L 19 R 193/10

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung

19
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 3 R 212/08

Datum
26.01.2010
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 19 R 193/10

Datum
17.09.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Zum Fortbestehen der Leistungszuständigkeit des Rehaträgers bei Unterbrechungen der Teilnahme an der Maßnahme.
2. Die rein vorsorgliche Anzeige eines Erstattungsanspruchs ist für die Vermeidung der Ausschlussfrist des [§ 111 SGB X](#) nicht ausreichend.
 - I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 26.01.2010 wird zurückgewiesen.
 - II. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.
 - III. Die Revision wird nicht zugelassen.
 - IV. Der Streitwert wird auf 10.391,08 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe die Klägerin gegen die Beklagte einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den Versicherten O. G. hat.

Der 1973 geborene, unter Betreuung stehende Versicherte hatte von 1992 bis 1994 eine Bäckerlehre absolviert und war anschließend in diesem Beruf bis zum Jahr 2000 auch versicherungspflichtig beschäftigt. Anschließend war er als Dachdeckergehilfe tätig. Ab dem 23.05.2001 bezog er Krankengeld.

Am 07.04.2001 beantragte der Versicherte die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, über die von der Beklagten zunächst unter Hinweis auf die Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung (zu Lasten der Krankenversicherung des Versicherten, der IKK N.) in der Tagesklinik M. nicht entschieden wurde. Der Versicherte befand sich (wohl) vom 17.08.2001 bis 17.05.2002 zur Behandlung in der Tagesklinik. Die Beklagte bewilligte anschließend eine Leistung zur stationären medizinischen Rehabilitation in der Fachklinik für psychische Erkrankungen Klinik O., in der sich der Versicherte vom 03.07.2002 bis 25.09.2002 befand. Von dort wurde er als arbeitsunfähig entlassen (der Reha-Entlassungsbericht befindet sich nicht in der Akte).

Bereits am 24.06.2002 hatte sich der Versicherte beim Berufstrainingszentrum (BTZ) D. um die "Teilnahme an einem beruflichen Training im Trainingsbereich des BTZ" beworben. Mit Schreiben des BTZ D. vom 25.06.2002 wurde der Beklagten mitgeteilt, dass Bereitschaft für eine Aufnahme des Versicherten bestehe, sobald dieser seine medizinische Rehabilitation beendet habe und ein Trainingsplatz frei werde. Es werde eine Teilnahme im Trainingsbereich "Küche, Cafeteria und Hauswirtschaft" befürwortet, um zu klären, ob eine Aufnahme in einem Bereich möglich wäre, wo die Kenntnisse und Ausbildung als Bäcker verwertbar wären, ggf. als Vorbereitung auf eine Umschulung im Bereich Kochen. Die Beklagte bewilligte dem Versicherten mit Bescheid vom 07.03.2003 die Teilnahme an der 12-monatigen Trainingsmaßnahme. Dauer der Maßnahme war vom 02.05.2003 bis 30.04.2004. Am 30.04.2003 beantragte der Versicherte die Gewährung von Fahrtkosten, die die Beklagte mit Bescheid vom 26.05.2003 als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation bewilligte. Ferner gewährte die Beklagte Übergangsgeld in Höhe von 30,67 EUR kalendertäglich.

Mit Schreiben vom 10.02.2004 teilte das BTZ D. mit, dass der Versicherte im Trainingsverlauf nur sehr geringe Fortschritte gemacht habe und es immer wieder zu gesundheitlichen Krisen und Ausfallzeiten gekommen sei. Bereits im September 2003 sei ihm geraten worden, sich in klinische Behandlung zu begeben. Er habe jedoch das Training fortführen wollen. Nach seinem Weihnachtsurlaub habe er das Training am 22.01.2004 wieder aufgenommen. Bereits am 2. Tag habe er mitgeteilt, dass er sich nicht mehr in der Lage fühle, die Maßnahme fortzuführen. Nach der Mittagspause sei er nicht mehr belastbar und könne sich nicht konzentrieren. Die tägliche Arbeitszeit sei zunächst auf 5 Stunden reduziert worden und man habe ihm geraten, sich möglichst rasch in tagesklinische Behandlung zu begeben. Auch aus Sicht des Maßnahmenträgers habe die Weiterführung des beruflichen Trainings so keinen Sinn mehr gemacht. Der Versicherte werde nun am

11.02.2004 in die Tagesklinik G. aufgenommen. Es werde - wie bereits telefonisch am 09.02.2004 besprochen - deshalb empfohlen das Training aus gesundheitlichen Gründen abzubrechen. Der Versicherte benötige eine längerfristig angelegte Therapie, um an seiner Problematik grundlegend etwas zu ändern. Der Versicherte habe die Maßnahme über fast 10 Monate durchgehalten und so sicherlich eine gewisse Motivation gezeigt. Es werde deshalb für möglich gehalten, dass ein erneutes Training Erfolg versprechend sein könnte, wenn es dem Versicherten in nächster Zeit tatsächlich gelänge, durch Tagesklinik und Therapie eine dafür ausreichende Stabilität und Belastbarkeit zu erreichen.

Nach Anhörung des Versicherten mit Schreiben vom 12.02.2004 und seiner Betreuerin, Frau B. Z., die mit Schreiben vom 26.02.2004 bestätigte, dass der Gesundheitszustand des Versicherten eine erfolgreiche Beendigung der Maßnahme nicht zulasse und eine Beendigung der Leistungen der LVA zum Ende des Monats Februar 2004 nachvollziehbar und gerechtfertigt sei, hob die Beklagte (LVA Rheinprovinz) mit Bescheid vom 01.03.2004 den "Bescheid vom 07.03.2003 über die Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in Form einer beruflichen Trainingsmaßnahme, unseren Übergangsgeldbescheid vom 27.05.2003 sowie den Fahrtkostenbescheid vom 26.05.2003 gemäß [§ 48 Abs. 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X - mit Ablauf des Monats Februar 2004 (zum 01.03.2004) auf und beenden die Leistung mit dem 29.02.2004". Der Gesundheitszustand und der damit verbundene Aufenthalt in der Tagesklinik G. ab dem 11.02.2004 lasse eine erfolgreiche Beendigung der Maßnahme nicht zu. Dies bedeute eine Änderung in den Verhältnissen. Somit werde die Leistung mit dem 29.02.2004 beendet. Die Betreuerin habe mit Schreiben vom 25.02.2004 ihr Einverständnis hierzu erklärt.

Abschriften dieses Bescheides ergingen an die IKK N., die Agentur für Arbeit A-Stadt und an das BTZ D ...

Im Abschlussbericht des BTZ vom 01.03.2004 wurde auf tiefgehende psychische Probleme des Versicherten hingewiesen. Er sei zurzeit nicht in der Lage, ein berufliches Training kontinuierlich und Erfolg versprechend zu bewältigen. Seine psychischen Probleme würden komplex und zu tiefgehend erscheinen. Man habe den Versicherten zunächst - allerdings ohne Erfolg - immer wieder im Maßnahmenverlauf geraten, wenn er sich schon nicht in eine stationäre oder teilstationäre Behandlung habe begeben mögen, dann zumindest mit einer ambulanten Therapie zu beginnen. Ende Januar 2004 habe er sich schließlich doch zu einer teilstationären Behandlung entschlossen und sei am 11.02.2004 in die Tagesklinik G. aufgenommen worden. Das Training sei deshalb auf Empfehlung des BTZ zum 29.02.2004 abgebrochen worden. Ein möglicher Neubeginn oder eine Wiederaufnahme des beruflichen Trainings im BTZ sei in erster Linie von der weiteren gesundheitlichen Entwicklung des Versicherten abhängig. Allerdings benötige er nach Ansicht des BTZ eine längerfristig angelegte Therapie, um an seiner Problematik grundlegend etwas zu ändern. Ab einem gewissen Zeitpunkt könnte diese Therapie sicherlich dann auch trainingsbegleitend weitergeführt werden.

Mit Schreiben vom 06.06.2004 teilte die Betreuerin des Versicherten der Beklagten mit, dass die teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik G. bereits seit längerem beendet sei und der Kläger nunmehr ambulant bei der Psychiaterin Dr. G. weiter versorgt werde. Die Stabilisierung seines Gesundheitszustandes habe im Versicherten den Wunsch aufkommen lassen, sich wieder seiner beruflichen Rehabilitation zu widmen. Durch die Bezugsbetreuerin der Wohngruppe der Freien Beratungsstelle für Psychotherapie e. V. in A-Stadt habe er von dem Reha-Projekt "Arbeit und Integration" erfahren, sich dort bereits vorgestellt und möchte dort an einer Maßnahme teilnehmen. Es werde um Überprüfung und Mitteilung gebeten, ob der Bescheid vom 07.03.2003 über die Bewilligung einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben in Form einer beruflichen Trainingsmaßnahme nochmals wieder aufleben könne oder ob ein ganz neuer Antrag gestellt werden müsse. Das Schreiben möge als entsprechender Antrag gewertet werden.

Mit Schreiben vom 15.06.2004 übersandte die Beklagte der Betreuerin des Versicherten einen neuen Formblattantrag auf Leistungen zur Teilhabe mit der Bitte, diesen ausgefüllt und unterschrieben zurückzureichen. Mit Schreiben vom 25.07.2004 teilte die Betreuerin mit, dass Angaben über den beruflichen Werdegang nicht gemacht werden könnten. Der Betreute sei momentan nur äußerst schwer zur Kooperation zu bewegen. Der Formblattantrag im Übrigen war ausgefüllt und (nur) von der Betreuerin des Versicherten unterschrieben und mit Datum 25.07.2004 zurückgereicht worden. Ein Eingangsstempel der Beklagten ist auf diesem Antrag nicht zu finden. Am 29.07.2004 wurde im Rahmen der Sachbearbeitung des Antrags von der Beklagten festgestellt, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt seien und deshalb die Agentur für Arbeit A-Stadt, also die Klägerin, zuständig sei.

Mit Schreiben vom 29.07.2004 leitete die Beklagte den Antrag auf Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an die Klägerin weiter. Diese bestätigte mit Schreiben vom 20.10.2004 den Eingang des Schreibens und wies darauf hin, dass sie nach [§ 14 Abs. 1 S 3](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX - vorläufige Leistungen zu erbringen habe. Nach [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) werde vorsorglich ein Erstattungsanspruch geltend gemacht. Der Versicherte habe bereits bis zum 29.02.2004 eine berufliche Trainingsmaßnahme auf Kosten der LVA Rheinprovinz absolviert. Der Erstattungsanspruch werde zu gegebener Zeit beziffert.

Mit Schreiben vom 26.10.2004 wies die Beklagte den Erstattungsanspruch der Klägerin zurück. Der Versicherte erfülle für den Reha-Antrag vom 28.07.2004 die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht mehr, so dass die Beklagte hierfür nicht mehr zuständig sei. Leistungen zur Teilhabe seien im Reha-Entlassungsbericht von September 2002 angeregt worden, woraufhin die Trainingsmaßnahme bewilligt worden sei. Diese sei jedoch vorzeitig beendet worden. Der Vorgang sei seinerzeit abgeschlossen worden. Aus diesem Grunde liege aufgrund der Reha-Neuantragstellung die Zuständigkeit bei der Agentur für Arbeit.

Mit Schreiben vom 01.12.2004 wies die Klägerin darauf hin, dass ihres Erachtens die Trainingsmaßnahme hätte fortgesetzt werden müssen, nachdem der Aufenthalt des Versicherten in der Tagesklinik beendet gewesen sei. Die Zuständigkeit der Beklagten ende nicht in Folge des Abbruchs der Maßnahme. Es werde um Übersendung des entsprechenden Bescheides, der zur Beendigung der Maßnahme geführt haben solle, gebeten.

Mit Schreiben vom 04.03.2005 übersandte die Beklagte den von der Klägerin angeforderten Bescheid und wies darauf hin, dass das Leistungsverfahren im Sinne der Zuständigkeitsregelung des [§ 126 Abs. 1 S 3](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VI - abgeschlossen sei, wenn die Leistung zur Teilhabe erbracht worden oder anderweitig erledigt sei. Für weitere Leistungen zur Teilhabe sei die Zuständigkeit erneut zu prüfen. Der Abbruch der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stelle somit die Beendigung des Leistungsverfahrens dar.

Die Klägerin gewährte dem Versicherten sodann eine "erweiterte Berufsfindung" beim Verein Arbeiten und Integration e.V. RLHK A-Stadt vom 02.05.2005 bis 31.07.2007 zur Feststellung von Grundfähigkeiten, Diagnostik, Vermittlung von Schlüsselqualifikationen und beruflichen

Kenntnissen, Erprobung in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern (Maßnahme nach [§ 102](#) Drittes Buch Sozialgesetzbuch - SGB III - mit grunds. Anspruch auf Übg). In dem hierbei erstellten psychologischen Gutachten vom 20.07.2005 wurde festgehalten, dass der Versicherte aufgrund seiner Borderline-Persönlichkeit gegenwärtig auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht wettbewerbsfähig sei. Ihm fehle derzeit die notwendige psychische Stabilität und die Fähigkeit, mit möglichen zwischenmenschlichen Konflikten dauerhaft adäquat umzugehen. Durch Fleiß, Sorgfalt und eine hohe Motivation habe er im beschützten Rahmen dennoch überzeugen und gute Leistungen erbringen können. Eine kontinuierliche Betätigung in der Werkstatt für angepasste Arbeit sei im Hinblick auf den Aufbau von Selbstvertrauen unbedingt sinnvoll. Sie sei durch verhaltenstherapeutische ambulante Psychotherapie zu begleiten. Eine Überprüfung der Leistungsfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt sei in 1 - 2 Jahren zu empfehlen.

Am 16.01.2006 wurde der Versicherte in das Eingangsverfahren in der Werkstatt für angepasste Arbeit GmbH (WfaA) A-Stadt aufgenommen, das der Versicherte in der Zeit vom 16.01. - 15.04.2006 absolvierte. Eine Übernahme in den Berufsbildungsbereich der WfbM ist aufgrund der hohen Fehlzeiten von über 50 % nicht erfolgt. Das Reha-Verfahren ruhte anschließend aufgrund des schlechten Gesundheitszustandes des Versicherten, der dadurch nicht arbeits- bzw. werkstattfähig gewesen sei. Nach Wiederherstellung der Werkstofffähigkeit sei eine Aufnahme in das 1. Jahr des Berufsbildungsbereiches der WfaA geplant.

Mit Schreiben vom 21.03.2006 wies die Regionaldirektion Nordrhein-Westfalen der A. darauf hin, dass ihrer Ansicht nach der Rehabilitationsbedarf in Zusammenhang mit der medizinischen Leistung stehe. Der Versicherte sei bis 29.02.2004 in einer Reha-Maßnahme gewesen, die durch Krankheit unterbrochen worden sei. Das Ziel der Rehabilitation sei dadurch lediglich unterbrochen gewesen. Da sich der Versicherte erneut in einer medizinischen Reha befunden habe, könne der Reha-Antrag vom 28.07.2004 nicht als "Neuantrag" gewertet werden. Außerdem habe er den Antrag innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der medizinischen Leistungen bei der Beklagten gestellt, so dass eine Zuständigkeit nach [§ 11 Abs. 2](#) a SGB VI vorliege.

Mit Schreiben vom 15.05.2006 wies die Beklagte darauf hin, dass [§ 11 Abs. 2](#) a SGB VI vorliegend nicht anwendbar sei, weil sich der Kläger nicht in einer medizinischen Reha-Maßnahme, sondern sich auf Kosten seiner Krankenkasse in teilstationärer Behandlung befunden habe.

In einem internen Schreiben der Agentur für Arbeit A-Stadt an die Regionaldirektion Nordrhein-Westfalen vom 15.08.2006 wurde mitgeteilt, dass der Versicherte aufgrund seines schlechten Gesundheitszustandes derzeit nicht arbeits- bzw. werkstattfähig sei. Somit seien auch keine weiteren Rehamassnahmen zurzeit geplant. Nach Wiederherstellung der Werkstofffähigkeit sei eine Aufnahme in das 1. Jahr des Berufsbildungsbereichs der WfaA geplant. Seit dem 16.01.2006 seien folgende Zahlungen geleistet worden:

- Maßnahmekosten Werkstatt: 4.277,00 EUR
- Übergangsgeld: 1.971,06 EUR
- Krankenversicherung: 524,38 EUR
- Pflegeversicherung: 60,64 EUR

Die Kosten, die bis zum 16.01.2006 aufgewendet worden seien, seien dem Schreiben vom 10.02.2006 zu entnehmen.

In einer Gesprächsnotiz des Landesarbeitsamtes Nordrhein-Westfalen vom 02.11.2006 wurde festgehalten, dass der Versicherte tatsächlich vom 02.03.2005 bis 31.07.2005 an der erweiterten Berufsfindungsmaßnahme teilgenommen habe. Es handele sich nicht um eine "TM". Die Kosten hierfür seien vollständig von der ARGE getragen worden, auch die Maßnahme- und Fahrtkosten. Die Maßnahmekosten hierfür seien falsch beziffert worden. Sie würden 3.550,00 EUR betragen. Der Versicherte habe sich bisher nicht wieder gemeldet.

Mit Schreiben vom 30.11.2006 teilte die Klägerin der Beklagten mit, dass sie für den Versicherten Leistungen für das Eingangsverfahren in der WfbM in Höhe von 6.833,08 EUR erbracht habe. Es werde vorsorglich ein Anspruch auf Erstattung der genannten Kosten geltend gemacht. Eine detaillierte Aufstellung der entstandenen Kosten war dem Schreiben nicht beigelegt.

Mit Schreiben vom 11.12.2006 lehnte die Beklagte die Befriedigung des Erstattungsanspruchs unter Hinweis auf den geführten Schriftverkehr ab.

Mit Bescheid vom 25.01.2007 teilte die Klägerin dem Versicherten mit, dass die "Maßnahme bei der Werkstatt für angepasste Arbeit mit Ablauf des Eingangsverfahrens, 15.04.2006 aus gesundheitlichen Gründen beendet" werde. Das Verfahren zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliches Rehabilitationsverfahren) sei daher abzuschließen. Der Antrag vom 03.08.2004 werde als erledigt betrachtet. Sollte er später nochmals Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch nehmen wollen, seien die Voraussetzungen auf Antrag erneut zu prüfen.

Am 12.03.2008 erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Nürnberg (SG) mit dem Antrag, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 10.391,08 EUR zu zahlen. Zur Begründung hat die Klägerin angegeben, die Beklagte habe dem Versicherten ab dem 02.05.2003 Leistungen zur Teilnahme am Arbeitsleben bewilligt. Nach [§ 4 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) umfassten die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern. Als der Versicherte im Februar 2004 die Maßnahme abgebrochen habe, sei die gesetzlich geforderte dauerhafte Eingliederung des Versicherten noch nicht abgeschlossen gewesen. Die Maßnahme sei ab dem 02.05.2005 fortgesetzt worden. Es handele sich demgemäß um eine einheitliche Maßnahme, die am 02.05.2003 in Zuständigkeit der Beklagten begonnen habe.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 26.01.2010 als unbegründet abgewiesen. Ein Erstattungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte nach [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) bestehe nicht, weil der Versicherte gegen die Beklagte keinen Anspruch auf die von der Klägerin bewilligten beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen habe. Es fehle an der Unzuständigkeit der Klägerin. Sie habe eine ihr obliegende Maßnahme der Arbeitslosenversicherung erbracht, nicht aber Rehabilitationskosten vorgestreckt, für die die Beklagte aufzukommen hätte. Der Versicherte habe die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI](#) nicht erfüllt. Auch Nr. 2 sei nicht erfüllt, weil der Kläger keine Erwerbsminderungsrente bezogen habe. Er habe im Antragszeitpunkt keine 180 Versicherungsmonate erreicht gehabt. Der Antrag vom 28.07.2004 sei auch als neuer Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und nicht als bloße Weiterbewilligung der begonnenen Maßnahmen zu verstehen. Die von der Beklagten mit Bescheid vom 07.03.2003 bewilligte Maßnahme sei aufgrund der Einschätzung des die Maßnahme durchführenden Berufstrainingszentrums D. wegen der psychischen Probleme des Versicherten durch

Abbruch beendet worden. Die Unmöglichkeit, aus gesundheitlichen Gründen weiter an der Reha-Maßnahme teilzunehmen, könne - wie hier geschehen - zum Anlass genommen werden, die Reha-Maßnahme zu beenden, wenn die lange Zeit einer gesundheitsbedingten Unterbrechung es ausschließe, dass der Versicherte die vorgesehene Maßnahme erfolgreich beenden könne (unter Bezugnahme auf das Urteil des BSG vom 28.10.1982, Az. [8 RK 35/81](#)). Die Beklagte habe vorliegend keine Möglichkeit mehr gesehen, den Versicherten aufgrund seiner psychischen Probleme in absehbarer Zeit in das Berufsleben wieder zu integrieren, weshalb die Maßnahme abgebrochen worden sei. Hätte die Beklagte die Weiterführung oder ein Wiederaufgreifen des Verfahrens bei wieder hergestellter Rehafähigkeit des Versicherten gewollt, hätte sie ihn im Bescheid darauf hingewiesen. Die Beklagte habe deshalb keine Unterbrechung, sondern einen Abbruch der Maßnahme vorgenommen. Die Prognose der Beklagten sei im Ergebnis auch bestätigt worden, da die Klägerin dem Versicherten auch erst nach einem dreiviertel Jahr eine Berufsfindungsmaßnahme zugestanden und ihn anschließend in das Eingangsverfahren der WfB gebracht habe. Im Hinblick auf die von der Beklagten aufgrund des Ausnahmetatbestandes des [§ 11 Abs. 2](#) a Nr. 2 SGB VI erbrachte Einzelmaßnahme sei jedenfalls bis zum Beginn dieser Maßnahme im Sinne der Rechtsprechung des BSG kein Gesamtplan aufzustellen gewesen.

Zur Begründung der hiergegen am 11.03.2010 zum Bayer. Landessozialgericht eingelegten Berufung weist die Klägerin darauf hin, dass die von der Beklagten bewilligte Rehabilitationsmaßnahme aufgrund der Schwere der psychischen Erkrankung des Versicherten vorzeitig beendet worden sei, weil mit einem erfolgreichen Abschluss der Maßnahme nicht mehr zu rechnen gewesen sei. In Anschluss daran sei der Versicherte in eine medizinische Maßnahme eingemündet mit der Absicht, daran anschließend die unterbrochene Rehamaßnahme fortzusetzen. Dieser Ablauf sei insbesondere bei Menschen mit schwerwiegenden psychischen Problemen nicht selten. Das einmal begonnene Reha-Verfahren und damit die Zuständigkeit des Reha-Trägers entsprechend der Zielsetzung des [§ 4 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) ende erst, wenn die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft gesichert sei. Die Tatsache, dass eine konkrete Einzelmaßnahme der Rehabilitation faktisch ende, besage für sich allein noch nicht, dass damit auch schon die Rehabilitation als gesamtheitliches Verfahren ihr Ende finde. Vielmehr sei hierfür ein darauf bezogener Endigungstatbestand erforderlich (BSG, Urteil vom 23.04.1992, Az.: [13/5 RJ 12/90](#)). Die Beendigung des Reha-Verfahrens habe die Beklagte dem Versicherten zu keiner Zeit "rechtskräftig" mitgeteilt. Der Bescheid der Beklagten vom 01.03.2004 beziehe sich ausschließlich auf die Beendigung der Maßnahme und die Aufhebung des Bezuges von Übergangsgeld und Fahrtkosten. Sofern die Beklagte mit diesem Bescheid auch die Beendigung des Reha-Verfahrens habe mitteilen wollen, habe sie mit dieser Vorgehensweise die ihr nach dem Ersten Buch Sozialgesetzbuch - SGB I - obliegenden Aufklärungspflichten verletzt und insbesondere eine Beratung über die damit verbundenen Konsequenzen für den Versicherten nicht durchgeführt. Beweis hierfür sei das Schreiben des Versicherten vom 06.06.2004, in dem er nach Stabilisierung seines Gesundheitszustandes bei der Beklagten nach der Möglichkeit des Wiederauflebens des Bescheides vom 07.03.2003 nachgefragt bzw. sich über die Notwendigkeit einer erneuten Antragstellung erkundigt habe. Das Sozialgericht setze in seinem Urteil in unzulässiger Weise das Maßnahmenende nach Abbruch mit dem Ende des Reha-Verfahrens gleich. Nach der Rechtsprechung des BSG bleibe die Verpflichtung eines Rehabilitationsträgers zur Reha bestehen, bis entweder der Versicherte dauerhaft in das Erwerbsleben eingegliedert sei oder aber die mangelnde Erfolgsaussicht weiterer beruflicher Reha-Maßnahmen festgestellt werde. Hierzu hätte die Beklagte jedoch die Möglichkeiten unter arbeitsmarktlichen Gesichtspunkten klären müssen, was nicht erfolgt sei. Auch der Umstand, dass der Versicherte sich während der bewilligten Maßnahme in Behandlung der Tagesklinik habe begeben müssen, hätte die Beklagte verpflichtet, den weiteren Verlauf abzuwarten. Die Beklagte könne sich auch nicht auf die Bestandskraft des Aufhebungsbescheides vom 01.03.2004 berufen, da sich der Versicherte lediglich damit einverstanden erklärt habe, augenblicksbedingt die aktive Teilnahme an der konkreten Einzelmaßnahme vorübergehend einzustellen, nicht jedoch den Willen gezeigt habe, die Rehabilitation insgesamt nicht mehr fortsetzen zu wollen. Bereits die kurze Zeitspanne zwischen dem Abbruch der Maßnahme Ende Februar 2004 und der erneuten Antragstellung am 25.07.2004 widerlege die fälschlicherweise von der Beklagten vertretene und vom Sozialgericht bestätigte Auffassung, dass der Versicherte beruflich nicht mehr integrierbar gewesen sei. Der zeitlich verzögerte Anfang der weiteren beruflichen Reha sei ausschließlich auf Verfahrensabläufe zurückzuführen.

Der Senat hat die Klägerin mit Schreiben vom 21.09.2011 u. a. darauf hingewiesen, dass es fraglich sei, ob die Klägerin ihre Erstattungsansprüche rechtlich ausreichend geltend gemacht habe oder ob diese verjährt seien. Die Klägerin hat mit Schreiben vom 19.12.2011 erwidert, dass die Berufung weiterhin aufrechterhalten werde, dass aber die Kosten für die erweiterte Berufsfindungsmaßnahme (02.05.2005 - 31.07.2005) nicht mehr erstattungsfähig verjährt seien. Im Übrigen werde nochmals darauf hingewiesen, dass die Beklagte einen der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 16.06.1994, Az. [13 RJ 79/93](#)) entsprechenden Bescheid über die Beendigung des Reha-Verfahrens nie erlassen habe. Der Bescheid über die Beendigung der bewilligten Maßnahme alleine reiche hierzu nicht aus.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 26.01.2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die für die Zeit vom 16.01.2006 - 15.04.2006 entstandenen Kosten für die an den Versicherten O. G. erbrachten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Höhe von 6.833,08 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 26.01.2010 zurückzuweisen.

Bezüglich der Einzelheiten des Sachverhaltes wird auf die beigezogenen Akten der Klägerin, die Akten der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg eingelegte Berufung ist zulässig ([§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -).

Sie ist jedoch nicht begründet. Das SG hat im Ergebnis zu Recht mit seinem Urteil vom 26.01.2010 einen Anspruch der Klägerin auf Erstattung entstandener Kosten nach [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) abgelehnt.

Nach [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) erstattet ein Rehabilitationsträger, der eigentlich für die Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation zuständig gewesen wäre, die Aufwendungen für den tatsächlich leistenden Rehabilitationsträger nach dessen Rechtsvorschriften. Die Vorschrift des [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) stellt nach Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG) eine vorrangige und auch ausschließliche Anspruchsgrundlage für die Erstattungsansprüche des sog. zweitangegangenen Leistungsträgers dar, der über die Regelung des [§ 14 Abs. 1 SGB IX](#) zu einer umfassenden Leistungsprüfung und -gewährung nach allen denkbaren sozialrechtlichen Regelungen verpflichtet ist (vgl. BSG Urteil vom

26.06.2007, Az. [B 1 KR 34/06 R](#)). Er modifiziert die in den [§§ 102 ff. SGB X](#) enthaltenen Erstattungsansprüche für die besondere Situation bei der Gewährung von Leistungen der Rehabilitation nach [§ 14 SGB X](#) (vgl. hierzu auch Götze, in: Hauck/Noftz, SGB X, § 14 Rdnrn. 25 ff. m.w.N.)

Der Versicherte O. G. hatte unstreitig über seine Betreuerin am 25.07.2004 einen Antrag auf Gewährung von Leistungen zur Teilnahme am Arbeitsleben bei der Beklagten gestellt. Die Beklagte hat den Antrag nach Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen an die Klägerin mit Schreiben vom 29.07.2004 weitergeleitet, weil sie mangels Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach [§ 11 SGB VI](#) für die Leistungsgewährung ihrer Ansicht nach nicht (mehr) zuständig sei. Die Klägerin hat aufgrund dieser Weiterleitung schließlich Leistungen in Form einer erweiterten Berufsfindung in der Zeit vom 02.05.2005 bis 31.07.2007 bewilligt sowie Leistungen im Eingangsverfahren einer Werkstatt für behinderte Menschen in der Zeit vom 16.01.2006 - 15.04.2006, obwohl sie der Ansicht war, dass die Beklagte weiterhin der leistungszuständige Rehabilitationsträger gewesen wäre.

[§ 14 Abs. 1 SGB IX](#) verpflichtet den angegangenen Rehabilitationsträger zu einer Prüfung seiner Leistungszuständigkeit innerhalb einer Frist von 14 Tagen. Kommt er zu der Überzeugung, er sei - aus welchem Grund aus immer - nicht zur Leistung verpflichtet, hat er den Reha-Antrag an den seiner Meinung nach zuständigen Rehabilitationsträger abzugeben - hier die A., Agentur für Arbeit A-Stadt - , der dann den Leistungsanspruch des Versicherten auf die beantragte Rehabilitationsleistung unter jedem denkbaren rechtlichen Gesichtspunkt zu prüfen und ggf. zu gewähren hat. Die Regelung des [§ 14 Abs. 1 SGB IX](#) dient dem Interesse des Versicherten an einer schnellstmöglichen Entscheidung über seinen Leistungsantrag und auf schnelle, umfassende Erbringung der notwendigen Rehabilitationsleistungen, die nicht durch Zuständigkeitsstreitigkeiten zwischen den beteiligten oder potentiellen Leistungsträgern (Reha-Träger) belastet oder gar behindert werden soll. Dementsprechend sieht [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) für diesen Fall einen besonderen Erstattungsanspruch für den zweitangegangenen Leistungsträger vor. Er soll, weil er für den eigentlich zuständigen Reha-Träger Leistungen kraft Gesetzes erbringen musste, dadurch keinen Nachteil erleiden, dass er dem gesetzlichen Auftrag in [§ 14 SGB IX](#) entspricht.

Der konkrete Zeitpunkt des Eingangs des Antrags vom 25.07.2004 bei der Beklagten ist zwar in den Akten nicht erfasst. Eine Weiterleitung an die Klägerin ist aber bereits mit Schreiben vom 29.07.2004 erfolgt und bei der Klägerin auch am 02.08.2004 eingegangen, so dass die Beklagte den Antrag innerhalb der in [§ 14 Abs. 1 S 1](#) und 2 SGB IX genannten Zwei-Wochenfrist an die Klägerin weitergeleitet hatte. Diese ist damit - ob zu Recht oder zu Unrecht - als zweitangegangener Leistungsträger für die Erbringung der Leistungen zur Rehabilitation kraft Gesetzes zuständig, wobei sie die möglichen Leistungen aus allen denkbaren sozialrechtlichen Regelungen zu prüfen und zu ermitteln hat, also für die Klägerin über die Regelungen des SGB III hinaus auf alle anderen Zweige der gesetzlichen Sozialversicherung und die dort vorgesehenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Der Erstattungsanspruch nach [§ 14 Abs. 4 SGB X](#) setzt weiter voraus, dass ein anderer Rehaträger, nämlich der erstangegangene Rehaträger, vorliegend also die Beklagte, leistungszuständig gewesen wäre. Die Beklagte war aber für die Leistungsgewährung nicht (mehr) zuständig, weil es sich bei dem Antrag vom 25.07.2004 um einen neuen Antrag auf Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gehandelt hat und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung dieser Leistungen nach [§ 11 SGB VI](#) nicht mehr gegeben waren.

Die Beklagte kann grundsätzlich ein zuständiger Träger für die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß [§ 6 Abs. 1 Nr. 4 iVm § 5 Nr. 1, 2 und 4 SGB IX](#) sein. Die Leistungsverpflichtung im Falle einer konkreten Antragstellung hängt aber davon ab, dass die im SGB VI genannten Leistungsvoraussetzungen erfüllt werden ([§ 7 S 2 SGB IX](#)). Gemäß [§ 10 SGB VI](#) erhalten Versicherte - wie vorliegend der Versicherte Gertsen - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilnahme am Arbeitsleben, wenn sie die persönlichen Voraussetzungen im Sinne des [§ 10 SGB VI](#) erfüllen, d. h. wenn ihre Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und durch entsprechende Maßnahmen gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Zwischen den Beteiligten ist unstreitig, dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten gemindert oder doch zumindest erheblich gefährdet gewesen ist.

Für die am 25.07.2004 beantragte Maßnahme fehlen jedoch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. Dieser Umstand ist zwischen den Beteiligten ebenfalls unstreitig. Streit besteht darüber, ob die Beklagte aufgrund der bereits erbrachten Leistungen der medizinischen Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in den Jahren 2002 und 2003 weiterhin leistungspflichteter Reha-Träger bleibt und es auf den Abbruch der einzelnen Maßnahme eben gerade nicht ankommt, weil die Beklagte unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalles von Anfang an einen Teilhabeplan zu erstellen gehabt hätte, innerhalb dessen die notwendigen Einzelmaßnahmen, ggf. auch mit zeitlichen Unterbrechungen, erbracht werden müssten, die die Beklagte auch selbst zu überwachen und zu organisieren gehabt hätte.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation durch die Beklagte waren am 03.07.2002 gegeben, weil eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten Gertsen bestand und die notwendigen Pflichtbeitragszeiten iSd [§ 11 Abs. 2 SGB VI](#) gegeben waren. Der Versicherte hatte sich bereits vor seinem Aufenthalt in der Reha-Klinik O. beim BTZ D. vorgestellt. Die Beklagte bewilligte die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben aufgrund der Empfehlung im Entlassungsbericht der Klinik O., in der der Versicherte eine Leistung zur stationären medizinischen Rehabilitation auf Kosten der Beklagten absolvierte. Damit lagen auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die anschließende Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben vor, weil [§ 11 Abs. 2 a Nr. 1 SGB VI](#) erfüllt war. Nach [§ 11 Abs. 2 a SGB VI](#) werden Leistungen zur Teilhabe an Versicherte auch erbracht, wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre (Nr. 1) oder wenn sie für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung erforderlich sind (Nr. 2). Entgegen dem Wortlaut der Vorschrift wird ein unmittelbarer Anschluss der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an die medizinischen Rehaleistungen von der Rechtsprechung nicht gefordert, verlangt wird lediglich eine entsprechende zeitliche Nähe (BSG, Urteil vom 20.10.2009, Az [B 5 R 44/08 R](#), Rdnr 39, veröffentlicht bei juris).

Eine fortbestehende Leistungszuständigkeit der Beklagten besteht - entgegen der Ansicht der Klägerin - vorliegend nicht. Entscheidend ist bereits, dass die Beklagte dem Versicherten lediglich eine Einzelmaßnahme zur beruflichen Rehabilitation bewilligt hatte. Es sollte zunächst lediglich die Belastbarkeit des Versicherten für eine mögliche berufliche Rehabilitation geprüft werden, nachdem der Versicherte sich sehr lange wegen einer psychischen Erkrankung in stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung befunden hatte. Die Rehaklinik O. hatte die Durchführung einer Leistung zur beruflichen Rehabilitation für sinnvoll erachtet. Zwischen dem Versicherten, der Beklagten und

dem Maßnahmenträger BTZ A-Stadt bestand Einigkeit, die Belastbarkeit des Versicherten im Rahmen der bewilligten Teilnahme im Trainingsbereich Küche, Cafeteria und Hauswirtschaft zu prüfen. Die Beklagte bewilligte dem Versicherten die Teilnahme an dieser 12 Monate dauernden Trainingsmaßnahme (zuzüglich Übergangsgeld und Fahrtkosten). Es erfolgte weder eine Bewilligung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dem Grunde nach, noch wurde vor Bewilligung der Leistung ein Gesamtplan erstellt, der eine schrittweise Heranführung des Versicherten in den ersten Arbeitsmarkt bzw. in seinen bisher ausgeübten Beruf vorbereiten sollte. Ein nicht existenter Teilhabeplan kann aber allein durch Verweisung auf die allgemeinen gesetzlichen Regelungen des SGB VI und des SGB IX nicht existent gemacht werden (BSG, Urteil vom 07.09.2010, Az. [B 5 R 104/08 R](#), veröffentlicht bei juris). Fehlt es an einem Teilhabeplan im Sinne einer übergreifenden Regelung bis hin zur Wiedereingliederung in das Arbeitsleben, besteht für den Versicherten grundsätzlich auch kein Vertrauensschutz auf künftig zu erbringende Leistungen gegenüber dem einmal tätig gewordenen Rehaträger. Mangels entsprechender Grundentscheidung besteht auch keine Verpflichtung der Beklagten, einen nicht existenten Bewilligungsbescheid dem Grunde nach wieder nach [§ 48 SGB X](#) aufzuheben.

Die Beklagte hatte dem Versicherten lediglich eine konkrete Trainingsmaßnahme für die Dauer von 12 Monaten bewilligt, die der Versicherte jedoch aus gesundheitlichen Gründen nicht fortführen und auch nicht beenden konnte. Der Versicherte hatte sich am 11.02.2004 in eine länger andauernde, teilstationäre Krankenbehandlung begeben und war nicht in der Lage, die Trainingsmaßnahme bis zum Endzeitpunkt, dem 30.04.2004, fortzuführen oder diese nach Genesung wieder aufzunehmen. Maßnahmeträger und Beklagte hatten damals eine Prognoseentscheidung getroffen, wonach der Versicherte eine erhebliche Zeit und eine entsprechend intensive medizinische Behandlung seiner Borderline-Erkrankung benötigte. Diese Prognoseentscheidung war nicht offensichtlich unrichtig. Vielmehr hat sich diese Prognoseentscheidung der Beklagten auch im weiteren Verlauf als durchaus zutreffend herausgestellt (vgl. hierzu das psychologische Gutachten der Klägerin aus dem Jahr 2005, wonach der Versicherte wegen seiner Borderline-Persönlichkeit nicht fähig sei, in den Berufsausbildungsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen überführt zu werden).

Vorliegend war der Gesundheitszustand des Versicherten infolge seiner psychischen Erkrankung erheblich beeinträchtigt, offenbar dergestalt, dass nicht absehbar war, ob der Versicherte überhaupt eine berufliche Eingliederung oder eventuell eine berufliche Neuorientierung schaffen konnte. Die Beklagte hat deshalb in den Jahren 2002 und 2003 zunächst Einzelmaßnahmen gewähren können, um letztlich abzuklären, welche Rehaleistungen für den Versicherten sinnvoll sein könnten. Die vom 02.05.2003 bis 30.04.2004 laufende Trainingsmaßnahme im BTZ D. konnte vom Versicherten aus gesundheitlichen Gründen nicht zu Ende geführt werden und wurde im Einverständnis mit dem Versicherten bzw. seiner Betreuerin auch beendet. Die Aufhebung des Bewilligungsbescheids vom 07.03.2003 durch den bestandskräftig gewordenen Bescheid vom 01.03.2004 nach [§ 48 SGB X](#) war auch rechtmäßig, weil in dem Gesundheitszustand des Klägers eine wesentliche Änderung eingetreten war, und zwar spätestens im Februar 2003, als er sich in teilstationäre psychiatrische Behandlung begeben musste. Dabei handelte es sich nicht um eine erneute medizinische Rehabilitation, wie dies die Klägerin vorgetragen hat, sondern um eine Leistung der Krankenbehandlung nach dem SGB V mit entsprechender Kostentragung durch den zuständigen Krankenversicherungsträger. Sie stellt deshalb keinen Brückentatbestand im Sinne des [§ 11 Abs. 2 a SGB VI](#) dar.

Die Beklagte hat deshalb zu Recht die bewilligte Maßnahme, nämlich Teilnahme am Trainingsbereich im BTZ A-Stadt für die Dauer von 12 Monaten in der Zeit vom 02.05.2003 bis 30.04.2004 wegen der Erkrankung des Versicherten ab dem 11.02.2004 mit Wirkung zum 28.02.2004 beendet und den Bewilligungsbescheid vom 07.03.2003 nach [§ 48 Abs. 1 Nr. 1 SGB X](#) (sowie die Bescheide über die Bewilligung von Übergangsgeld und Fahrtkosten) mit Wirkung für die Zukunft aufgehoben. Dies ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Die Beklagte musste sich auch nicht gehalten sehen, die Maßnahme lediglich zu unterbrechen. Zeiten der Arbeitsunfähigkeit führen nicht automatisch zu einer Beendigung der Maßnahme, sondern sind - wie etwa in einem Arbeitsverhältnis - als Störungen in der Maßnahme grundsätzlich so lange und in einem solchen Umfang hinzunehmen, als dadurch der Erfolg der Maßnahme nicht gefährdet wird. Für Krankheitstage besteht generell auch weiterhin Anspruch auf Übergangsgeld, obwohl die Maßnahme nicht besucht werden kann. Der Versicherte hatte die Maßnahme verhältnismäßig lang durchgehalten, bis ab September 2003 gehäufte Abwesenheitszeiten eingetreten sind. Der Maßnahmenträger hatte von sich aus der Beklagten mitgeteilt, dass eine Fortsetzung der Trainingsmaßnahme sinnlos sei, weil der psychische Zustand des Versicherten eine nachhaltige und intensive Behandlung erfordert hatte, der Versicherte auch nicht belastbar war und sich am 11.02.2004 in teilstationäre Behandlung begeben hatte. Im Zeitpunkt der "Neuantragstellung" am 25.07.2004 war die Maßnahme, die die Beklagte ursprünglich bewilligt hatte, bereits abgelaufen, eine Teilnahme nicht mehr möglich. Der Versicherte hatte laut Mitteilung seiner Betreuerin im Schreiben vom 06.06.2004 während der Behandlung wieder neuen Mut geschöpft und sich nun für eine andere Maßnahme im Zusammenhang mit seiner betreuten Wohngruppe interessiert. Wenn aber (noch) kein Teilhabeplan (in Zusammenwirken mit dem Versicherten) erstellt ist, die bewilligte Maßnahme wegen einer fehlenden Rehafähigkeit des Versicherten abgebrochen werden muss und auch nicht nur eine Unterbrechung der Teilnahme an der Maßnahme wegen Krankheit vorliegt, muss ein neuer Antrag an den potentiellen Rehaträger gestellt werden, der dann im Antragszeitpunkt die notwendigen persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erneut zu prüfen hat (so auch BSG, Urteil vom 16.06.1994, Az. [B 13 RJ 79/93](#), Rdnr 47, veröffentlicht bei juris). Dies kann - wie im vorliegenden Fall - durchaus zu dem Ergebnis führen, dass sich die Zuständigkeit für die Erbringung von Leistungen der Rehabilitation deshalb ändert und wie hier die Zuständigkeit der Klägerin für die zu erbringenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entsteht. Entscheidend ist somit der Umstand, welcher Reha-Bedarf ermittelt wurde, ob es bereits einen Teilhabeplan über diesen Rehabedarf gibt, den es umzusetzen gilt und/oder ob gegebenenfalls eine Bewilligung von Rehaleistungen dem Grunde nach erfolgt ist. Ist wie hier eine Leistung zur Teilhabe zur Abklärung der Leistungsmöglichkeiten und der Belastbarkeit des Versicherten bewilligt worden und kann diese nicht bis zum Ende durchgeführt werden, ist die gewährte Leistung nach [§ 48 SGB X](#) aufzuheben. Die Ausgestaltung des Rehaverfahrens dient gerade nicht dazu, die Belastung von anderen Rehaträgern zu vermeiden, sobald sich ein Rehaträger für zuständig erachtet hat. Ziel ist ausschließlich die effiziente und umfassende Eingliederung des Versicherten in das Erwerbsleben, zurück in seine ausgeübte Tätigkeit oder die berufliche Neuorientierung, die nicht durch Zuständigkeitsstreitigkeiten der Rehaträger gestört werden soll. Wurde gegenüber dem Versicherten ein entsprechender Vertrauensstatbestand geschaffen, dass und welche Leistungen von einem Reha-träger geplant sind, die auch aufeinander aufbauen (wie etwa medizinische Rehabilitation und Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, vgl. Urteil BSG vom 16.06.1994, [a.a.O.](#)), muss es bei der Zuständigkeit des Rehaträgers verbleiben, auch wenn zeitliche Unterbrechungen im Rehaverfahren eintreten. Dies ist hier aber gerade nicht der Fall.

Die von der Klägerin erbrachten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an den Versicherten stellen im Übrigen auch eine andere, umfassendere Maßnahme dar, die auf eine Aufnahme in der Werkstatt für behinderte Menschen ausgerichtet war. Diese Leistungen stellen deshalb auch nicht die bloße Fortsetzung der von der Beklagten begonnenen beruflichen Rehabilitation dar. Die Klägerin hat in einem

internen Vermerk festgehalten, dass es sich dabei nicht lediglich um eine Trainingsmaßnahme gehandelt habe und die Kosten in vollem Umfang von der ARGE getragen worden seien. Die Klägerin hat ihrerseits die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen, nachdem es hier ebenfalls nicht gelang, den Versicherten in den Berufsausbildungsbereich der WfaA zu überführen.

Die Voraussetzungen für einen Erstattungsanspruch nach [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) sind somit nicht gegeben. Die Klägerin war für die Erbringung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an den Versicherten Gertsen aufgrund des Antrags vom 25.07.2004 der zuständige Leistungsträger.

Im Übrigen wäre ein Erstattungsanspruch von der Klägerin auch nicht rechtswirksam gegenüber der Beklagten geltend gemacht worden und kann wegen der Ausschlussfrist von 1 Jahr nach [§ 111 SGB X](#) auch nicht mehr rechtswirksam geltend gemacht werden. Nach [§ 111 SGB X](#), der entsprechend auf den Erstattungsanspruch des [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) anzuwenden ist, kann der Erstattungsanspruch nicht mehr geltend gemacht werden, wenn der Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens 12 Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend macht. Die rein vorsorgliche Anzeige eines Erstattungsanspruchs - wie die Klägerin dies vorliegend gemacht hat - ist für die Vermeidung der Ausschlussfrist des [§ 111 SGB X](#) nicht ausreichend (Roller, in: v. Wulffen, SGB X, 7. Aufl., 2010, § 111 Rdnr 13 ff. m. w. N.).

Die Klägerin hat mit Schreiben vom 30.11.2006 der Beklagten lediglich mitgeteilt, dass sie für den Versicherten Leistungen für das Eingangsverfahren in der WfbM in Höhe von 6.833,08 EUR erbracht habe, ohne dies im einzelnen zu beziffern. Eine Auflistung der entstandenen Kosten existiert lediglich in einem internen Schreiben der Klägerin, das der Beklagten nicht zugegangen ist. Die Klägerin hat insoweit ausdrücklich nur vorsorglich einen Erstattungsanspruch der genannten Kosten geltend gemacht. Dies ist jedoch zur Wahrung der Ausschlussfrist nach [§ 111 SGB X](#) nicht ausreichend.

Gleiches gilt für die in der Zeit vom 02.05.2005 bis 31.07.2005 entstandenen Kosten. Hier findet sich in den Akten der Klägerin der interne Hinweis, dass zum einen der Betrag falsch beziffert worden sei. Richtig seien statt 3.558,00 EUR 3.550,00 EUR. Die Kosten seien vollständig von der ARGE getragen worden, auch die Maßnahme- und Fahrtkosten. Diese Kosten wurden von der Klägerin aber ebenfalls nicht gegenüber der Beklagten geltend gemacht. Lediglich mit Schreiben vom 20.10.2004, mit dem die Klägerin den Eingang des weitergeleiteten Rehaantrages mit Schreiben der Beklagten vom 29.07.2004 bestätigt hatte, hatte die Klägerin "vorsorglich einen Erstattungsanspruch nach [§ 14 Abs. 4 SGB III](#)" (gemeint war wohl ein Anspruch nach [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#)) geltend gemacht. Die Klägerin hat auf den entsprechenden Hinweis des Senats bereits mit Schriftsatz vom 10.12.2011 eingeräumt, dass der Erstattungsanspruch für diese Maßnahme zwar angemeldet worden sei, eine Bezifferung sei mit Schreiben vom 30.11.2006 jedoch nur für die Kosten des Eingangsverfahrens in der WfbM erfolgt. Die Kosten für die erweiterte Berufsfindungsmaßnahme (02.05.2005 - 31.07.2005) seien somit nicht mehr erstattungsfähig verjährt.

Nach alledem ist die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG Nürnberg vom 26.01.2010 als unbegründet zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#).

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor.

Der Streitwert des Verfahrens ist nach [§ 52 GKG](#) auf 10.391,08 EUR festzusetzen.

Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2018-07-12