LSG München, Urteil v. 15.02.2023 – L 19 R 498/18

Titel:

Zuständigkeit des Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)

Normenketten:

SGB I § 43
SGB VI § 11, § 16
SGB IX § 14, § 42, §§ 49 ff.
SGB X §§ 102 ff.

Leitsätze:

1. Der in § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI geforderte Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zum Zeitpunkt des Antrages auf Teilhabeleistungen setzt den tatsächlichen Bezug dieser Rente voraus. (Rn. 39 – 40)
2. Nach § 43 SGB I kann eine vorläufige Leistung erbracht werden, wenn der Anspruch dem Grunde und der Höhe nach bereits feststeht und nur die Zuständigkeit ungeklärt ist, also ein Kompetenzkonflikt möglicher Leistungsträger besteht (Rn. 44)
Eine Leistungszuständigkeit der Beklagten ergab sich nicht aus § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI. Die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen vom Versicherten im Antrag angegebenen stationären Aufenthalte waren stationäre Krankenhausbehandlungen, nicht medizinische Rehamaßnahmen. Ferner war die beantragte Maßnahme von Anfang an darauf gerichtet, dass der Versicherte durch die Leistungen in der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) dazu befähigt werden sollte, im Arbeitsbereich der WfbM eingegliedert zu werden, was kein Rehabilitationsziel der gesetzlichen Rentenversicherung darstellt. (Rn. 36) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

Erstattungsanspruch, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Prognose, vorläufige Leistungen, Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), zweitangegangener Leistungsträger, Werkstatt für behinderte Menschen, Arbeitsbereich, Rente wegen Erwerbsminderung, Leistungsbezug, Rentenantrag, stationäre Behandlung, medizinische Rehabilitationsmaßnahme, psychische Erkrankung

Vorinstanz:

SG Nürnberg, Gerichtsbescheid vom 19.07.2018 – S 15 R 626/14

Rechtsmittelinstanz:

BSG vom -- – B 5 R 7/23 R

Weiterführende Hinweise:

Revision zugelassen

Tenor

I. Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Nürnberg vom 19.07.2018 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 51.669,97 € festgesetzt.

Tatbestand

1
Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob die Klägerin von der Beklagten die Erstattung aufgewendeter Kosten für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Eingangs- und Berufsbildungsbereich einer

Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) für den Versicherten L, geb. 1985, in der Zeit vom 01.11.2011 bis 31.01.2014 in Höhe von 51.669,97 € verlangen kann.

2
Der 1985 geborene Versicherte ist in Kasachstan geboren und am 07.11.1999 in das Bundesgebiet zugezogen. Er ist deutscher Staatsangehöriger. Im Juli 2003 erwarb er einen Hauptschulabschluss. Weitere Zeiten der Schulausbildung zum Erwerb eines Realschulabschlusses in der Zeit von 08/2003 bis 07/2005 waren ohne Erfolg. Eine vom Versicherten begonnene Ausbildung zum Maurer wurde nicht abgeschlossen. Von 03/2005 bis 01/2009 übte er mit Unterbrechungen jeweils befristete Beschäftigungen bei einer Zeitarbeitsfirma aus. Vom 01.12.2010 – 31.01.2011 bezog der Versicherte Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch – SGB II –, ab dem 01.02.2011 Leistungen der Grundsicherung nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch – SGB XII -. Ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 ist seit dem 01.01.2011 zuerkannt und wurde ab März 2014 auf 70 angehoben.

3
Ab dem 27.01.2009 befand sich der Versicherte zur stationären Behandlung im A Klinikum in O wegen einer schweren depressiven Störung mit psychotischen Symptomen. Es erfolgten wohl zahlreiche medikamentöse Behandlungsversuche, eine Besserung trat erst nach einer Elektrokrampftherapie ein. Aus diesem stationären Aufenthalt wurde der Versicherte Anfang Juni 2009 auf eigenen Wunsch entlassen. Vom 05.11.2009 – 07.12.2009, vom 08.12.2009 – 21.04.2010 und vom 27.04.2010 – 06.05.2010 befand sich der Versicherte erneut jeweils wegen einer paranoiden Schizophrenie in stationärer Behandlung in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums M.

4
Am 21.01.2011 stellte das Sozialamt der Wohnsitzgemeinde des Versicherten, B, bei der Beklagten ein Ersuchen nach § 45 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII). Es wurde um Prüfung gebeten, ob „die Voraussetzungen des § 41 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII“ vorlägen (Anmerkung: in der bis 06.12.2005 geltenden Fassung, entspricht der ab 07.12.2005 geltenden Fassung des § 41 Abs. 3 SGB XII) vorlägen. Der Versicherte leide seit 2008 unter einer paranoiden Schizophrenie. Er habe Grundsicherungsleistungen beantragt. Nach Einholung einer prüfärztlichen Stellungnahme (Unterschrift und Stempel nicht lesbar) teilte die Beklagte dem Sozialamt mit Schreiben vom 06.04.2011 mit, dass der Versicherte unabhängig von der Arbeitsmarktlage voll erwerbsgemindert im Sinne des § 43 Abs. 2 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VI – sei und es unwahrscheinlich sei, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden könne.

5
Am 17.06.2011 stellte der Versicherte bei der Beklagten einen Formblattantrag auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung und gab hierbei an, dass er seit 16.02.2011 arbeitsunfähig sei. Er halte sich seit Januar 2009 wegen psychischer Probleme für erwerbsgemindert und könne keinerlei Tätigkeiten mehr verrichten. Im Rahmen der Prüfung des Versicherungskontos des Versicherten stellte die Beklagte fest, dass im Zeitpunkt der Antragstellung die notwendigen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente nach § 43 SGB VI nicht gegeben wären. Die Beklagte bewilligte sodann mit Bescheid vom 11.10.2011 dem Versicherten rückwirkend ab dem 01.06.2011 (Monat der Antragstellung) eine Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Dauer unter Annahme eines medizinischen Leistungsfalles am 27.01.2009 und einer vorzeitigen Wartezeiterfüllung nach § 53 Abs. 2 SGB VI in Höhe von monatlich 833,33 €. Die von der Gemeinde B in der Zeit von 06 – 11/2011 erbrachten Grundsicherungsleistungen wurden aufgrund des mit Schreiben vom 14.10.2011 geltend gemachten Erstattungsanspruchs von der Beklagten in Höhe von 1.487,00 € erstattet, die restliche Nachzahlung in Höhe von 3.504,78 € wurde an den Versicherten ausbezahlt.

6
Am 19.07.2011 hatte der Versicherte bei der Klägerin Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragt. Im Rahmen der Fachausschusssitzung der Heilpädagogischen Hilfe O – HHO – O Werkstätten vom 01.09.2011 wurde eine Aufnahme des Versicherten in die WfbM besprochen, Leistungsträger sei die Bundesagentur für Arbeit. Im Rahmen der nächsten Fachausschusssitzung vom 18.10.2011 wurde die Aufnahme des Versicherten in das Eingangsverfahren für die Dauer von 3 Monaten sowie anschließend die Übernahme in den Berufsbildungsbereich für die Dauer von zunächst 12 Monaten für sinnvoll erachtet, weil erwartet werden könne, dass der Aufnahmesuchende nach der Teilnahme am Berufsbildungsbereich in der Lage sein werde, ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen. Der

Versicherte befand sich sodann vom 01.11.2011 – 31.01.2012 im Eingangsverfahren der WfbM sowie in der Zeit vom 01.02.2012 – 31.01.2013 im Berufsbildungsbereich. Weiter befand sich der Versicherte vom 01.02.2013 – 31.01.2014 im Berufsbildungsbereich der WfbM und wurde „nahtlos“ ab dem 01.02.2014 in den Arbeitsbereich der WfbM übernommen. Die weitere Kostenübernahme erfolgte durch den zuständigen Sozialhilfeträger des Landkreises O.

7
Eine Weiterleitung des Antrags des Versicherten vom 19.07.2011 von der Klägerin an die Beklagte war nicht erfolgt.

8
Mit Schreiben vom 04.11.2011 teilte die Klägerin der Beklagten mit, dass sie „unter Berücksichtigung des § 14 Abs. 2 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch idF bis 31.12.2017 – SGB IX a.F.- im Einzelfall Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ erbracht habe. Nach den jetzt vorliegenden Erkenntnissen sei die Zuständigkeit der Beklagten gegeben. Es werde ein Erstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F. dem Grunde nach geltend gemacht. Der Umfang des Erstattungsanspruchs der Höhe nach werde zu gegebener Zeit mitgeteilt werden. Mit weiteren Schreiben vom 07.11.2012 und vom 20.01.2014 wurde von der Klägerin nochmals der Erstattungsanspruch „dem Grunde nach geltend“ gemacht. Die Beklagte bat die Klägerin daraufhin mit Schreiben vom 24.01.2014 um Übersendung der Antragsunterlagen sowie eines Nachweises, dass die Klägerin zweitangegangener Träger gewesen und somit eine Weiterleitung nach § 14 SGB IX a.F. an sie nicht mehr möglich gewesen sei. Die Klägerin übersandte daraufhin den Antrag des Versicherten vom 19.07.2011 sowie den Rentenbescheid vom 11.10.2011 und teilte mit, dass der Versicherte vom 01.11.2011 bis 31.01.2014 am Eingangsverfahren/Berufsbildungs-bereich der WfbM O-S teilgenommen habe. Mit Schreiben vom 20.03.2014 bezifferte die Klägerin sodann ihren Erstattungsanspruch und machte „gemäß § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX“ Kosten für die Zeit vom 01.11.2011 bis 31.01.2014 in Höhe von insgesamt 51.669,97 € geltend.

9
Die Beklagte lehnte mit Schreiben vom 14.04.2014 den Erstattungsanspruch der Klägerin ab. Der Versicherte habe die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 2 SGB VI nicht erfüllt. Er habe nur 52 Kalendermonate mit Pflichtbeitragszeiten gehabt. Eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sei zwar bereits beantragt, aber noch nicht verbeschieden gewesen. Der Bescheid sei erst am 11.10.2011 erteilt worden. Auf § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI könne sich die Klägerin ebenfalls nicht berufen, da hier eine Eingliederung in die WfbM beantragt worden sei. Die Beklagte sei deshalb nicht Kostenträger für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

10
Mit Schreiben vom 02.05.2014 wies die Klägerin die Beklagte darauf hin, dass der Versicherte seine Maßnahme am 01.11.2011 im Eingangsverfahren begonnen habe, dass aber zu diesem Zeitpunkt der Rentenbescheid vom 11.10.2011 bereits rückwirkend seit dem „17.06.2014“ (gemeint wohl Datum des Formblattantrags 17.06.2011) vorgelegen habe. Mit weiterem Schreiben vom 09.05.2014 wies die Klägerin unter Bezug auf § 39 SGB IX a.F. und § 42 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX a.F. darauf hin, dass eine Wiedereingliederung des Versicherten in das Erwerbsleben durch die Eingliederung in eine WfbM erreicht werde und die Beklagte deshalb die Kosten zu erstatten habe. Die Beklagte lehnte unter Bezugnahme auf ihr Schreiben vom 14.04.2014 den Erstattungsanspruch der Klägerin mit Schreiben vom 22.05.2014 erneut ab.

11
Am 03.07.2014 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Nürnberg (SG) erhoben. Die Erstattungsregelung des § 14 Abs. 4 SGB IX a.F. sei vorliegend anwendbar, denn die Klägerin treffe nach § 14 Abs. 1 SGB IX a.F. keine Feststellungen zum Vorliegen des § 11 Abs. 2a SGB VI. Auch hätten keine konkreten Anhaltspunkte dafür vorgelegen, dass die Beklagte zur Leistung einer Rente ohne Rücksicht auf die Arbeitsmarktlage hätte verpflichtet sein können. Die Voraussetzungen für eine Weiterleitung nach § 14 Abs. 4 Satz 2 SGB IX a.F. hätten nicht vorgelegen. Die Klägerin habe vom 01.11.2011 – 31.01.2012 und vom 01.02.2012 – „31.01.2013“ (gemeint wohl 31.01.2014) Leistungen zur Teilnahme am Arbeitsleben erbracht, „obwohl die Beklagte für die gleichen Zeiträume Leistungen zur Rente wegen Erwerbsminderung zu erbringen gehabt“ hätte. Gemäß § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI sei die Beklagte verpflichtet gewesen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erbringen. Demgemäß bestehe nach § 14 Abs. 4 SGB IX a.F.

ein Erstattungsanspruch der Klägerin über 51.669,97 €. Beigefügt war eine Kostenaufstellung sowie eine ärztliche Stellungnahme des ärztlichen Dienstes der Agentur für Arbeit O, W vom 02.08.2011, in der aufgrund der Schwere der psychischen Erkrankung des Versicherten die Aufnahme in eine WfbM empfohlen wurde: „wegen Art und Schwere der seelischen Erkrankung werde derzeit keine Alternative“ gesehen. Festgehalten ist in dieser Stellungnahme, dass ihr „der Ausgang des zwischenzeitlich eingeleiteten Rentenverfahrens“ nicht bekannt sei.

12
Mit Schreiben vom 13.10.2017 hat das SG auf Entscheidungen des SG „zu gleichgelagerten Fällen“ hingewiesen (Entscheidungen vom 27.05.2009, 20.08.2013, 23.07.2015, 30.08.2016 und 20.04.2017) sowie auf eine Entscheidung des SG Augsburg vom 27.03.2014, die im Volltext an die Beklagte mit der Bitte um Prüfung übersandt wurden, ob die Beklagte ein Anerkenntnis abgebe. Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 21.11.2017 darauf hingewiesen, dass die übersandten Urteile nicht einschlägig seien. Die Rentenbewilligung sei erst nach dem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe erfolgt, so dass im Zeitpunkt der Antragstellung kein Rentenbezug vorgelegen habe. Ziel der Reha-Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung sei zudem die Eingliederung des Versicherten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, nicht in die WfbM.

13
Die Klägerin hat mit Schriftsatz vom 12.12.2017 darauf hingewiesen, dass § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI nicht erfordere, dass der Rentenbescheid im Zeitpunkt der Antragstellung bereits erlassen sei. Es genüge jedoch, dass das Stammrecht bestehe und der Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt worden sei. Der Anspruch könne nicht von der Bearbeitungsdauer des Rentenantrags abhängen (unter Bezugnahme auf eine Kommentierung im Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht zu § 11 SGB VI). Ferner könne der Beklagten nicht gefolgt werden, dass sie für eine Maßnahme in der WfbM nicht zuständig sei. Nach § 16 SGB VI iVm § 40 SGB IX a.F. erbringe die Beklagte auch Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich der WfbM für Versicherte, bei denen – wie im vorliegenden Fall – die bestehende Erwerbsminderung voraussichtlich nicht zu beheben sei, jedoch ein Verbleib in der Produktionsstufe der WfbM zu erreichen sei. Die Wiedereingliederung des Versicherten auf dem besonders geschützten Arbeitsbereich der WfbM sei als prognostisch erreichbares Rehabilitationsziel einzustufen (unter Bezugnahme auf das Urteil des SG Nürnberg vom 20.04.2017 – S 12 R 808/16). Dieses Ziel sei beim Versicherten auch gut erreicht worden.

14
Nach Durchführung eines Erörterungstermins am 19.06.2018, in dem die Beteiligten ihr Einverständnis mit einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid erklärt hatten, hatten sowohl die Beklagte als auch die Klägerin weitere Unterlagen übersandt.

15
Sodann hat das SG mit Gerichtsbescheid vom 19.07.2018 die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 51.669,97 € zu zahlen. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, dass Rechtsgrundlage für den Erstattungsanspruch § 102 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB X – sei. Die Klägerin habe vorläufig Leistungen erbracht. Hierzu sei die Klägerin „gemäß § 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX“ verpflichtet, da sie den vom Versicherten gestellten Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht an einen anderen Rehabilitationsträger weitergeleitet hätte. Die Weiterleitung sei nicht erfolgt, weil es der Klägerin innerhalb der 2-Wochen-Frist des § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX nicht möglich gewesen wäre, die Zuständigkeit zu klären. In diesem Fall führe § 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX im Verhältnis der Rehabilitationsträger zueinander nur zu einer „zunächst“ bestehenden Leistungsverpflichtung. Diese besondere Struktur des § 14 SGB IX zwinge bei Anwendung von § 102 Abs. 1 SGB X dazu, darauf zu verzichten, dass die gesetzliche Ermächtigung, aufgrund derer die Leistung erbracht werde, die Leistung ausdrücklich als vorläufig bezeichnen müsse (unter Bezug auf das Urteil des BSG vom 20.10.2009, Az. B 5 R 44/08 R). Die Voraussetzungen des § 102 Abs. 1 SGB X seien auch insoweit erfüllt, als der Wille der Klägerin, lediglich eine „zunächst“ bestehende Leistungsverpflichtung zu erfüllen, durch die rechtzeitige Geltendmachung des Erstattungsanspruchs auch nach außen erkennbar gewesen sei.

16
Die Beklagte sei auch der zur Leistung verpflichtete Leistungsträger. Die Voraussetzungen nach § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI seien nach Ansicht des Gerichts gegeben. Zwar hätte der Rentenbescheid zum Zeitpunkt der

Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe noch nicht vorgelegen, jedoch wären bereits sämtliche Voraussetzungen für den Rentenbezug einschließlich der Stellung des Rentenantrags erfüllt gewesen. Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich einer WfbM gehörten unstreitig auch zum Leistungskatalog der Beklagten (vgl. § 42 SGB IX a.F.). Aufgrund dieses Ergebnisses bedürfe es keiner weiteren Erörterung der Frage, ob sich eine Leistungspflicht der Beklagten aus der Vorschrift des § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI ergebe mit einem hieraus folgenden Erstattungsanspruch der Klägerin nach § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F.

17
Zur Begründung der hiergegen am 21.08.2018 zum Bayer. Landessozialgericht eingelegten Berufung hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 06.09.2018 darauf hingewiesen, dass nach ihrer Ansicht der Gesetzestext in § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI ausdrücklich auf den „Bezug“ einer Rente im Zeitpunkt der Reha-Antragstellung abstelle. Es müsse also das Rentenstammrecht sowie auch ein zahlbarer Anspruch bestehen. Beides setze einen Rentenbewilligungsbescheid voraus, der in diesem Fall erst nach der Reha-Antragstellung erteilt worden sei. Da für die Zuständigkeitsprüfung auf die Verhältnisse im Zeitpunkt der Antragstellung abzustellen sei, könne eine rückwirkende Rentenbewilligung keine Zuständigkeitsänderung bewirken. Durch die versäumte Weiterleitung könne weder ein Erstattungsanspruch nach § 14 SGB IX a.F. noch nach § 102 SGB X entstehen. Der Klägerin sei bei der Entscheidung über den LTA-Antrag bekannt gewesen, dass ein Rentenantragsverfahren anhängig gewesen sei. Sie hätte also den Antrag weiterleiten können und müssen. Durch die versäumte Weiterleitung sei die Klägerin zuständig geworden. Sie habe allenfalls die Möglichkeit nach § 104 SGB X einen Erstattungsanspruch geltend zu machen, wenn die Leistungspflicht nachträglich entfallen wäre. Die materiell-rechtlichen Voraussetzungen für die Rente hätten bei Antragstellung bereits vorgelegen, seien also nicht nachträglich eingetreten und die formellen Voraussetzungen (Rentenbewilligungsbescheid) müssten bereits im Zeitpunkt der Reha-Antragstellung vorgelegen haben, könnten also nicht nachträglich rückwirkend eintreten. Ein Erstattungsanspruch nach § 102 SGB X scheide ebenfalls aus. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 20.09.2009 – B 5 R 44/08 R) sei die analoge Anwendung des § 102 SGB X nur möglich, wenn der erstangegangene Träger aus objektiven Gründen an der Weiterleitung gehindert gewesen sei. Dies sei vorliegend nicht der Fall gewesen.

18
Der Senat hat die Beteiligten mit Schreiben vom 14.05.2020 auf sein Urteil vom 26.09.2018 – L 19 R 444/16 – hingewiesen, wonach die Eingliederung eines Versicherten in den Arbeitsbereich einer WfbM nicht in die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers falle. Ferner hat der Senat darauf hingewiesen, dass das BSG im hierüber anhängigen Revisionsverfahren die Rechtsauffassung des Senats mit Urteil vom 26.02.2020 bestätigt habe (B 5 R 1/19 R).

19
Die Klägerin hat mit Schriftsatz vom 11.06.2020 nochmals ausgeführt, dass nach ihrer Ansicht die Beklagte entweder aus § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI oder aus § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI der zuständige Leistungsträger sei. Der Gesetzgeber habe mit der Neuregelung des § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI eindeutig zum Ausdruck gebracht, dass sowohl diejenigen, die bereits eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezögen als auch diejenigen, die eine solche Rente noch nicht bezögen, obwohl sie die versicherungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen schon erfüllten, von der Beklagten berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation beanspruchen können sollen. Mit diesem eindeutigen Willen des Gesetzgebers sei die Auslegung des § 11 SGB VI durch die Beklagte nicht in Einklang zu bringen. Sollte die Beklagte nach § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI zuständig sein, habe die Klägerin einen Erstattungsanspruch aus § 14 Abs. 4 S. 1 iVm mit Abs. 1 Satz 4 SGB IX a.F. Sollte die Beklagte nach § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI zuständig sein, wofür nach Ansicht der Klägerin auch einiges bzw. mehr spreche, hätte die „Beklagte“ den vom SG angenommenen Anspruch aus § 102 SGB X. Die „Beklagte“ sei insoweit der Auffassung, dass das SG einen Anspruch aus § 102 SGB X zu Recht unter Zugrundelegung der Kriterien des BSG in der Entscheidung vom 20.10.2009 zu B 5 R 44/08 R bejaht habe. Als „die Beklagte“ mit Bescheid vom 09.12.2011 dem Versicherten die konkreten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bewilligt habe, sei die Beklagte aufgrund des Schreibens vom 04.11.2011 informiert gewesen, dass die Klägerin für sie Leistungen erbringe. Beigefügt waren dem Schriftsatz Beratungsvermerke der Klägerin aus dem Reha-Verfahren. In dem „Beratungsvermerk zur Standortbestimmung“ vom 06.11.2011 war festgehalten, dass „aufgrund des vorliegenden äG“ beim „RS aufgrund einer psychischen Minderbelastbarkeit nur eine Tätigkeit jenseits des 1. Arbeitsmarktes in Betracht“ komme. „Bezogen auf die festgelegten Handlungsbedarfe kann durch

Fördern des Eingangsverfahrens und des Berufsbildungsbereichs der WfbM die Integration in den Arbeitsbereich realisiert werden“. Aus einem weiteren Beratungsvermerk vom 17.07.2011 ist zu entnehmen, dass an diesem Tag eine Erstberatung des Versicherten stattgefunden hatte, der hierzu mit seiner Mutter bei der Klägerin erschienen war. Festgehalten ist, dass „nach erfolgter med. Reha der Rs nun Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Form einer WfbM-Aufnahme“ beantragen wolle. Der „RS war n.e.A. stat. in der A Klinik. Dort hat man ihm signalisiert, dass diese Art der Reha-Maßnahme die geeignete Form der beruflichen Reha für ihn darstellen“ würde. Ihm seien auch entsprechende Antragsunterlagen ausgehändigt worden.

20
Mit Schriftsatz vom 12.04.2021 hat die Klägerin mitgeteilt, dass dem Versicherten mit Bescheid vom 05.12.2011 Übergangsgeld sowie die Übernahme der Kosten für die WfbM in der Zeit vom 01.11.2011 bis 31.01.2013 sowie mit Bescheid vom 02.08.2013 für die Zeit vom 01.02.2013 – 31.01.2014 gewährt worden sei. Sollte es sich bei dem Aufenthalt in der A Klinik um eine medizinische Reha-Maßnahme der Beklagten gehandelt haben, wäre die Beklagte aus diesem Grund leistungszuständig. Beigefügt war eine Kopie des Antrags des Versicherten auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vom 19.07.2011, in denen der Versicherte unter Frage 9.4 angegeben hatte, in den letzten 4 Jahren medizinische Leistungen zur Rehabilitation erhalten zu haben. Aufgelistet waren:

„2009 für 6 Monate im A Klinikum O

2010 für 6 Monate in Uniklinik MS

2011 ab 16.02. – 29.04.2011 Uniklinik M“.

21
Mit Schriftsätzen vom 07.06.2021 und 30.06.2021 hat die Beklagte mitgeteilt, dass sie keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an den Versicherten erbracht habe. Es habe sich nach den Unterlagen der Beklagten um Krankenhausbehandlungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gehandelt.

22
Die Klägerin stellte mit Schreiben vom 13.07.2021 fest, dass sich aus dem vorläufigen Bericht des UKM zur stationären Behandlung des Versicherten in der Zeit vom 16.02.2011 – 30.04.2011 ergebe, dass dieser als weitere therapeutische Maßnahme demnächst ein Praktikum in der Tagesstätte O absolvieren sollte. Aufgrund des zeitlichen Verlaufs und der Einlassungen des Versicherten zu einer Reha-Leistung in den A-Kliniken vermute die Klägerin, dass dieses „Praktikum“ in der Tagesstätte der A-Gruppe in O stattgefunden habe. Nach ihrer Internetpräsenz handele es sich hierbei um teilstationäre Einrichtungen für seelisch behinderte und psychisch kranke Menschen, in denen Eingliederungshilfe gemäß §§ 53 ff. SGB XII und §§ 55 ff. SGB IX a.F. erbracht werde. Unter Zugrundelegung dieser Annahme dürfte ein Fall nach § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI nicht vorliegen.

23
Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Nürnberg vom 19.07.2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

24
Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

25
Bezüglich der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beteiligten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe

26
Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig (§§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz – SGG –). Insbesondere ist der für Erstattungsstreitigkeiten zwischen Sozialleistungsträgern notwendige Streitwert von mindestens 10.000,00 Euro nach § 144 Abs. 1 Nr. 2 SGG erreicht.

27
Die Berufung der Beklagten ist auch begründet. Der Gerichtsbescheid des SG Nürnberg vom 19.07.2018 ist rechtswidrig. Zu Unrecht hat das SG einen Erstattungsanspruch der Klägerin auf der Grundlage des § 102 SGB X bejaht. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung der für den Versicherten aufgewendeten Kosten für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Zeit vom 01.11.2011 bis 31.01.2014.

28
1. Vorliegend handelt es sich um eine Erstattungsstreitigkeit zwischen den Beteiligten im Hinblick auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Hierfür besteht in § 14 Abs. 4 SGB IX a.F. eine spezielle gesetzliche Regelung, die die Anwendung der allgemeinen Erstattungsregelungen der §§ 102 – 105 SGB X grundsätzlich ausschließt (Joussen, in: Dau, Düwell/Joussen, Sozialgesetzbuch IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, 4. Aufl., 2014, § 14 SGB IX, Rdnr. 22 m.w.N.; derselbe, a.a.O., 5. Aufl. 2019, § 16 SGB IX, Rdnr. 3 m.w.N.). Ein Erstattungsanspruch der Klägerin nach § 102 SGB X könnte nur dann in Betracht kommen, wenn ein Erstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 SGB IX a.F. nicht bestehen würde.

29
§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F. lautet: Wird nach Bewilligung der Leistung durch einen Rehabilitationsträger nach Abs. 1 S. 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.

30
§ 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.

31
Die Klägerin hat vorliegend aber nicht als zweitangegangener Rehabilitationsträger Leistungen zur Teilhabe an den Versicherten erbracht, sondern als erstangegangener Leistungsträger. Der Versicherte hatte unmittelbar bei der Klägerin am 19.07.2011 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragt. 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). Der Versicherte hatte bei der Klägerin ausdrücklich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragt und wollte eine berufliche Rehabilitation in einer WfbM, nachdem ihm diese Möglichkeit der beruflichen Rehabilitation im Rahmen des stationären Aufenthaltes im Universitätsklinikum M nahegelegt worden war. Die Klägerin hat auf Anfrage der Beklagten auch nicht nachweisen können, dass der Antrag des Versicherten ihr selbst von einem anderen Rehabilitationsträger weitergeleitet worden wäre und sie zur Leistungserbringung als zweitangegangener Rehabilitationsträger hätte verpflichtet sein können und dass deshalb insoweit – wegen einer eigentlich vorliegenden gesetzlichen Leistungsverpflichtung der Beklagten – eine Kostenerstattung als interner Ausgleich zwischen den Rehabilitationsträgern hätte erfolgen müssen. Da die Klägerin als erstangegangener Rehabilitationsträger die Leistungen erbracht hat und sie sich gegenüber dem Versicherten auch als leistungszuständiger Rehabilitationsträger erklärt hat, scheitert bereits aus diesem Grund ein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin nach § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F.

32
2. Es besteht auch materiell-rechtlich keine originäre Leistungszuständigkeit der Beklagten zur Erbringung von Leistungen zur Teilhabe an den Versicherten.

33
Gemäß § 16 SGB VI erbringen die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung u. a. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach den §§ 39 ff. SGB IX a.F. (bzw. ab dem 01.01.2018 nach §§ 49 – 54 SGB

IX) im Eingangsbereich und im Berufsbildungsbereich einer WfbM nach § 42 SGB IX a.F. § 42 SGB IX a.F. regelt dabei die Frage der Zuständigkeit möglicher Träger dieser Leistungen. Nach § 42 Abs. 2 SGB IX a.F. besteht bereits dem Grunde nach keine Leistungszuständigkeit der Beklagten für Leistungen im Arbeitsbereich einer WfbM. Demgegenüber ordnet § 42 Abs. 1 SGB IX a.F. eine vorrangige Zuständigkeit der Bundesagentur für Arbeit an, soweit nicht andere denkbare Rehabilitationsträger vorrangig zuständig wären (Bayer. Landessozialgericht, Urteil vom 30.11.2022, – L 19 R 761/18 –, juris). Gemäß § 42 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX a.F. sind die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung unter den Voraussetzungen der §§ 11 – 13 SGB VI für Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich zuständige Leistungsträger. § 7 Satz 2 SGB IX a.F. bestimmt hierbei ausdrücklich, dass sich die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Teilhabe nach den für den jeweiligen Leistungsträger geltenden Leistungsgesetzen richten, also durch die Regelungen des SGB IX keine materiell-rechtliche Änderung erfahren.

34
Aus den Vorschriften der §§ 11 – 13 SGB VI ergibt sich vorliegend aber keine Leistungsverpflichtung der Beklagten zur Erbringung der Leistungen zur Teilhabe in der WfbM für den Versicherten.

35
Der Versicherte hatte unstreitig die Wartezeit von 15 Jahren nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI vor Antragstellung nicht erfüllt. Er konnte nur 52 Kalendermonate mit rentenrechtlichen Zeiten nachweisen.

36
Eine Leistungszuständigkeit der Beklagten ergab sich auch nicht aus § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI. Eine medizinische Rehamaßnahme hatte vorher nicht stattgefunden. Im Rahmen des Berufungsverfahrens konnte geklärt werden, dass die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen vom Versicherten im Antrag vom 19.07.2011 angegebenen stationären Aufenthalte stationäre Krankenhausbehandlungen waren, nicht medizinische Rehamaßnahmen. Ferner war die beantragte Maßnahme von Anfang an darauf gerichtet, dass der Versicherte durch die Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich der WfbM dazu befähigt werden sollte, im Arbeitsbereich der WfbM eingegliedert zu werden – was auch gelungen ist – , jedoch bestand im Zeitpunkt der Antragstellung aus medizinischer Sicht aufgrund der Schwere der psychischen Erkrankung des Versicherten keine positive Prognose für eine Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Eine Eingliederung des Versicherten in den geschützten besonderen Bereich, den Arbeitsbereich einer WfbM, in dem zumindest ein gewisses Maß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeit erbracht werden kann, stellt kein Rehabilitationsziel der gesetzlichen Rentenversicherung dar (BSG, Urteil vom 26.02.2020, – B 5 R 1/19 R, Rdnr. 27 ff.; Bayer. LSG, Urteil vom 26.09.2018, – L 19 R 444/16 –, jeweils juris). Sowohl der ärztliche Dienst der Beklagten als auch der ärztliche Dienst der Klägerin hatten übereinstimmend nur eine Eingliederung des Versicherten in den Arbeitsbereich einer WfbM als möglich erachtet gehabt. Eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation im Sinne des § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI war deshalb im Zeitpunkt der Antragstellung am 19.07.2011 nicht zu erwarten und hatte sich auch im Nachhinein nicht als möglich erwiesen.

37
Eine Leistungszuständigkeit der Beklagten ergab sich auch nicht auf der Grundlage des § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI, weil durch die von der Klägerin zu erbringenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente gerade nicht hätte vermieden werden können. Insoweit bietet sich auch kein Anlass für einen internen Ausgleich zwischen den Beteiligten im Sinne des § 14 Abs. 4 Satz 2 iVm § 14 Abs. 1 Satz 4 SGB IX a.F. Die Beklagte hatte nach Einholung der medizinischen Stellungnahme ihres ärztlichen Dienstes dem Versicherten aufgrund der Schwere der psychischen Erkrankung und den in den vorangegangenen Jahren erfolglosen Therapieversuchen eine volle Erwerbsminderungsrente auf Dauer bewilligt. Anhaltspunkte dafür, dass es gelingen könnte, den Versicherten wieder in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu integrieren, hatte der ärztliche Dienst der Beklagten nicht gesehen und deshalb eine volle Erwerbsminderungsrente auf Dauer – entgegen der gesetzlichen Regelung des § 102 Abs. 2 SGB VI – empfohlen, die die Beklagte mit Bescheid vom 11.10.2011 auf den Antrag des Versicherten vom 17.06.2011 gewährt hat.

38
Eine Leistungszuständigkeit der Beklagten ergab sich auch nicht aus § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI, weil der Versicherte im Zeitpunkt der Antragstellung am 19.07.2011 noch nicht im Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit stand. Zwar hatte der Versicherte den formellen Rentenantrag bei der

Beklagten bereits am 17.06.2011 gestellt gehabt, nachdem der örtliche Sozialhilfeträger bei der Beklagten zuvor wegen der Gewährung von Grundsicherungsleistungen um Klärung gebeten gehabt hatte. Eine Entscheidung über den Rentenantrag ist aber erst mit Bescheid vom 11.10.2011 erfolgt. Der laufende Bezug der Erwerbsminderungsrente erfolgte ab dem 01.12.2011 und somit erst nach dem Beginn der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Eingangsverfahren der WfbM ab dem 01.11.2011, die die Klägerin dem Versicherten bewilligt gehabt hatte.

39
Der Wortlaut des § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI ist dabei eindeutig. Danach haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe erfüllt, die bei Antragstellung eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen. Bei Antragstellung am 19.07.2011 hat der Versicherte keine Rente tatsächlich bereits bezogen, sondern er hatte sie nur beantragt. Es besteht auch kein Grund für eine erweiternde oder gar wertende Auslegung dieser Vorschrift, weil gerade aufgrund der Besonderheiten und der notwendigen Anforderungen für eine effiziente, umfassende und schnelle Rehabilitation von Versicherten – sei es für medizinische Maßnahmen oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – eine schnellstmögliche Klärung der Leistungszuständigkeiten möglicher Rehabilitationsträger im Interesse des Versicherten durch die Regelung des § 14 SGB IX a.F. erreicht werden sollte (Ulrich, in: juris-PK SGB IX, Stand 2018, § 14 SGB IX, Rdnr. 65). Der Rehabilitationsträger, bei dem der Antrag auf Gewährung von Rehabilitationsleistungen gestellt wird, ist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX a.F. verpflichtet, seine Leistungszuständigkeit innerhalb von 2 Wochen zu klären. Hält er sich für unzuständig, muss er innerhalb von 2 Wochen den Antrag an den seiner Meinung nach zuständigen Rehabilitationsträger weiterleiten. Dieser ist dann verpflichtet, die notwendigen Maßnahmen an den Versicherten zu erbringen, und zwar umfassend nach allen denkbaren sozialrechtlichen Regelungen und nicht nur nach den für ihn selbst geltenden Leistungsgesetzen. Für diese quasi gesetzlich durch § 14 Abs. 1 SGB IX a.F. aufgedrängte Zuständigkeit steht ihm gegebenenfalls der Erstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F. zu. Eine schnelle Klärung der Zuständigkeit innerhalb von 2 Wochen ist nur dann zu gewährleisten, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen eindeutig klärbar sind wie z. B. die Erfüllung der Wartezeit nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI, die Frage einer vorangegangenen medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 11 Abs. 2a Nr.2 SGB VI oder auch der Bezug einer Rente, der eindeutig festgestellt werden kann, wenn im Zeitpunkt der Antragstellung auf Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bereits ein Rentenbescheid vorliegt und tatsächlich Rente bezogen wird (Bayer. LSG, Urteil vom 30.11.2022 – L 19 R 761/18 –, juris. Bayer. LSG, Urteil vom 07.07.2022 – L 14 R 184/21 – juris).

40
Aufgrund der oben dargelegten wesentlichen Zielsetzung des § 14 SGB IX a.F. zur Erreichung einer schnellstmöglichen Rehabilitation des/der Versicherten ohne längere Zuständigkeitsstreitigkeiten zwischen möglichen Rehabilitationsträgern des gegliederten Systems der gesetzlichen Sozialversicherung oder mit den Trägern der Sozialhilfeverwaltung kann im Rahmen der notwendigen schnellen Zuständigkeitsklärung nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX a.F. entgegen teilweise in der Literatur vertretenen Auffassungen nicht darauf abgestellt werden, ob gegebenenfalls rückwirkend zum Antragszeitpunkt eine Rentengewährung erfolgt und auf welche Zeitpunkte insoweit abzustellen wäre. Vorliegend hatte die Beklagte mit Bescheid vom 11.10.2011 rückwirkend zum 01.06.2011 eine Erwerbsminderungsrente gewährt. Dies erfolgte zugunsten des Versicherten, der im Zeitpunkt der Antragstellung bei der Beklagten am 17.06.2011 die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt hatte, aber über Annahme eines Leistungsfalls mit der ersten Aufnahme in die stationäre Behandlung in den A-Kliniken im Januar 2009 und die Fiktion der vorzeitigen Wartezeiterfüllung nach § 53 Abs. 2 SGB VI doch eine Erwerbsminderungsrente zuerkannt bekam, die dann – rechtlich zwingend – mit dem Monat der Antragstellung zu gewähren war und die dann auch zu einer Erstattung der erbrachten Grundsicherungsleistungen des Sozialhilfeträgers führte. Denkbar sind aber auch rückwirkende Zuerkennung von Erwerbsminderungsrenten aufgrund der gesetzlichen Fiktion der Rentenantragstellung über § 116 Abs. 2 SGB VI oder auch nach längeren sozialgerichtlichen Streitigkeiten und entsprechend langen medizinischen Ermittlungen. Dies wird der Zielsetzung des § 14 SGB IX a.F., eine schnelle und umfassende medizinische Rehabilitation für den Versicherten zu gewährleisten, nicht gerecht.

41

3. Obwohl ein Erstattungsanspruch der Klägerin auf der Grundlage des § 14 SGB IX a.F. nicht in Betracht kommt und damit ein Ausschluss der allgemeinen Erstattungsansprüche nicht per se vorliegt, hat die Klägerin keinen Anspruch auf Erstattung der aufgewendeten Kosten nach § 102 SGB X.

42
Gemäß § 102 Abs. 1 SGB X hat ein Leistungsträger, der aufgrund gesetzlicher Vorschriften vorläufig Sozialleistungen erbracht hat, gegen den eigentlich zur Leistung verpflichteten Leistungsträger einen Erstattungsanspruch. Der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich nach § 102 Abs. 2 SGB X nach den für den vorleistenden Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften.

43
Die Voraussetzungen nach § 102 Abs. 1 SGB X sind vorliegend nicht gegeben. Die Klägerin hat ihre Leistungen gegenüber dem Versicherten nicht nur vorläufig erbracht, sondern ihm gegenüber ausdrücklich ihre eigene Zuständigkeit erklärt und die Leistungen ohne Vorbehalt einer möglichen Unzuständigkeit vollumfänglich erbracht.

44
Es bestand auch keine gesetzliche Verpflichtung der Klägerin zur vorläufigen Leistungserbringung gegenüber dem Versicherten. Allein der Umstand, dass die Klägerin vermeintlicher Weise ihre Zuständigkeit innerhalb der 2-Wochen-Frist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX a.F. nicht hätte klären können – wofür es vorliegend außer der bloßen Vermutung des SG keinerlei Hinweise gibt –, vermag die Leistungserbringung gegenüber dem Versicherten nicht zu einer vorläufigen Leistung im Rechtssinne zu qualifizieren. Nach § 43 Erstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB I – kann eine vorläufige Leistung erbracht werden, wenn der Anspruch dem Grunde und der Höhe nach bereits feststeht und nur die Zuständigkeit ungeklärt ist, also ein Kompetenzkonflikt möglicher Leistungsträger besteht (Schifferdecker, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Stand September 2020, § 43 SGB I, Rdnr. 5 ff.). Ein Kompetenzkonflikt mit einem anderen Leistungsträger hat vorliegend aber nicht bestanden. Vielmehr ist den in den Akten enthaltenen Beratungsvermerken der Klägerin eindeutig zu entnehmen, dass die Klägerin sich selbst als zuständiger Leistungsträger angesehen und aufgrund dieser Zuständigkeit auch die Leistungen an den Versicherten erbracht hat.

45
Zum anderen müsste der Wille des erstattungsbegehrenden Leistungsträgers, entweder für einen anderen oder im Hinblick auf eine ungeklärte Zuständigkeit leisten zu wollen, nach außen erkennbar sein, weil andernfalls eine Abgrenzung des Erstattungsanspruchs nach § 102 SGB X von anderen Erstattungsansprüchen nicht möglich ist. Regelmäßig wird deshalb der vorleistende Träger im Bescheid an den Leistungsberechtigten auf die noch ungeklärte Zuständigkeit und die daraus resultierende Vorläufigkeit der Leistung hinweisen müssen. Jedenfalls scheidet eine nachträgliche Umdeutung einer erbrachten Leistung in eine vorläufige Sozialleistung aus. Vielmehr muss der Charakter der Erbringung einer vorläufigen Sozialleistung von Anfang an feststehen (Roos, in: Schütze, SGB X, 9. Aufl., 2020, § 102 SGB X, Rdnr. 6 m.w.N.).

46
Die von der Klägerin – in eigener Zuständigkeit – erbrachten Leistungen werden – entgegen der Ansicht des SG im Gerichtsbescheid vom 19.07.2018 – auch nicht deshalb rückwirkend zu vorläufigen Leistungen, weil die Klägerin „rechtzeitig“ gegenüber der Beklagten erstmals mit Schreiben vom 04.11.2011 einen Erstattungsanspruch dem Grunde nach angemeldet hätte. Die Klägerin hatte dabei nicht auf § 102 SGB X als Rechtsgrundlage verwiesen, sondern auf § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F. und hatte ausgeführt, dass sie nach § 14 Abs. 2 SGB IX a.F., also in eigener Zuständigkeit, Leistungen erbracht habe. Gegenüber dem Leistungsberechtigten ist eine Mitteilung, dass ein Zuständigkeitsstreit bestehen könnte und die Leistung nur vorläufig erfolge, zu keiner Zeit erfolgt.

47
Soweit das SG im Gerichtsbescheid vom 19.07.2018 im Hinblick auf die fehlende Vorläufigkeit der Leistungserbringung auf das Urteil des BSG vom 20.10.2009 – Az. B 5 R 44/08 R – verwiesen hat, kann dem nicht gefolgt werden. Das BSG hat in diesem Urteil ausdrücklich darauf hingewiesen, dass zugunsten des erstangegangenen Rehabilitationsträgers, der die Leistung erbringt, § 14 Abs. 4 SGB IX a.F. keinen Erstattungsanspruch begründe. § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F. trage der besonderen Situation des zweitangegangenen Rehabilitationsträgers Rechnung, indem er für ihn einen speziellen

Erstattungsanspruch begründe, der die allgemeinen Erstattungsansprüche verdränge und sicherstelle, dass der zweitangegangene Rehabilitationsträger im Nachhinein seine Aufwendungen vom „eigentlich“ zuständigen Rehabilitationsträger zurückerhalte (BSGE 98, 267, 269 ff., 272). § 14 Abs. 4 SGB IX a.F. schließe einen Erstattungsanspruch des leistenden erstangegangenen Trägers nach den allgemeinen Vorschriften aber auch nicht vollständig aus. Ein auf den Ausschluss sämtlicher allgemeiner Erstattungsansprüche gerichteter gesetzgeberischer Wille lasse sich dem Wortlaut des Gesetzes nicht entnehmen; § 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX a.F. schließe vielmehr ausdrücklich nur die Anwendbarkeit des § 105 SGB X aus (BSG, a.a.O., Rdnr. 12 – 14 m.w.N.). Das BSG hat in dieser Entscheidung weiter zutreffend ausgeführt, dass die Situation des erstangegangenen Rehabilitationsträgers nicht mit der des zweitangegangenen vergleichbar sei, der einer „aufgedrängten“ Zuständigkeit ausgesetzt und deshalb auf einen entsprechenden Ausgleich angewiesen sei. Der erstangegangene Rehabilitationsträger könne demgegenüber seine Zuständigkeit prüfen und verneinen und sei somit nicht in gleicher Weise schutzwürdig. Jedoch seien – so das BSG – ausnahmsweise Fallkonstellationen denkbar, in denen sich der erstangegangene Rehabilitationsträger trotz des ihm eingeräumten Prüfungs- und Ablehnungsrechts einem Leistungszwang ausgesetzt sehe, der demjenigen des zweitangegangenen Trägers vergleichbar sei. In diesen Fällen sei es gerechtfertigt, dem erstangegangenen Träger mit § 102 SGB X einen privilegierten Erstattungsanspruch zuzubilligen, dessen Umfang sich nach den für ihn geltenden Vorschriften richte (BSG, a.a.O., Rdnr. 16).

48
In dem vom BSG entschiedenen Fall handelte es sich jedoch um eine grundlegende Zuständigkeitsstreitigkeit zwischen den Trägern der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung über die Erbringung von Maßnahmen der stufenweisen Wiedereingliederung, die aufgrund der damaligen gesetzlichen Regelung weder von den Spitzenverbänden der Sozialleistungsträger noch in einer Besprechung im Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung hatte geklärt werden können. In einer – so das BSG in seiner Entscheidung – kurzfristig nicht aufzuklärenden Zuständigkeit und Ankündigung von Leistungsverzögerungen im Falle der Weiterleitung von Anträgen an die Rentenversicherung seien die Krankenkassen im Interesse des Versicherten an einer schnellen Rehabilitationsleistung und somit zur Realisierung der Ziele des § 14 SGB IX a.F. faktisch gezwungen, bei ihnen beantragte Maßnahmen zu erbringen (BSG, a.a.O., Rdnr 17). Das BSG hatte in dem von ihm entschiedenen Fall eine entsprechende Anwendung des § 102 SGB X angenommen, weil der dortige Leistungsträger „durch objektive Umstände“ daran gehindert gewesen sei, seine Zuständigkeit nach den Leistungsgesetzen innerhalb der Zwei-Wochen-Frist zu klären. Dies führe im Innenverhältnis der Rehabilitationsträger zueinander nur zu einer „zunächst“ bestehenden Leistungsverpflichtung.

49
Ein solcher Fall, dass die Klägerin durch objektive Umstände daran gehindert gewesen sein könnte, ihre Leistungszuständigkeit innerhalb der 2-Wochen-Frist nach § 14 Abs. 1 SGB IX a.F. zu klären, liegt hier offensichtlich nicht vor. Das BSG hat in seinem Urteil vom 20.10.2009 auch deutlich gemacht, dass es für eine entsprechende Anwendung des § 102 SGB X besonderer Umstände bedarf und es sich deshalb um eine Ausnahmeentscheidung handelt, die nicht bereits dann zur Anwendung kommen kann, wenn die Voraussetzungen nach § 14 Abs. 4 SGB IX a.F. nur deshalb nicht vorliegen, weil keine Weiterleitung des Antrags erfolgt ist, obwohl dies möglich gewesen wäre.

50
4. Ein Erstattungsanspruch der Klägerin ergibt sich auch nicht aus den Vorschriften der §§ 103 – 105 SGB X. Die Klägerin hat zutreffend als zuständiger Rehabilitationsträger die Leistungen an den Versicherten erbracht, so dass weder eine Unzuständigkeit nach § 105 SGB X noch ein Wegfall der Zuständigkeit nach § 103 SGB X vorliegt; die Anwendbarkeit des § 105 SGB X wäre durch § 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX (a.F.) auch ausgeschlossen. Die Klägerin hat auch nicht als subsidiärer Leistungsträger im Sinne des § 104 SGB X gehandelt, da für die erbrachten Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich der WfbM auch keine Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers ergab.

51
Nach alledem war auf die Berufung der Beklagten hin der Gerichtsbescheid des SG Nürnberg vom 19.07.2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

52

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

53
Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG).

54
Der Streitwert der Verfahren wird auf jeweils 51.669,97 € festgesetzt (§ 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz – GKG –).