
S 4 R 1321/13

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	19
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	„Voraussichtlich erfolgreich“ iSd § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB V berufliche Rehabilitation Erwerbsfähigkeit Kostenerstattung Leistungen zur Teilhabe Prognose versicherungsrechtliche Voraussetzungen Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt
Leitsätze	1. Nach § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI besteht die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn diese für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung erforderlich sind. 2. „Voraussichtlich erfolgreich“ iSd § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI kann aus Sicht des Rentenversicherungsträgers eine Rehabilitation nur dann sein, wenn die Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt prognostisch möglich erscheint.
Normenkette	SGB IX § 14 Abs. 4 idF bis 31.12.2017 SGB IX § 42 Abs. 1 Nr 3 idF bis 31.12.2017 SGB IX § 7 S. 2 idF bis 31.07.2017 SGB VI § 10 SGB VI § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI § 9

1. Instanz

Aktenzeichen S 4 R 1321/13
Datum 04.05.2016

2. Instanz

Aktenzeichen L 19 R 444/16
Datum 26.09.2018

3. Instanz

Datum -

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 04.05.2016 aufgehoben und die Klage vom 16.12.2013 abgewiesen.

II. Die Klägerin hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

III. Die Revision wird zugelassen.

IV. Der Streitwert wird im Berufungsverfahren auf 51.229,57 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Klägerin gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Erstattung von (zuletzt) 49.631,27 Euro für zugunsten des bei der Beklagten rentenversicherten A. (Versicherter) erbrachte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hat.

Der 1983 geborene Versicherte erlitt während der Schulzeit und später während des Studiums depressive Einbrüche. Im Jahr 2009 schloss er die Ausbildung zum Ergotherapeuten ab und arbeitete anschließend versicherungspflichtig in Teilzeit als Pflegeassistent bis August 2011. Im Juni 2012 wurde erneut eine stationäre psychiatrische Behandlung erforderlich. Auf Antrag des Versicherten bewilligte die Beklagte dem Versicherten eine ganztägige ambulante Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation, die vom 20.08.2012 bis 12.04.2013 in der Rehabilitationseinrichtung F. e.V. in M-Stadt durchgeführt wurde. Der dortige Entlassungsbericht vom 16.04.2013 kam im Gefolge der Diagnose "Schizophrene Psychose" zum Ergebnis, dass der Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit nicht mehr einsatzfähig sei und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt allenfalls drei bis unter sechs Stunden arbeiten könne. Trotz der Stabilisierung durch die Langzeitmaßnahme bestehe weiterhin eine geminderte psychische Belastungsfähigkeit beim Versicherten, der schon bei halbschichtiger Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt die Grenze der psychischen Belastbarkeit erreicht oder überschritten gehabt habe. Erforderlich sei eine reizarme Umgebung mit gleichmäßigem Arbeitsanfall und strukturierten Arbeitsvorgaben, um Reizüberflutung zu verhindern. Deshalb sei eine berufliche Rehabilitation auf dem zweiten Arbeitsmarkt vorzusehen und zusätzlich sei eine kontinuierliche

nervenärztliche Betreuung und Unterstützung durch betreutes Wohnen erforderlich.

Bereits zuvor, am 21.03.2013, stellte der Versicherte über die Rehabilitationseinrichtung bei der Beklagten einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe, der dort am 25.03.2013 einging. Vorgesehen sei für den Versicherten eine Werkstatttätigkeit auf dem zweiten Arbeitsmarkt. Die Beklagte leitete den Antrag am 02.04.2013 an die Klägerin und konkret an die Agentur für Arbeit M-Stadt weiter. Sie sei nicht der zuständige Leistungsträger, da beim Versicherten die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach [§ 11](#) des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) nicht gegeben seien. Dies wäre nur der Fall, wenn der Versicherte die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt gehabt oder eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei Antragstellung bezogen hätte oder Hinterbliebenenrentenbezieher gewesen wäre und dabei wegen verminderter Erwerbsfähigkeit Anspruch auf große Witwerrente gehabt habe oder, wenn ohne Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre, oder wenn die Teilhabeleistungen für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an von einem Träger der Rentenversicherung erbrachte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich seien. All dies liege nicht vor. Die Beklagte setzte den Versicherten von der Weiterleitung in Kenntnis.

Mit Schreiben vom 10.04.2013 besttigte die Klägerin die Übernahme des Antrages als zweitangegangener Träger. Sie werde die Leistungen erbringen, mache aber bereits jetzt einen Erstattungsanspruch geltend, da nach ihren Erkenntnissen die Zuständigkeit der Beklagten gegeben sei.

Die Beklagte erluterte am 18.04.2013, dass der Versicherte die Wartezeit von 180 Kalendermonaten nicht erfüllt habe. Auch die Voraussetzungen gemäss [§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#) kämen beim Versicherten nicht in Betracht, da die Aufnahme in eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) angestrebt werde. Zwar sei die Rentenversicherung für Leistungen zur Teilhabe im unmittelbaren Anschluss an medizinische Leistungen, die von ihr erbracht worden seien, zuständig, wenn die Teilhabeleistungen für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation erforderlich seien. Voraussichtlich erfolgreich bedeute jedoch, dass die Reha-Ziele hinsichtlich der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben ausgerichtet sein müssten; eine Eingliederung in eine WfbM sei nicht ausreichend.

Dr. A. vom Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit M-Stadt besttigte am 30.04.2013, dass die Eingliederung des Versicherten in eine WfbM sinnvoll sei.

Die Klägerin kam mit Schreiben an den Versicherten vom 13.05.2013 zum Ergebnis, dass im Rahmen des beruflichen Rehabilitationsverfahrens die Teilnahme an folgenden Maßnahmen vorgesehen sei:

â Eingangsverfahren vom 03.06.2013 bis 02.09.2013,

â Grundkurs des Berufsbildungsbereiches vom 03.09.2013 bis 02.09.2014,

â Aufbaukurs des Berufsbildungsbereiches vom 03.09.2014 bis 02.09.2015.

Die Bewilligung der Maßnahme erfolge unter dem Vorbehalt, dass nach jedem Abschnitt eine Überprüfung der Fortdauer erfolge. Falls das Rehabilitationsziel bereits früher erreicht oder nicht mehr erreichbar sei, ende die Maßnahme jeweils nach diesem Abschnitt.

Mit Schreiben vom 03.02.2014 informierte die Klägerin den Versicherten zu aufgetretenen Fehlzeiten an. Nach nochmaliger persönlicher Anhörung wurde mit Schreiben vom 11.11.2014 die Maßnahme mit Ablauf dieses Tages abgebrochen. Aufgrund der aufgetretenen hohen Fehlzeiten könne das Maßnahmeziel derzeit nicht erreicht werden. Es liege in der gesundheitlichen Situation des Versicherten ein wichtiger Grund für den Abbruch vor.

Nach Vorlage eines fachärztlichen Attestes vom 19.02.2015, wonach der Versicherte in der Lage sei, wieder in Teilzeit an der Maßnahme teilzunehmen, wurde mit Schreiben der Klägerin an den Versicherten vom 20.05.2015 die Fortdauer ab 02.03.2015 bis 23.12.2015 als Maßnahmenfortsetzung bewilligt. Nachdem jedoch erneut Fehlzeiten aufgetreten waren, wurde mit Bescheid der Klägerin vom 25.06.2015 die Maßnahme zum 30.06.2015 endgültig abgebrochen und ausgeführt, dass für diesen Abbruch keine wichtigen Gründe anzuerkennen seien.

Die Klägerin hat mit Schreiben vom 11.12.2013 am 16.12.2013 Klage zum Sozialgericht Nürnberg erhoben und beantragt, die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten für die Teilnahme des Versicherten an einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme in der Zeit vom 03.06.2013 bis 02.09.2015 in Höhe von 52.645,38 Euro zu erstatten. Zur Begründung hat sie ausgeführt, dass sie gegenüber der Beklagten einen Erstattungsanspruch geltend gemacht habe, den die Beklagte am 18.04.2013 zurückgewiesen habe.

Aufgrund der arbeitsmedizinischen Feststellung vom 30.04.2013 sei die Notwendigkeit zur Erbringung von Leistungen zur Fortdauer der Teilhabe am Arbeitsleben an den Versicherten festgestellt worden. Mit Bescheid vom 13.05.2013 sei dem Versicherten die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme im "Industrieservice M-Stadt" einer WfbM bewilligt worden. Zur Sicherung des Lebensunterhaltes seien Teilhabeleistungen in Form von Übergangsgeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) für die Zeit vom 03.06.2013 bis 02.09.2015 bewilligt und gezahlt worden, außerdem seien die Kosten der Maßnahme selbst getragen worden. Der Erstattungsbetrag sei vorläufig beziffert. Je nach Dauer der Teilnahme an der Maßnahme erfolge die endgültige Bezifferung. Die Klageerhebung erfolge zunächst, um das Verfahren anhängig zu machen, da eine Einigung mit der Beklagten nicht möglich sei.

Die Klägerin hat argumentiert, dass sich noch während der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme abgezeichnet habe, dass der Versicherte in einer geschätzten Arbeitsumgebung zu beschäftigen sei. Zuständig sei nach [§ 14 Abs. 4 Satz 1](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) idF bis 31.12.2017 (a.F.) der Leistungsträger, der bereits als erstangegangener Rehabilitationsträger materiell zur Leistungsgewährung verpflichtet gewesen wäre. Die Klägerin erbringe

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich einer WfbM, soweit nicht die Träger der Rentenversicherung zuständig seien. Es hat sich folgende Textpassage angeschlossen: "Die Voraussetzungen nach [Â§ 10 SGB VI](#) liegen vor, jedenfalls wurden sie von der Beklagten nicht verneint, Ausschlussstatbestände gem. [Â§ 12 SGB VI](#) sind nicht ersichtlich. Die Klägerin sieht die Voraussetzungen des [Â§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#) als nicht gegeben an." Weiter ist vorgebracht worden, es sei die Entscheidung des BSG vom 06.03.2013 ([B 11 AL 2/12 R](#), juris) zu berücksichtigen: Dort habe der Rentenversicherungsträger als Rehabilitationsträger einem Versicherten Leistungen im Eingangs- und Berufsbildungsbereich einer WfbM bewilligt und erst als nachträglich bekannt geworden sei, dass ein Ausschlussstatbestand nach [Â§ 12 SGB VI](#) vorgelegen habe, habe er nachträglich einen Erstattungsanspruch gegenüber der Klägerin angemeldet. Für die Zuständigkeit der Beklagten sei allein eine Prognose erforderlich, dass Leistungen zur Teilhabe wahrscheinlich für den Erfolg der Rehabilitation notwendig seien. Soweit sich die Beklagte auf [Â§ 10 SGB VI](#) insoweit berufen habe, als eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben Ziel des Reha-Verfahrens sein müsse, stehe dem [Â§ 10 Abs. 1 Nr. 2b SGB VI](#) entgegen, wonach es ausreiche, wenn Teilhabeleistungen eine wesentliche Verschlechterung der geminderten Erwerbsfähigkeit abwenden würden.

Nachdem die Beklagte bei ihrer Argumentation verblieben war, hat die Klägerin zusätzlich eingewandt, dass eine WfbM eine Doppelfunktion habe: sie sei nämlich zum einen eine schützende Einrichtung für bestimmte Fälle auf Dauer und sei zum anderen geeignet für Personen, denen der Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglicht werden müsse. Letzteres sei bezüglich des Versicherten der Fall gewesen; dieser habe durch die Beschäftigung in der WfbM wieder an den ersten Arbeitsmarkt herangeführt werden sollen.

Das Sozialgericht hat die Beklagte darauf hingewiesen, dass sie zwar zu Recht ausgehe, dass die Mindestanforderung einer Eingliederung in eine WfbM nicht ausreichend sei, sondern das Kriterium "voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation" so zu interpretieren sei, dass die Reha-Ziele hinsichtlich der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben in den ersten Arbeitsmarkt erfüllt sein müssten. Allerdings sei dies auch auf dem Weg über die WfbM möglich. Inwieweit eine Besseraussicht hinsichtlich der Erlangung bzw. Verbesserung der Erwerbsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt beim Versicherten nicht bestehe, lasse sich aus den vorliegenden ärztlichen Unterlagen nicht entnehmen. Immerhin sei das Leistungsvermögen des Versicherten im Reha-Entlassungsbericht mit drei bis unter sechs Stunden für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bewertet worden.

Die Beklagte hat eingewandt, dass dieses Leistungsbild dort zwar formularmäßig so angegeben gewesen sei, aber im Text davon die Rede gewesen sei, dass eine halbschichtige Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt den Versicherten an die Grenze seiner psychischen Belastbarkeit gebracht habe. Es habe zum Zeitpunkt des Rehabilitationsendes ein Leistungsvermögen von nur unter drei Stunden für Tätigkeiten vorgelegen und aus damaliger Sicht sei eine Besserung nicht vor Ablauf von zwei Jahren zu erwarten gewesen.

Das Sozialgericht hat daraufhin beim Rehabilitationsträger F. e.V. in M-Stadt zu diesem Sachverhalt nachgefragt. Dieser hat durch Dr. H. unter dem 06.11.2015 angegeben, dass zum Zeitpunkt der Entlassung das Leistungsvermögen des Versicherten im Umfang von unter drei Stunden als gesichert anzusehen gewesen sei. Vorübergehend zum Zeitpunkt der Entlassung sei noch nicht von einem hinreichend gesicherten und beständigen Leistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden auszugehen gewesen. Es sei aber zu erwarten gewesen, dass der Versicherte durch die Maßnahme in der WfbM voraussichtlich in die Lage versetzt werde, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Tätigkeiten im Umfang von mindestens drei bis unter sechs Stunden bzw. sechs Stunden verrichten zu können.

Nachdem die Beklagte auch in Kenntnis dieser Ausführungen ihre Einschätzung nicht geändert hatte, hat das Sozialgericht ein Gutachten durch den Neurologen und Psychiater Dr. B. erstellen lassen. Dr. B. hat im Gutachten nach Aktenlage vom 16.02.2016 ausgeführt, dass beim Versicherten eine paranoide Schizophrenie mit schizophrenem Residuum mit einer Abhängigkeit von Nikotin vorliegen würde bzw. vorgelegen habe. Zwar hätten sich die akuten Symptome aufgrund der Psychopharmaka-Therapie weitgehend zurückgebildet; es seien jedoch ein schizophrenes Residuum und eine erhebliche Reduktion auf emotionalem und intentionalem Gebiet verblieben. Die entstandene verminderte psychische Belastbarkeit und der soziale Rückzug seien therapeutisch kaum zu beeinflussen; es müsse vielmehr mit einer zunehmenden Verschlechterung gerechnet werden. Der Versicherte sei in seiner Belastbarkeit massiv beeinträchtigt, der Verlauf sei chronifiziert mit Tendenz zur Verschlechterung und effektive therapeutische Möglichkeiten seien nicht verfügbar. Der Versicherte sei auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr einsatzfähig und es kämen lediglich Tätigkeiten in einem beschützenden Umfeld in Betracht. Der von Dr. H. am 06.11.2015 abgegebene Beurteilung stimme der Sachverständige nicht zu. Im April 2013 sei beim Versicherten vielmehr das Leistungsvermögen für den ersten Arbeitsmarkt dauerhaft aufgehoben gewesen und es sei nicht zu erwarten gewesen, dass der Versicherte durch die Maßnahmen in der WfbM auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingegliedert werden könnten.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 04.05.2016 hat Dr. B. angegeben, dass nach der Entlassung aus der Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation es wahrscheinlich gewesen sei, dass der Versicherte durch die Leistungen im Eingangsverfahren und im bis zu zwei Jahre dauernden Berufsbildungsbereich einer anerkannten WfbM in die Lage versetzt werde, eine Wettbewerbsfähigkeit auf dem besonders geschützten Arbeitsmarkt der Behindertenwerkstätten zu erreichen.

Die Klägerin hat mit Schreiben vom 28.04.2016, per Telefax eingegangen am 02.05.2016, ausgeführt, dass der Versicherte die Voraussetzungen sowohl für den Eingangs- wie den Berufsbildungsbereich der WfbM erfüllt gehabt habe. Aus den Ausführungen zum Zeitpunkt der Entlassung aus der medizinischen Rehabilitation sei der Schluss zu ziehen, dass das Leistungsvermögen des Versicherten so eingeschätzt worden sei, dass eine wirtschaftlich verwertbare Arbeitsleistung für ihn erzielbar gewesen sei. Auch das Gutachten vertrete die Auffassung, dass Tätigkeiten in einem beschützenden Umfeld in Frage

gekommen wären. Eine wirtschaftlich verwertbare Arbeitsleistung liege aber bereits dann vor, wenn sich das Ergebnis als Ware oder Dienstleistung verkaufen lasse und es komme nicht darauf an, ob Arbeits-, Sach- oder Personalaufwand sowie Arbeitsergebnisse in einem wirtschaftlichen Verhältnis zueinander stehen würden, ob der Behinderte die Kosten seines Platzes in der WfbM oder einen bestimmten Teil dieser Kosten erwirtschaftete oder ob Behinderte ein Mindesteinkommen erzielten (zu verweisen sei auf Kater in: Kasseler Kommentar, Stand Dezember 2015, [Â§ 16 SGB VI](#), Rn. 66 mwN). Aber selbst wenn man nicht zu dem Ergebnis gelange, dass die Voraussetzungen des [Â§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#) gegeben seien, komme auch in Betracht, dass die Voraussetzungen des [Â§ 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI](#) gegeben seien: Es könnten nämlich die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Erwerbsminderungsrente erfüllt sein. Der Versicherte sei nach den der Klägerin bekannten Unterlagen zuvor versicherungspflichtig beschäftigt gewesen und durch die Zeiten der Ausbildung könnten die Voraussetzungen des [Â§ 43 SGB VI](#) erfüllt sein, was den Unterlagen der Beklagten zu entnehmen sei.

Ergänzend sei zu spezifizieren, dass es aufgrund von zahlreichen Fehlzeiten des Versicherten zum Abbruch der Maßnahme gekommen sei. Insgesamt seien in der Zeit der Maßnahmendauer von 639 Tagen an den Versicherten Übergangsgeld und Fahrtkostenerstattung gezahlt worden sowie Maßnahmekosten aufgewendet worden. Dies betreffe Übergangsgeldzahlungen von 11.062,59 Euro, Maßnahmekosten von 29.784,84 Euro und Sozialversicherungsbeiträge in Höhe von 9.094,64 Euro sowie Fahrtkosten von 1.357,50 Euro. Die aufgewendeten Mittel summierten sich auf 51.299,57 Euro.

Die Beklagte hat eingeräumt, dass aus dem Versicherungskonto des Versicherten sich keine Hinweise auf einen Ausschlussgrund gemäß [Â§ 12 Abs. 1 SGB VI](#) ergeben würden.

In der mündlichen Verhandlung vom 04.05.2016 hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, der Klägerin einen Betrag von 51.299,57 Euro zu erstatten. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass dem zweitangegangenen Rehabilitationsträger gegen den eigentlich zuständigen Rehabilitationsträger ein privilegierter Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen gemäß [Â§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX](#) a.F. zustehe. Dieser Anspruch sei im vorliegenden Fall auch begründet, weil die Beklagte eigentlich zuständiger Rehabilitationsträger gewesen sei. Sie habe das Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach [Â§ 11 SGB VI](#) zu Unrecht verneint. Dass nach dem Gutachten des gerichtsärztlichen Sachverständigen Dr. B. eine Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht zu erwarten gewesen sei, sei nach Auffassung des Sozialgerichts unbeachtlich. Eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation liege nicht nur dann vor, wenn eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt zu erwarten sei, sondern auch dann, wenn anstelle der Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt lediglich die Erreichung von Wettbewerbsfähigkeit des Versicherten auf dem besonders geschätzten Arbeitsmarkt der WfbM prognostisch erwartet werden könne. Aus den [Â§Â§ 33 bis 38 SGB IX](#) a.F. ergebe sich, dass Kosten für Leistungen im Arbeitsbereich (Produktionsstufe) nicht übernommen werden könnten. Der

Rentenversicherungsträger sei nicht zuständig, wenn ein Versicherter bereits in den Arbeitsbereich der WfbM eingegliedert sei und die Leistung nicht den Zweck habe, ihn auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einzugliedern. Anders sei es für Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich. Gemäß [Â§ 42 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) a.F. seien die Träger der Rentenversicherung unter den Voraussetzungen der [Â§§ 11 bis 13 SGB VI](#) zuständig. [Â§ 42 SGB IX](#) a.F. verweise ausdrücklich nur auf die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des [Â§ 11 SGB VI](#) sowie den Ausschluss von Leistungen nach [Â§ 12 SGB VI](#) und den Leistungsumfang nach [Â§ 13 SGB VI](#) nicht aber auf die persönlichen Voraussetzungen des [Â§ 10 SGB VI](#). Daher sei es nicht zulässig, das Kriterium "voraussichtlich erfolgreich" in Anlehnung an [Â§ 10 SGB VI](#) so zu interpretieren, dass die Reha-Ziele hinsichtlich der Wiedereingliederung in das allgemeine Erwerbsleben erfüllt sein müssten, wie die Beklagte dies tue. Als lex specialis gehe die Regelung des [Â§ 16 SGB VI](#) iVm [Â§§ 40, 42 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) a.F. mit ihrer Verweisung auf die Voraussetzungen der [Â§§ 11 bis 13 SGB VI](#) der Vorschrift des [Â§ 10 SGB VI](#) vor.

Hiergegen hat die Beklagte mit Schreiben vom 29.06.2016 am 04.07.2016 Berufung zum Bayer. Landessozialgericht eingelegt. Sie vertritt weiterhin die Auffassung, dass das Leistungsvermögen des Versicherten, wie auch das Gutachten des Dr. B. gezeigt habe, nicht für eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt ausgereicht habe und deshalb eine Zuständigkeit der Beklagten nicht vorgelegen habe. Dementsprechend sei das erstinstanzliche Urteil zu Unrecht ergangen.

Die Beklagte stützt sich mit ihrer Argumentation insbesondere auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 16.06.2015 (Az. [B 13 R 12/14 R](#), juris), wonach Leistungen eines Rentenversicherungsträgers zur Rehabilitation von vornherein als nicht zweckgerichtet ausscheiden würden, wenn diese allein auf die Gesundheit des Versicherten gerichtet seien und lediglich dazu dienen sollten, vor weiterem Abgleiten zu bewahren, ohne dass Aussicht bestehe, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 04.05.2016 aufzuheben und die Klage vom 11.12.2013 abzuweisen.

Die Klägerin beantragt, die Berufung der Beklagten mit der Maßgabe zurückzuweisen, dass die Beklagte verurteilt werde, der Klägerin einen Betrag von 49.631,27 Euro zu erstatten.

Die Klägerin hat mit Schreiben vom 16.08.2016 ausgeführt, dass die erstinstanzliche Entscheidung den Sachverhalt und die rechtliche Würdigung zutreffend dargestellt habe. Allerdings sei es für Zeiten, in denen der Versicherte nicht an der Maßnahme teilgenommen habe, zu einer Rückforderung von Überzahlungen gekommen, die auch ausgeglichen worden seien. Dadurch habe sich der gegenüber der Beklagten geltend zu machende Erstattungsanspruch auf 49.631,27 Euro reduziert.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis zu einer Entscheidung des Senats ohne

mÄndliche Verhandlung durch Urteil gegeben.

Zur ErgÄnzung wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Instanzen sowie der beigezogenen Akten der Beteiligten Bezug genommen.

EntscheidungsgrÄnde:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ([Ä§Ä§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz â SGG) ist zulÄssig und begrÄndet. Die Klage ist zutreffend als allgemeine Leistungsklage erhoben worden ([Ä§Ä§ 51, 54 Abs. 5, 57 SGG](#)). Allerdings hat die KlÄgerin gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung der fÄr den Versicherten A. aufgewendeten Kosten in HÄhe von 49.631,27 Euro.

Gem. [Ä§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) a.F. ist der RehabilitationstrÄger zur Erstattung von Aufwendungen verpflichtet, wenn nach Bewilligung der Leistung durch einen RehabilitationstrÄger, an den nach [Ä§ 14 Abs. 1 S. 2 bis 4 SGB IX](#) a.F. der Reha-Antrag abgegeben wurde (zweitangegangener RehabilitationstrÄger), festgestellt wird, dass der andere RehabilitationstrÄger (erstangegangener RehabilitationstrÄger) zustÄndig gewesen wÄre. Der Umfang der Erstattung bestimmt sich dabei nach den fÄr den leistenden RehabilitationstrÄger geltenden Rechtsvorschriften.

Die KlÄgerin ist zweitangegangener RehabilitationstrÄger im Sinne des [Ä§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) a.F. Der Versicherte hatte bei der Beklagten mit Eingang am 25.03.2013 einen Antrag auf GewÄhrung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt, den die Beklagte am 02.04.2013 â und damit innerhalb der Zwei-Wochen-Frist nach [Ä§ 14 Abs. 1 S. 1, 2 SGB IX](#) a.F. â an die KlÄgerin fristgerecht weitergeleitet hatte. Die KlÄgerin ist als RehabilitationstrÄger im Sinne der [Ä§Ä§ 5 Nr. 2, 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX](#) a.F. nach [Ä§ 14 Abs. 2 S. 3 SGB IX](#) a.F. an diese Weiterleitung gebunden und muss nach allen denkbaren sozialrechtlichen Leistungsgesetzen den notwendigen Rehabilitationsbedarf nunmehr unverzÄglich erbringen. Die von der KlÄgerin an den Versicherten erbrachten Leistungen in Form der GewÄhrung von Äbergangsgeld, Äbernahme der MaÄnahmekosten, AbfÄhrung von SozialversicherungsbeitrÄgen und Erstattung von Fahrtkosten sind unstreitig Leistungen der beruflichen Rehabilitation und auch ihre jetzt noch von der KlÄgerin geltend gemachte HÄhe von 49.631,27 Euro ist zwischen den Beteiligten unstreitig.

Die KlÄgerin hat gegen die Beklagte jedoch keinen Erstattungsanspruch nach [Ä§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) a.F., weil die Beklagte nicht zustÄndiger (erstangegangener) RehabilitationstrÄger fÄr die erbrachten Leistungen gewesen ist.

Die ZustÄndigkeit und die Voraussetzungen fÄr die Leistungen zur Teilhabe richten sich gem. [Ä§ 7 S. 2 SGB IX](#) a.F. nach den fÄr die jeweiligen RehabilitationstrÄger geltenden Leistungsgesetzen. FÄr die TrÄger der gesetzlichen Rentenversicherung enthÄlt [Ä§ 9 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) den Grundsatz, dass diese Leistungen zur PrÄvention, zur medizinischen Rehabilitation, zur

Teilhabe am Arbeitsleben, zur Nachsorge sowie ergänzende Leistungen erbringen, um

1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen, entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern.

Gem. [Â§ 9 Abs. 2 SGB VI](#) sind die Leistungen nach Absatz 1 dieser Vorschrift an Versicherte zu erbringen, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, um Leistungen zur Teilhabe zu erhalten, ergeben sich aus den [Â§§ 10](#) und [11 SGB VI](#). Ausschlussgründe für diese Leistungen nach [Â§ 12 SGB VI](#) dürfen nicht vorliegen.

Aus dem Verweis des [Â§ 7 S. 2 SGB IX](#) a.F. folgt, dass nicht die Regelungen des SGB IX die Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben festlegen, sondern die Voraussetzungen hierfür nach den für die Beklagte geltenden Vorschriften der [Â§§ 9](#) ff. SGB VI vorliegen müssen. Der Umfang der zu erbringenden Leistungen ergibt sich dann aus den Regelungen des [Â§ 16 SGB VI](#) in Verbindung mit den [Â§§ 33](#) ff. SGB IX a.F. Dabei ist unter Erwerbsfähigkeit im Sinne der [Â§§ 9](#) ff. SGB VI der rentenrechtliche Begriff der Erwerbsfähigkeit zu verstehen, d. h. die Fähigkeit, sich unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Verwendung der individuellen Kenntnisse und Fertigkeiten einen Erwerb zu verschaffen. Davon ist der besondere, beschützte Arbeitsmarkt einer WfbM zu unterscheiden (Güttler, in: Hauck/ Noftz, SGB IX, Stand 11/17, [Â§ 49 SGB IX](#), Rdnr. 10, 11 m.w.N.).

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass eine WfbM nach ihrer gesetzlichen Konzeption ([Â§§ 39](#) ff, [136](#) ff. SGB IX a.F.) auch einen "Übergangsbereich" darstellt, nämlich dahingehend, dass es je nach Art der Behinderung oder gesundheitlicher Einschränkung oftmals nicht sicher abgrenzbar ist, ob durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine Wiedereingliederung in den allgemeinen (ersten) Arbeitsmarkt oder "nur" eine Tätigkeit im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen erreicht werden kann. Aus der Zuständigkeitsregelung des [Â§ 42 Abs. 2 SGB IX](#) a.F. ist zu entnehmen, dass für Leistungen im Arbeitsbereich einer WfbM eine Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers jedenfalls nicht besteht. Demgegenüber sieht [Â§ 42 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) a.F. für die Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich nach [Â§ 40 SGB IX](#) a.F. eine Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers nach Maßgabe der [Â§§ 11](#) bis [13 SGB VI](#) vor bei einer bestehenden Auffangzuständigkeit der Bundesagentur für Arbeit. Dies bedeutet, dass bei der Erbringung dieser Leistungen generell die Aussicht bestehen muss, dass eine Wiedereingliederung des Versicherten in den ersten Arbeitsmarkt möglich erscheint, wobei dies mit der in [Â§ 10 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) gesetzlich aufgezeigten Prognose übereinstimmen würde.

Die Bezugnahme in [Â§ 42 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) a.F. auf die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach [Â§ 11 SGB VI](#) macht deutlich, dass die Beklagte grundsÃ¤tzlich nur dann zustÃ¤ndiger RehabilitationstrÃ¤ger im vorliegenden Fall sein kann, wenn bei Antragstellung, spÃ¤testens bei der Entscheidung Ã¼ber die Erbringung der Leistungen eine Prognose dahingehend mÃ¶glich ist, dass eine Wiedereingliederung des Versicherten in den allgemeinen Arbeitsmarkt Ã¼berwiegend wahrscheinlich ist, auch wenn er zur Erlangung dieser ErwerbsfÃ¤higkeit zunÃ¤chst des geschÃ¤tzten Rahmens des Eingangsbereichs oder des Berufsbildungsbereichs einer WfbM bedÃ¼rfte. Ist eine derartige Prognose nicht mÃ¶glich, wÃ¤re die Beklagte nicht zustÃ¤ndiger RehabilitationstrÃ¤ger im Sinne des [Â§ 42 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) a.F., sondern es bliebe â mangels anderem zustÃ¤ndigen RehabilitationstrÃ¤ger im Sinne des [Â§ 42 Abs. 1 Nr. 2](#) und [4 SGB IX](#) a.F. â bei der AuffangzustÃ¤ndigkeit der KlÃ¤gerin nach [Â§ 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX](#) a.F. â

Bei dem Versicherten bestand weder diese Prognose einer mÃ¶glichen Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt noch haben die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach [Â§ 11 SGB VI](#) vorgelegen.

Die Prognose einer Wiedereingliederung des Versicherten in den allgemeinen Arbeitsmarkt in absehbarer Zeit, d.h. nach Erbringung von Leistungen im Eingangsbereich der WfbM fÃ¼r 3 Monate ([Â§ 40 Abs. 2 SGB IX](#) a.F.) und im Berufsbildungsbereich fÃ¼r maximal 2 Jahre ([Â§ 40 Abs. 3 SGB IX](#) a.F.) wurde von der Beklagten nicht gesehen, da von Anfang an eine WerkstatttÃ¤tigkeit auf dem zweiten Arbeitsmarkt vorgesehen war und auch unter dem 30.04.2013 von Dr. A. vom medizinischen Dienst der Agentur fÃ¼r Arbeit M-Stadt so bestÃ¤tigt wurde. Die Prognoseentscheidung der Beklagten ist gerichtlich nur eingeschrÃ¤nkt dahingehend Ã¼berprÃ¼fbar, ob sie offensichtlich fehlerhaft gewesen ist. Dies ist nicht der Fall. Dies ergibt sich u. a. aus dem Gutachten von Dr. B. vom 16.02.2016, der ausfÃ¼hrte, dass aufgrund der Erkrankung des Versicherten (paranoide Schizophrenie mit schizophrenem Residuum und einer erheblichen Reduktion auf emotionalem und intentionalem Gebiet) es nicht zu erwarten gewesen sei, dass der Versicherte in den allgemeinen Arbeitsmarkt hÃ¤tte wiedereingegliedert werden kÃ¶nnen. Es sei allenfalls zu erwarten gewesen, dass der KlÃ¤ger durch die MaÃnahme in die Lage versetzt worden wÃ¤re, eine WettbewerbsfÃ¤higkeit auf dem besonders geschÃ¤tzten Arbeitsmarkt einer WfbM zu erreichen, was aber ebenfalls nicht geglÃ¼ckt ist (vgl. ergÃ¤nzende Stellungnahme Dr. B. vom 04.05.2016). Der einzig abweichenden Auffassung von Dr. H. ist Dr. B. ausdrÃ¼cklich nicht gefolgt.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach [Â§ 11 SGB VI](#) hat der Versicherte nicht erfÃ¼llt. Er hat nur 56 Kalendermonate mit PflichtbeitrÃ¤gen aufzuweisen und damit die Wartezeit von 15 Jahren ([Â§ 51 Abs. 1 SGB VI](#)) nicht erfÃ¼llt ([Â§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI](#)); im Ã¼brigen hat er noch nicht einmal die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren erfÃ¼llt ([Â§ 50 Abs. 1 SGB VI](#)). Der Versicherte bezieht bzw. bezog seinerzeit auch keine Rente wegen Erwerbsminderung, so dass auch diese Alternative zur ErfÃ¼llung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen beim Versicherten nicht gegeben war ([Â§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#)).

Die Ausnahmegesetzvorschrift des [§ 11 Abs. 3 SGB VI](#) war nicht einschlägig.

Auch die erweiterten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach [§ 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI](#) sind vorliegend nicht erfüllt, da der Versicherte ohne die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben jedenfalls eine Rente wegen Erwerbsminderung nicht hätte beziehen können. Er hat die Voraussetzungen des [§ 43 Abs. 2 SGB VI](#) nicht erfüllt. Zwar ist der Versicherte nach den schlüssigen ärztlichen Darlegungen dauerhaft nicht mehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einsetzbar. Der Versicherte hat weder die allgemeine Wartezeit noch die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt. Ausnahmsweise könnte eine Rentengewährung in einem solchen Fall dann in Betracht, wenn eine vorzeitige Wartezeitbefreiung ([§ 53 iVm § 43 Abs. 5 SGB VI](#)) vorliegen würde. Von den Voraussetzungen des [§ 53 Abs. 1 SGB VI](#) ist beim Versicherten keine erfüllt. Nach [§ 53 Abs. 2 SGB VI](#) ist die Wartezeit allerdings auch dann vorzeitig erfüllt, wenn der Versicherte vor Ablauf von sechs Jahren nach Beendigung einer Ausbildung voll erwerbsgemindert geworden ist und zugleich in den letzten zwei Jahren vorher mindestens ein Jahr Pflichtbeiträge vorgelegt haben. Da der Versicherte im Jahr 2009 eine Ausbildung abgeschlossen hat und vor 2015 voll erwerbsgemindert geworden ist, ist der eine Teil der Bedingung erfüllt. Der andere Teil ist jedoch nicht erfüllt: Ausgehend vom Nachweis des medizinischen Leistungsfalles mit der Entlassung aus der medizinischen Rehabilitationseinrichtung im April 2013 sind im Zwei-Jahres-Zeitraum von April 2011 bis April 2013 nur 5 Monate Pflichtbeitragszeiten und nicht 12 Monate (1 Jahr) derartiger Zeiten vorhanden gewesen, nachdem der Versicherte letztmals im August 2011 Pflichtbeiträge aus einer Beschäftigung entrichtet gehabt hatte.

In Betracht kommt allerdings die Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach [§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#), weil die Beklagte die ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von August 2012 bis April 2013 durch die Rehabilitationseinrichtung "F. e.V." erbracht hatte (mit den erleichterten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach [§ 11 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB VI](#)). Nach dieser Regelung wäre eine Leistungszuständigkeit der Beklagten gegeben, wenn Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für eine "voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation" unmittelbar im Anschluss an die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung erforderlich sind.

Offenbleiben kann die Frage, ob die Verpflichtung zur Leistungserbringung von Teilhabeleistungen durch die Beklagte bereits daran scheitert, dass eine Erbringung "unmittelbar im Anschluss" an die medizinische Rehabilitation gefordert wird. Zwar haben die Teilhabeleistungen in der WfbM erst Anfang Juni 2013 und damit mehr als einen Monat nach dem Ende der medizinischen Reha-Maßnahme tatsächlich begonnen. Sie waren aber noch während der Maßnahme beantragt worden. Die Teilhabeleistungen waren nach dem Inhalt der Antragstellung und den mit vorgelegten medizinischen Darlegungen auch unmittelbar im Anschluss an diese Maßnahme erforderlich.

Da der Versicherte prognostisch nicht wieder in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu integrieren war, hat er die versicherungsrechtliche Voraussetzung des [§ 11 Abs. 2a](#)

[Nr. 2 SGB VI](#) nicht erfüllt. Mit den von der Beklagten erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation allein war eine Wiedereingliederung des Versicherten auf den ersten Arbeitsmarkt nicht möglich, was zwischen den Beteiligten unstrittig sein dürfte. Fraglich ist aber, ob die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, hier also die Unterbringung des Versicherten in den Eingangsbereich und den Berufsbildungsbereich der WfbM erforderlich waren, um eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation zu erreichen. Nicht gemeint sein kann, dass die Teilhabeleistung überhaupt geeignet sein müsse, eine positive Wirkung beim Leistungsempfänger zu haben. Denn § 33 Abs. 1 SGB IX a.F. enthält generell die Einschränkung auf erforderliche Leistungen. Vielmehr kann "voraussichtlich erfolgreich" nach den obigen Ausführungen aus Sicht des Rentenversicherungsträgers eine Rehabilitation nur dann sein, wenn die Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt prognostisch möglich erscheint, was aber gerade vorliegend nicht der Fall war.

Die Beklagte verweist insoweit auch zu Recht auf die Entscheidung des BSG vom 16.06.2015 ([B 13 R 12/14 R](#), juris). Das BSG hat in den Entscheidungsgründen ausdrücklich dargelegt, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung von Reha-Leistungen sich nach den [§§ 9 ff. SGB VI](#) bestimmen und dabei eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt die Zielsetzung ist (BSG, a.a.O., Rdnr 11 ff.; s. auch BSG Urteil vom 23.02.2000, [B 5 RJ 8/99 R](#), juris). Aufgrund des Pflichtversicherungsverhältnisses für die Tätigkeit im Arbeitsbereich einer WfbM in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung und der daraus folgenden Beitragsleistung hatte die dortige Beigeladene einen Anspruch auf Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gegen ihre gesetzliche Krankenkasse, nicht jedoch gegen den Rentenversicherungsträger. Die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Einsatzbereich, nämlich dem Arbeitsbereich der WfbM, war durch Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse sicherzustellen.

Die Argumentation der Klägerin, wonach die gesetzliche Möglichkeit geschaffen worden sei, dass der Rentenversicherungsträger Teilhabeleistungen im Eingangs- und im Bildungsbereich einer WfbM erbringe und der Hinweis auf das BSG-Urteil vom 06.03.2013 ([B 11 AL 2/12 R](#)) überzeuge nicht. Die Entscheidung des BSG betrifft keinen vergleichbaren Fall, da dort offensichtlich die Voraussetzungen bereits aus [§ 11 Abs. 1 SGB VI](#) erfüllt waren und es somit auf den Regelungsgehalt und die Auslegung des Abs. 2a nicht ankam. Für diesen Personenkreis, der nach [§ 11 Abs. 1 SGB VI](#) die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt hat, ergibt sich die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers für Teilhabeleistungen in einer WfbM, ohne dass es darauf ankommt, ob eine Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt beabsichtigt ist oder möglich erscheint.

Die Argumentation des Sozialgerichts, dass der Gesetzgeber [§ 10 SGB VI](#) in [§ 42 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) a.F. gerade nicht aufgeführt habe und damit persönliche Merkmale, die in [§ 10 SGB VI](#) erfasst seien, keine Rolle spielen und nicht in den [§ 11 SGB VI](#) hineingelesen dürften, überzeuge nicht. Richtig ist zwar, dass [§ 10 SGB VI](#) in [§ 42 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) a.F. nicht genannt ist. Das Sozialgericht

verkennt jedoch, dass [Â§ 42 SGB IX](#) a.F. nicht isoliert gesehen werden kann, sondern der oben aufgezeigte rechtssystematische Zusammenhang der Regelungen des SGB VI und des SGB IX zu beachten ist. [Â§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#) verwendet ausdrÃ¼cklich den Begriff "voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation", was sich mit der Prognose in [Â§ 10 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) deckt. Insoweit kommt es nicht darauf an, ob [Â§ 42 SGB IX](#) a.F. ausdrÃ¼cklich auf [Â§ 10 SGB VI](#) Bezug nimmt oder nicht.

Letztlich ergibt sich fÃ¼r die Regelung des [Â§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#), in Erweiterung der allgemeinen ZustÃ¤ndigkeit an weitere Personen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erbringen, dass diese im Interesse der Versichertengemeinschaft der Rentenversicherung nur gerechtfertigt ist, wenn durch die Reintegration in den Arbeitsmarkt der Versichertengemeinschaft auch zukÃ¼nftig BeitrÃ¤ge zuflieÃ¼en. Dabei beinhaltet der Umstand, dass die Teilhabeleistung zur Integration in eine beschÃ¼tzende WerkstatttÃ¤tigkeit als fÃ¼r den Versicherten erforderlich angesehen wird, nur dann die "erfolgreiche Rehabilitation" im Sinne des [Â§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#), wenn eine Reintegration in eine versicherungspflichtige BeschÃ¤ftigung des allgemeinen Arbeitsmarktes angestrebt wird. Allein die dauerhafte Integration in eine WfbM reicht nicht aus. Daran Ã¤ndert sich auch nichts dadurch, dass im Rahmen der WerkstatttÃ¤tigkeit ebenfalls in geringem Umfang BeitrÃ¤ge zur Rentenversicherung entrichtet werden.

In Ermangelung einer SonderzustÃ¤ndigkeit der Beklagten verbleibt es im Fall des Versicherten bei der ZustÃ¤ndigkeit der KlÃ¤gerin nach [Â§ 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX](#) a.F. fÃ¼r die Erbringung der Leistungen im Eingangsbereich und im Berufsbildungsbereich der WfbM.

Nach alledem war auf die Berufung der Beklagten hin das Urteil des Sozialgerichts NÃ¼rnberg vom 04.05.2016 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197a SGG](#) iVm [Â§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung â VwGO -, da weder die KlÃ¤gerin noch die Beklagte zu dem nach [Â§ 183 SGG](#) privilegierten Personenkreis gehÃ¶ren.

Der Streitwert des Verfahrens ergibt sich aus [Â§ 52 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz. Er war auf 51.229,57 Euro festzusetzen, da dies dem Berufungsbegehren der Beklagten entspricht. Eine zwischenzeitlich erfolgte Reduzierung infolge einer RÃ¼ckzahlung einer Ãberzahlung Ã¤ndert den maÃgeblichen Streitwert nicht.

Die Revision ist wegen grundsÃ¤tzlicher Bedeutung der Entscheidung nach [Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zuzulassen. Die Auslegung des Begriffs "voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation" im Sinne des [Â§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#) ist noch nicht hÃ¶chstrichterlich entschieden, soweit es um Leistungen zur Teilhabe in einer WfbM geht.

Erstellt am: 23.06.2020

Zuletzt verändert am: 22.12.2024