicht erfüllt hätten, noch keine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen, aber unmittelbar vor einer Berentung stehen würden. Zwar solle gemäß § 11 Abs. 2a SGB VI bei Leistungen zur Teilhabe grundsätzlich Ziel sein, die Berentung zu vermeiden. Dies sei generell auch Sinn und Zweck von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Eine Erfolgsverpflichtung lasse sich dem § 11 Abs. 2a SGB VI jedoch gerade nicht entnehmen und könne auch im Wege einer systematischen Auslegung nicht hineingelesen werden. Dies gelte insbesondere, da die Zuständigkeit der Beklagten bei Beziehern einer Erwerbsminderungsrente nach § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI ohnehin gegeben sei. Im Übrigen sei darauf hinzuweisen, dass die Tatsache, dass ein behinderter Mensch in einer WfbM tätig sei, nicht den Schluss rechtfertige, dass auch (auf Dauer) verminderte Erwerbsfähigkeit vorliege. Außerdem spreche der Umstand, dass der Versicherte nur für Tätigkeiten einer WfbM in Betracht komme, nicht dagegen, dass eine "positive" Prognose im Sinne des § 10 Abs. 1 Nr. 2b SGB VI gestellt werden könne (LSG Berlin-Brandenburg, a.a.O.). Die Leistungen im Eingangs- und im Berufsbildungsbereich der WfbM gehörten gerade zum Leistungskatalog der gesetzlichen Rentenversicherung, § 16 SGB VI iVm § 40 SGB IX (SG Augsburg, Urteil vom 27.03.2014, S 7 AL 188/11). Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich einer anerkannten WfbM könnten daher vom Rentenversicherungsträger auch für Versicherte erbracht werden, bei denen die bestehende Erwerbsminderung zwar nicht zu beheben, jedoch ein Verbleib in der Produktionsstufe der WfbM zu erreichen sei (Stähler, in: jurisPK-SGB VI, 2. Aufl., 2013, § 16 SGB VI Rn 28; Kater in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, 97. EL Dezember 2017, § 16 SGB VI Rn 59). Infolgedessen stelle auch § 16 SGB VI iVm § 42 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX mit Verweisung auf die Voraussetzungen der §§ 11 - 13 SGB VI eine Sonderregelung zu § 10 SGB VI dar, indem sie anstelle der Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt lediglich die Erreichung von Wettbewerbsfähigkeit des Versicherten auf dem besonders geschützten Arbeitsmarkt der WfbM als prognostisch erreichbares Rehabilitationsziel verlange (Stähler, a.a.O.). Zielsetzung sei, dass erwartet werden könne, dass der behinderte Mensch nach Teilnahme an der Leistung in der Lage sei, wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich vertretbarer Arbeitsleistung im Sinne des § 136 Abs. 2 Satz 1 SGB IX a.F. zu erbringen und damit versicherungspflichtig im Sinne des § 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI tätig sein zu können. Ferner sei zu berücksichtigen, dass gemäß § 136 Abs. 1 Satz 3 SGB IX a.F. die WfbM auch den Übergang geeigneter Personen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch geeignete Maßnahmen fördere. Nach alledem sei die Beklagte zuständige Leistungsträgerin gemäß § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI und der Klage sei daher stattzugeben.

Zur Begründung der hiergegen am 04.06.2018 zum Bayer. Landessozialgericht eingelegten Berufung weist die Beklagte darauf hin, dass nach den Feststellungen der Beklagten beim Versicherten in der Zeit vom 16.02.2015 bis 28.02.2017 volle Erwerbsminderung vorgelegen habe (Leistungsfall Tag der Untersuchung durch B1) und auch im Rahmen des Weitergewährungsantrags die medizinische Sachverständige der Beklagten am 19.09.2017 zu dem Ergebnis gekommen sei, dass der Versicherte über April 2017 hinaus weiterhin nur unter 3-stündig Arbeiten verrichten könne. Dabei habe sie die Möglichkeit der Besserung innerhalb von 2 Jahren für möglich erachtet. Die Beklagte sei für die Leistungserbringung nicht zuständig gewesen. Durch die vom Versicherten beantragten Leistungen zur Teilhabe und die Aufnahme in die WfbM sei gerade die Zahlung einer Rente wegen Erwerbsminderung nicht verhindert worden. Die Einschätzung des unter 3-stündigen Leistungsvermögens sei auch durch den eigenen medizinischen Sachverständigen der Klägerin geteilt worden. Die Vorschrift des § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI iVm § 14 Abs. 1 Satz 4 SGB IX a.F. sei deshalb einschränkend dahin auszulegen, dass ein bei der Klägerin gestellter Antrag auf Teilhabeleistungen - unter Berücksichtigung der Fiktion des § 116 Abs. 2 SGB VI - an die Träger der Rentenversicherung nur weiterzuleiten sei, wenn nach deren eigenen Ermittlungen konkrete Anhaltspunkte dafür vorlägen, dass unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage eine Rentenzahlung aus gesundheitlichen Gründen möglich erscheine, also die Erwerbsfähigkeit auf unter 6 Stunden täglich herabgesunken sei. Die Klägerin sei davon ausgegangen, dass das Leistungsvermögen des Versicherten für eine Beschäftigung von mindestens 15 Stunden wöchentlich nicht mehr ausreiche. Diese Einschätzung habe die Beklagte letztlich durch den Rentenbescheid vom 16.05.2017 bestätigt. Somit sei bei der Klägerin bereits durch die Stellungnahmen ihrer eigenen beauftragten medizinischen Sachverständigen dokumentiert und auch durch die Abgabe des Reha-Antrages am 27.05.2015 bekannt, dass trotz der LTA-Maßnahme eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre und somit kein Erstattungsanspruch bestehe. Darüber hinaus sei es auch eine Aufnahmevoraussetzung in eine WfbM, dass eine Erwerbsminderung vorliege, d.h., dass Betroffene weniger als 3 Stunden täglich am allgemeinen Arbeitsmarkt teilnehmen könnten. Es müsse beim vorliegenden medizinischen Sachverhalt davon ausgegangen werden, dass beim Versicherten eine überdauernde Erwerbsminderung bereits bei Antragstellung bestanden habe. Vorliegend habe die Beklagte auch mit den entsprechenden Leistungen zur Teilhabe die volle Erwerbsminderungsrente an den Versicherten zu erbringen gehabt, so dass die Voraussetzungen des § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI nicht gegeben gewesen wären.

Das Verfahren ist mit Beschluss des Senats vom 04.02.2019 zum Ruhen gebracht worden, nachdem der Senat auf sein Urteil vom

26.09.2018 - Az. L 19 R 444/16 - und die beim Bundessozialgericht hiergegen anhängige Revision - Az. B 5 R 1/19 R - hingewiesen hatte.

Auf Antrag der Klägerin vom 26.11.2020 ist das Verfahren fortgeführt worden. Sie weist darauf hin, dass die Entscheidung des BSG vom 26.02.2020 einem Erstattungsanspruch der Klägerin nicht entgegenstehe. Das BSG habe in seinem Urteil ausgeführt, dass eine WfbM das Ziel habe, entweder die Wiedereingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder die Befähigung zu erlangen, wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung im Arbeitsbereich einer WfbM erbringen zu können. Die Zuständigkeit der Beklagten nach § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI bestehe, wenn bei Beginn einer Maßnahme in einer WfbM prognostisch davon auszugehen sei, dass eine Wiedereingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich sei. Dies habe das SG überzeugend dargelegt. Im Zeitpunkt der Antragstellung sei eine Wiedereingliederung des Versicherten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt prognostisch nicht ausgeschlossen, also möglich gewesen. Der Versicherte sei bereits in verschiedenen Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt gewesen. Angestrebt worden sei dementsprechend die Sammlung weiterer Erfahrungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, begleitet durch verschiedene Unterstützungsmaßnahmen. Die von der Klägerin getroffene Prognoseentscheidung werde auch durch den Eingliederungsplan vom 15.02.2017 nicht widerlegt. Diesem sei zu entnehmen, dass der Versicherte beispielsweise einen Staplerführerschein erworben habe, also eine auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verwertbare Zusatzqualifikation. Unter Ziff. 11 werde sodann die Aufnahme in den Arbeitsbereich der WfbM empfohlen und festgehalten, dass eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorstellbar sei. Demnach sei die Möglichkeit einer Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt auch im Zeitpunkt der Aufnahme in den Arbeitsbereich der WfbM nach wie vor nicht ausgeschlossen gewesen.

Die Beklagte verweist hingegen im Schriftsatz vom 19.01.2021 darauf, dass in den ärztlichen Stellungnahmen ausdrücklich darauf hingewiesen worden sei, dass eine Eingliederung des Versicherten in den ersten Arbeitsmarkt gerade nicht vorstellbar sei. Das BSG unterscheide in seinem Urteil vom 26.02.2020 gerade zwischen verschiedenen Rehabilitationszielen. Aus der vom BSG dargestellten Konzeption folge gerade keine allgemeine Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers für alle mit einer Beschäftigung in einer WfbM verfolgten Rehabilitationsziele. Es sei davon auszugehen, dass die Prognoseentscheidung vor Beginn der Maßnahme zu treffen sei, selbst wenn dies im Einzelfall schwer sei, und dass sich die Prognoseentscheidung auf den gestellten Antrag auf LTA beziehe, d. h. für dessen Bewilligung getroffen werden müsse. Die sozialmedizinische Stellungnahme der Beklagten vom 10.06.2015 liege vom Zeitpunkt nach der Entscheidung der Klägerin über die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe sowie nach dem Eintritt des Versicherten in die WfbM und habe sich an der Hoffnung orientiert, dass durch eine intensive Betreuung eine, wenn auch minimale Besserung wahrscheinlich sein könnte. Insoweit werde auch auf die Berufungsbegründung verwiesen. Auf der Grundlage der Prognoseentscheidung der Klägerin vor Beginn der Maßnahme am 01.06.2015, die sich auch als die zuständige Trägerin erachtet habe, verbleibe es bei ihrem Standpunkt, dass die Beklagte zur Erstattung der zugunsten des Versicherten erbrachten Aufwendung der Klägerin nicht zuständig sei.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Nürnberg vom 30.04.2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Nürnberg vom 30.04.2018 zurückzuweisen.

Bezüglich der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Klägerin und der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

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

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig (§§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG -). Insbesondere ist die erforderliche Berufungssumme nach § 144 Abs. 1 Nr. 2 SGG erreicht.

Die Klägerin macht von der Beklagten die Erstattung ihrer Aufwendungen für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der WfbM für den Versicherten in Höhe von 49.065,00 € geltend.

Nicht streitgegenständlich sind die weiteren von der Klägerin gegenüber der Beklagten für den Zeitraum vom 01.09.2016 - 31.08.2017 geltend gemachten Kosten in Höhe von 34.427,32 €. Diese Kosten wurden übereinstimmend von den Beteiligten "zurückgestellt", bis über die vorliegende Klage entschieden sei. Das SG hat in seinem Gerichtsbescheid vom 30.04.2018 auch nur über den Zeitraum vom 01.06.2015 - 31.08.2016 entschieden.

Die Berufung der Beklagten ist auch begründet. Der Gerichtsbescheid des SG Nürnberg vom 30.04.2018 ist rechtswidrig. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die erbrachten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den Versicherten im Eingangs- und Berufsbildungsbereich der WfbM Lebenshilfe G1 in der Zeit vom 01.06.2015 - 31.08.2016 in Höhe von 49.065,00 €.

1. Die Klägerin hat keinen Erstattungsanspruch gegen die Beklagte nach § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F.

§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F. lautet: Wird nach Bewilligung der Leistung durch einen Rehabilitationsträger nach Abs. 1 Sätze 2 bis 4 SGB IX 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.

§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F. sieht nach ständiger Rechtsprechung einen Erstattungsanspruch für den sogenannten zweitangegangenen Leistungsträger vor, an den ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe von einem anderen Leistungsträger, bei dem der Antrag gestellt wurde, innerhalb der 2-Wochen-Frist nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX a.F. weitergeleitet wurde. Der zweitangegangene Leistungsträger hat dann die notwendigen Leistungen zur Teilhabe an den Antragsteller/Versicherten zu erbringen und zwar unter Anwendung sämtlicher denkbarer Leistungsgesetze nach dem Sozialgesetzbuch (SGB). War er für diese Leistungen aber nicht leistungszuständig, hat ihm der eigentlich zuständige Leistungsträger die Kosten der erbrachten Leistungen zu erstatten.

Die Klägerin hat aber nicht als zweitangegangener Leistungsträger Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht, weil der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe, den der Versicherte am 08.05.2015 bei der Klägerin gestellt hatte, nicht innerhalb der 2-Wochen-Frist an sie weitergeleitet worden war. Antrag in diesem Sinne ist jede an den Leistungsträger gerichtete Willenserklärung, aus der sich ein Leistungsverlangen ergibt (BSG, Urteil vom 20.10.2014 - B 5 R 8/14 R -, juris; Götze in: Hauck/Noftz, SGB IX, Stand 08/2021, § 14 SGB IX, Rdnr. 13). Die Klägerin war erstangegangener Leistungsträger und hat in dieser Eigenschaft auch die von dem Versicherten beantragten Leistungen erbracht.

Die Leistungserbringung erfolgte dabei auch nach einer internen Abklärung der Leistungszuständigkeit durch die Klägerin: Aufgrund der vorherigen Betreuung des Versicherten durch die Klägerin stand fest, dass der Versicherte weder die notwendige Wartezeit von 15 Jahren (§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI) erfüllt noch eine Rente wegen Erwerbsminderung von der Beklagten (§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI) bezogen hatte. Der Versicherte beantragte bei der Klägerin unmittelbar am 08.05.2015 die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Dieser Antrag wurde von der Klägerin nicht innerhalb der 14-Tages-Frist nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX a.F. an die Beklagte weitergeleitet. Die Klägerin erklärte sich gegenüber dem Versicherten für zuständig und gewährte ihm ab dem 01.06.2015 bis 31.08.2015 Leistungen zur Teilhabe im Eingangsbereich der WfbM Lebenshilfe G1 sowie im Anschluss daran vom 01.09.2015 bis 31.08.2016 Leistungen für die Absolvierung des Berufsbildungsbereichs der WfbM. Zuvor hatte der ärztliche Dienst der Klägerin - wie von der Beklagten zutreffend vorgetragen - im Fe-bruar 2015 den Versicherten begutachtet und war durch die Ärzte L1 und
B1 zu dem Ergebnis gelangt, dass eine Eingliederung des Versicherten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gegenwärtig nicht zielführend umsetzbar sei und eine Leistungsfähigkeit von weniger als 3 Stunden täglich voraussichtlich auf Dauer vorliege. Erst nachdem der Versicherte am 11.05.2015 - ebenfalls - bei der Klägerin die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beantragt hatte, hat die Klägerin durch ihren Arzt L1 unter dem Datum 01.06.2015 die ärztlichen Untersuchungen an die Beklagte weitergeleitet mit der Bitte um Prüfung, ob die Leistungseinschätzung durch den ärztlichen Dienst der Klägerin auch seitens der Beklagten geteilt werde. Diese Anfrage erfolgte jedoch außerhalb der 14-Tages-Frist, so dass hierin keine - eine eigene Zuständigkeit der Beklagten begründende - Weiterleitung im rechtlichen Sinne lag. Erst mit Schreiben vom 16.11.2015 - also deutlich nach Antragstellung - wies die Klägerin die Beklagte darauf hin, dass gegebenenfalls die Voraussetzungen nach § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI vorliegen könnten und dass die Klägerin nach der gesetzlichen Regelung in § 14 Abs. 1 Satz 4 SGB IX a.F. im Rahmen der Zuständigkeitsklärung hierzu keine Feststellungen treffen dürfe. Gegenüber dem Versicherten hatte die Klägerin deshalb zu Recht mitgeteilt, dass sie der für die Erbringung der Leistungen zur Teilhabe zuständige (erstangegangene) Leistungsträger sei. Der Versicherte konnte nach den Leistungen in den Arbeitsbereich der WfbM überführt werden, eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt konnte nicht erfolgen.

§ 14 SGB IX a.F. bezweckt im Interesse des Antragstellers/Versicherten eine möglichst rasche Klärung der Zuständigkeit eines Leistungsträgers im gegliederten System der gesetzlichen Sozialversicherung bzw. allgemein nach dem SGB, um eine möglichst rasche Versorgung des Antragstellers mit den notwendigen medizinischen und/oder beruflichen Leistungen zur Teilhabe zu gewährleisten, ohne dass ein längerer Zuständigkeitsstreit der Leistungsträger untereinander abgewartet werden muss (Ulrich, in: juris-PK SGB IX, Stand 2018, § 14 SGB IX, Rdnr. 65). Wird ein Antrag nach § 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX a.F. vom erstangegangenen Leistungsträger innerhalb von 2 Wochen weitergeleitet, muss der zweitangegangene Leistungsträger die Leistungen nach sämtlichen in Betracht kommenden Regelungen des SGB prüfen und erbringen, auch wenn er hierfür eigentlich nach den für ihn geltenden gesetzlichen Regelungen nicht leistungszuständig wäre. Als Ausgleich für die quasi infolge der Weiterleitung "aufgedrängte" Zuständigkeit (Joussen, in LPK SGB IX, 5. Aufl., 2019, § 15 Rdnr. 2) hat der eigentlich zuständige Träger die aufgewandten Kosten zu erstatten. Mangels Weiterleitung des Antrags im Sinne des § 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX a. F. fehlt es an einer der Klägerin "aufgedrängten Zuständigkeit", die einen Erstattungsanspruch begründen könnte.

Ein Erstattungsanspruch ergibt sich jedoch auch nicht aus § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F., soweit er auf die Regelung des § 14 Abs. 1 Satz 2 bis 4 SGB IX a.F. Bezug nimmt. Nach § 14 Abs. 1 Satz 4 SGB IX a.F. ist dann, wenn der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei der Bundesagentur für Arbeit - also vorliegend bei der Klägerin - gestellt wird, nicht zu prüfen, ob die Voraussetzungen des § 22 Abs. 3 Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) - also ein Vorrang anderer Leistungen zu Leistungen der aktiven Arbeitsförderung nach dem SGB III - gegeben wäre und es sind auch keine Feststellungen nach § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI zu treffen. Nach § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Leistungszuständigkeit der Beklagten auch dann gegeben, wenn ohne die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre. § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI soll bewirken, dass neben Beziehern einer Rente wegen Erwerbsminderung, die bereits nach § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfüllen, auch Versicherte Leistungen zur Teilhabe beanspruchen können, die - ohne eine solche Rente zu beziehen - Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente haben könnten. Es muss also, soweit die gesundheitlichen und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt wären oder als erfüllt gelten würden, eine solche Berentung unmittelbar drohen, wobei wohl von einem Zeitraum von bis zu 12 Monaten auszugehen wäre (Kater, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Stand Mai 2021, § 11 SGB VI, Rdnr. 21 m.w.N.).

§ 14 Abs. 1 Satz 4 SGB IX a.F. "verbietet" quasi der Bundesagentur für Arbeit - vorliegend der Klägerin - Feststellungen, ob die Voraussetzungen nach § 11
Abs. 2a Nr. 1 SGB VI vorliegen, weil - im Gegensatz zur Klärung der Zuständigkeitsabgrenzung zur Beklagten nach § 11 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 und § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI - diese Voraussetzungen nicht innerhalb kurzer Zeit zu klären sind, sondern einen erheblich umfangreicheren Prüfungsaufwand erfordern würden. § 14 Abs. 1 Satz 4 SGB IX a.F. bezweckt damit die Beschleunigung der Zuständigkeitsklärung und die möglichst rasche Leistungserbringung an den Antragsteller. Es muss also nicht zuerst durch die Rentenversicherungsträger festgestellt werden, ob ohne die beantragten Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre. Diese Feststellungen sollen erst in einem Verfahren nach Abs. 4 getroffen werden, allerdings bereits während der nach § 14 Abs. 1 Satz 4 SGB IX a.F. einzuleitenden Leistungen. Dabei sollen nur solche Anträge von der Bundesagentur für Arbeit an die Rentenversicherung weitergeleitet werden, bei denen sie konkrete Anhaltspunkte dafür hat, dass der Träger der Rentenversicherung zur Leistung einer Rente unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage verpflichtet sein könnte. Dadurch "soll der Verwaltungsaufwand bei der Rentenversicherung auf ein Minimum beschränkt" werden (Joussen, LPK SGB IX, 4. Aufl., 2014, § 14 SGB IX Rdnr. 24; derselbe, in LPK SGB IX, 5. Aufl., 2019, § 14 SGB IX, Rdnr.14; Oppermann, in: Hauck/Noftz, Stand August 2021, § 14 SGB IX, Rdnr. 18; BT-Drucks. 14/5074 S. 102 f. zu § 14 SGB IX a.F.). Dementsprechend ordnet § 14 Abs. 4 Satz 2 SGB IX a.F. an, dass die Bundesagentur für die Klärung nach § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nur weiterleitet, wenn sie konkrete Anhaltspunkte dafür hat, dass der Träger der Rentenversicherung zur Leistung einer Rente unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage verpflichtet sein könnte.

Im Ergebnis bedeutet dies ebenfalls eine Art "aufgedrängter Zuständigkeit" für die Bundesagentur für Arbeit, also für die Klägerin, infolge

der gesetzlichen Regelung zur raschen Zuständigkeitsklärung nach § 14 Abs. 1 Satz 4 SGB IX a.F. Unter Berücksichtigung der Zielsetzung der raschen Zuständigkeitsklärung aufgrund des Regelungssystems des § 14 SGB IX a.F. und auch nach den §§ 14 bis 16 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung sollen im Ergebnis keine dauerhaften materiell-rechtlichen Verschiebungen der Leistungszuständigkeit und der Kostentragungspflicht des eigentlich zuständigen Trägers stattfinden. Insoweit könnte ein Ausgleich der von der Klägerin getragenen Kosten durch die Beklagte durchaus denkbar sein.

Für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich einer WfbM ist nach § 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX a.F. die Bundesagentur zuständig, soweit nicht einer der in Nrn. 2 bis 4 genannten Träger zuständig ist. Nach § 42 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX a.F. sind die Träger der Rentenversicherung unter den Voraussetzungen der §§ 11 bis 13 SGB VI zuständig. Wie oben bereits ausgeführt, lagen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 SGB VI beim Versicherten C. nicht vor, ebenso wenig die Voraussetzungen des § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI, da die Beklagte nicht zuvor Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbracht hatte.

Eine Leistungszuständigkeit der Beklagten aus § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI ergab sich vorliegend aber ebenfalls nicht. Die Klägerin hatte entsprechend der gesetzlichen Regelung nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX a.F. unter Berücksichtigung des § 14 Abs. 1 Satz 4 SGB IX a.F. als erstangegangener Leistungsträger Leistungen zur Teilhabe an den Versicherten ab dem 01.06.2015 erbracht und hat dann den Antrag des Versicherten an die Beklagte zur Prüfung weitergeleitet, ob eine Leistungszuständigkeit der Beklagten aus § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI bestehen könnte und hat insoweit "vorsorglich einen Erstattungsanspruch" angemeldet. Die Beklagte kam unter Prüfung der von der Klägerin übersandten medizinischen Unterlagen des Versicherten zu dem gleichen Ergebnis wie der ärztliche Dienst der Klägerin, nämlich, dass der Versicherte aufgrund seiner psychischen Erkrankung voraussichtlich dauerhaft nicht mehr in der Lage sei, Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verrichten. Sie hat gegenüber dem Versicherten Leistungen zur Teilhabe abgelehnt, weil eine Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit des Versicherten für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes durch Leistungen zur Teilhabe nicht zu erwarten war. Sie hat des Weiteren mit Schreiben vom 09.09.2015 den Versicherten auf die Umdeutung des Reha-Antrages nach § 116 Abs. 2 SGB VI hingewiesen und ihn aufgefordert, unverzüglich einen Formblattantrag auf Gewährung einer Erwerbsminderungsrente zu stellen. Nachdem die Beklagte den Versicherten zunächst an die Übersendung des Formblattantrages erinnert und dann sogar eine Rentengewährung wegen fehlender Mitwirkung mit Bescheid vom 31.03.2016 abgelehnt hatte, hat der Versicherte schließlich erst am 03.11.2016 einen formellen Rentenantrag gestellt. Die Beklagte hatte dann mit Bescheid vom 16.05.2017 schließlich rückwirkend unter Annahme eines Leistungsfalles am 16.02.2015 (Untersuchung B1) dem Versicherten volle Erwerbsminderungsrente auf Zeit zuerkannt. Die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente konnte also durch die von der Klägerin gewährten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der WfbM gerade nicht verhindert werden.

Entgegen der Auffassung der Klägerin kommt es nicht darauf an, ob es dem Versicherten irgendwann einmal wieder gelingen könnte, eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wettbewerbsfähig zu verrichten. Maßgebend ist vielmehr, ob im Zeitpunkt der Antragstellung auf die konkrete Leistung eine Prognoseentscheidung erfolgen kann, dass durch diese konkrete Leistung eine Wiedereingliederung des Versicherten in den allgemeinen Arbeitsmarkt möglich erscheint. Eine solche Prognose haben weder die Klägerin noch die Beklagte im Antragszeitpunkt zu stellen vermocht, sondern - im Gegenteil - dies faktisch als so gut wie ausgeschlossen betrachtet. Der Versicherte konnte auch nach Durchführung der Leistungen zur Teilhabe nicht in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert werden, sondern wurde in den Arbeitsbereich der WfbM übernommen, musste aber selbst hier wegen einer Verschlechterung seines psychischen Gesundheitszustandes die Tätigkeit wieder abbrechen bzw. beenden. Bei dieser medizinischen Konstellation lagen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI nicht vor, weil durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine Wiedereingliederung des Versicherten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 26.02.2020 - B 5 R 1/19 R -; BayLSG, Urteil vom 26.09.2018 - L 19 R 444/16; juris) nicht zu erwarten war. Es blieb deshalb bei der Leistungszuständigkeit der Klägerin nach § 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX a.F. für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit der Zielsetzung, den Versicherten in den Arbeitsbereich einer WfbM einzugliedern.

Soweit das SG im Gerichtsbescheid vom 30.04.2018 darauf abstellt, dass die Beklagte dem Versicherten lediglich eine Rente auf Zeit gewährt hätte und hierbei nicht einmal die "übliche" Zeit von 3 Jahren im Sinne des § 102 SGB VI beachtet hätte und dass daraus eine positive Erwerbsprognose zu folgern sei, kann dem ebenfalls nicht gefolgt werden. § 102 Abs. 2 Satz 1 SGB VI enthält die - gegenüber dem früher geltenden Recht - geänderte rechtliche Anweisung, dass Renten wegen Erwerbsminderung grundsätzlich auf Zeit gewährt werden. § 102 Abs. 2a SGB VI enthält für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sogar die Sonderregelung, dass Renten wegen Erwerbsminderung mit Ablauf des Kalendermonats enden, in dem die Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben beendet wird. Damit wird deutlich, dass der Gesetzgeber den Grundsatz "Rehabilitation vor Rente" auch insoweit betont, dass mit Beendigung der Rehamaßnahme gegebenenfalls auch erneut über einen Rentenanspruch entschieden werden kann. Es ist also nicht zutreffend, dass eine Rente wegen Erwerbsminderung zwingend auf 3 Jahre befristet werden muss und es ist ebenso wenig davon auszugehen, dass eine Prognoseentscheidung über eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Sinne des § 102 Abs. 2 SGB VI identisch wäre mit der notwendigen Prognoseentscheidung des Leistungsträgers bei Antragstellung auf entsprechende Rehabilitationsleistungen. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind auch dann Rehabilitationsleistungen, wenn diese letztlich zur Eingliederung eines behinderten Menschen in den Arbeitsbereich einer WfbM führen, nur ist dann hierfür nach § 42 Abs. 1 SGB IX a.F. nicht die Zuständigkeit der Beklagten gegeben. Dies hat das BSG in seinem Urteil vom 26.02.2020 - B 5 R 1/19 R - ausdrücklich festgestellt (BSG, a.a.O., Rn 28 f.).

2. Entgegen der Auffassung des SG hat die Klägerin die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht nur vorläufig erbracht. Gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I - kann ein Leistungsträger vorläufig Leistungen erbringen, deren Umfang er nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt, wenn ein Anspruch auf Sozialleistungen besteht und zwischen mehreren Leistungsträgern streitig ist, wer zur Leistung verpflichtet ist. Er hat diese Leistungen gemäß § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB I zu erbringen, wenn der Berechtigte es beantragt. § 43 SGB I ist vorliegend nicht anwendbar, da der Versicherte keinen Rechtsanspruch im Sinne einer gebundenen Entscheidung nach § 38 SGB I hat. Zwar besteht ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe dem Grunde nach im Hinblick auf das "Ob" der Leistung, die Ausgestaltung, also das "Wie" der Leistung, steht hingegen im pflichtgemäßen Ermessen des Leistungsträgers unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts des Versicherten (§ 13 Abs. 1 SGB VI). Zum anderen soll gerade mit der von § 14 SGB IX a.F. bezweckten raschen Zuständigkeitsklärung innerhalb von 2 Wochen ein länger andauernder Zuständigkeitskonflikt zwischen den Leistungsträgern zu Gunsten des Versicherten von vornherein vermieden werden. Diese Regelung stellt deshalb für Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen eine abschließende Regelung dar, die den allgemeinen Regelungen zur vorläufigen Zuständigkeit oder Leistungserbringung im SGB I vorgeht (Schifferdecker, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Stand September 2020, § 43 SGB I, Rdnr. 7, unter Hinweis auf die

Neuregelung in § 24 Satz 3 SGB IX, der insoweit nur klarstellende Bedeutung zukommt).

Des Weiteren kann von einer vorläufigen Leistung im Rechtssinne auch nur dann ausgegangen werden, wenn dies dem Leistungsempfänger gegenüber auch eindeutig zum Ausdruck gebracht wird, in der Regel im Bescheid an den Leistungsempfänger und nicht bloß aufgrund des Umstandes, dass es gesetzliche Regelungen zum Ausgleich erbrachter Leistungen zwischen Leistungsträgern überhaupt gibt. Die Leistungserbringung an den behinderten Menschen, Antragsteller oder Versicherten erfolgt im Außenverhältnis zu Recht, von ihm können diese (rechtmäßig erbrachten) Leistungen nicht zurückgefordert werden.

3. Die Klägerin kann auch nicht aufgrund der allgemeinen Vorschriften der §§ 102 bis 105 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X - von der Beklagten die Erstattung der aufgewandten Kosten verlangen. Der Kostenerstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 SGB IX a.F. geht den allgemeinen Erstattungsansprüchen nach den §§ 102 ff. SGB X vor (BSG, Urteil vom 25.08.2011 - B 8 SO 7/10 R) und verdrängt diese auch (BSG, Urteil vom 03.11.2011 - B 3 KR 4/11 R). Aber auch unter dem Aspekt eines Ausgleichssystems, dem § 14 Abs. 4 SGB IX a.F. gegebenenfalls nicht ausreichend gerecht werden könnte, ergäbe sich aus den allgemeinen Regelungen der §§ 102 bis 105 SGB X kein Erstattungsanspruch der Klägerin. Die Klägerin hat weder aufgrund einer entsprechenden gesetzlichen Regelung eine Rechtspflicht zur vorläufigen Leistungserbringung, die sie nach außen erkennbar hätte machen müssen (Roos, in: Schütze, SGB X, 9. Aufl., 2020, § 102 SGB X, Rdnr. 6 m.w.N.), wahrgenommen im Sinne des § 102 SGB X, sie war gegenüber der Beklagten weder subsidiärer Leistungsträger nach § 104 SGB X noch war sie unzuständiger Leistungsträger von Anfang an oder unzuständig in Folge einer nachträglichen Änderung im Sinne der §§ 103 und 105 SGB X.

Nach alledem war deshalb auf die Berufung der Beklagten hin der Gerichtsbescheid des SG Nürnberg vom 30.04.2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG iVm § 154 Verwaltungsgerichtsordnung - VwGO -.

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG).

Die Streitwerte der Verfahren werden auf jeweils 49.065,00 € festgesetzt (§ 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz - GKG -).

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-03-14