L 19 R 761/18

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Rentenversicherung
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 3 R 239/17
Datum
08.08.2018
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 19 R 761/18
Datum
30.11.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

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.

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 08.08.2018 aufgehoben und die Klage der Klägerin vom 16.03.2017 wird abgewiesen.

II. Die Klägerin hat die Kosten beider Verfahren zu tragen.

III. Die Revision wird zugelassen.

IV. Der Streitwert für beide Verfahren wird auf jeweils 8.785,78 Euro festgesetzt.

T a t b e s t a n d :

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Klägerin einen Anspruch auf Erstattung von Kosten für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hat, die sie für den Versicherten S aufgewendet hat.

Der 1988 geborene Versicherte erlitt im Mai 2006 einen schweren Verkehrsunfall mit Polytrauma und leistungseinschränkenden Folgeschäden. In der Folgezeit war der Versicherte erwerbstätig u.a. als Teilezurichter. Der Versicherte hatte nach dem Versicherungsverlauf von Februar 2013 insgesamt 73 Kalendermonate an Beitragszeiten aufzuweisen.

Am 14.02.2013 stellte der Versicherte bei seiner Krankenkasse, der DAK, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte in Form von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Dieser Antrag wurde an die Beklagte weitergeleitet und ging dort am 20.02.2013 ein. Ergänzt wurde er durch einen vom Versicherten am 23.05.2013 gestellten Antrag auf Leistungen in einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und behinderte Menschen. Der Versicherte gab hierbei an, bis 06.05.2013 Krankengeld bezogen und einen Antrag auf Leistung von Arbeitslosengeld bei der Klägerin gestellt zu haben.

Parallel dazu wurden verschiedene medizinische Feststellungen getroffen, so durch Frau T vom Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit A mit Untersuchung am 24.04.2013; danach war der Versicherte voraussichtlich länger als sechs Monate, aber nicht auf Dauer, nur noch täglich weniger als drei Stunden einsatzfähig. Am 06.05.2013 kam die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie K in einem ärztlichen Gutachten für die Beklagte nach Untersuchung des Versicherten zum Ergebnis, dass bei diesem eine Psychose und ein Zustand nach Kontusionsblutung vorlägen. Die Gutachterin sah eine medizinisch-berufliche Rehabilitationsmaßnahme für dringend notwendig an, damit der Versicherte wieder auf dem Arbeitsmarkt eingesetzt werden könne; ansonsten sei längerfristig eine drohende Erwerbsminderung zu befürchten. Am 21.06.2013 wurde durch die Fachärztin für Psychiatrie L ein Aufnahmegutachten für die Reha-Einrichtung E erstellt.

Die Beklagte bewilligte mit Bescheid vom 26.06.2013 dem Versicherten die stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der Reha-Einrichtung E für die Dauer von zunächst sechs Monaten. Die Maßnahme begann am 15.07.2013. Mit Bescheid vom 08.08.2013 bewilligte die Beklagte dem Versicherten Übergangsgeld ab Maßnahmebeginn; dies erfolgte letztlich bis zum Maßnahmeende am 06.05.2014.

Zu den Reha-Sitzungen bei der E, an denen auch Vertreter der Agentur für Arbeit und der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund teilnahmen, wurden am 14.01.2014 und 13.05.2014 Aktenvermerke gefertigt. Im Januar wurde festgehalten, dass bei positivem Verlauf eine weitere berufliche Planung erfolge; bei negativem Verlauf sei auch eine Überleitung in eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) in Erwägung zu ziehen. Am 13.05.2014 wurde festgehalten, dass der Versicherte am 06.05.2014 auf eigenen Wunsch in eine Klinik gegangen sei und eine Aufnahme in den Trainingsbereich nicht mehr in Betracht gezogen werde, da eine Reha nicht mehr erfolgversprechend sei. Der medizinische Teil werde somit beendet/abgebrochen; Empfehlung sei die Aufnahme in eine WfbM.

Am 26.05.2014 erstellte die E einen Abschlussbericht über den Versicherten. Am 25.06.2014 schrieb die Beklagte den Versicherten hinsichtlich des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe vom 14.02.2013 an: Danach liege beim Versicherten volle Erwerbsminderung auf Zeit vom 31.10.2012 bis 30.04.2016 vor. Es bestehe die Verpflichtung, den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe vom 14.02.2013 als Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu behandeln. Der Versicherte werde aufgefordert, einen Formblattantrag zur Rentenbeantragung einzureichen. Ein eventueller Widerspruch gegen die beabsichtigte Umdeutung könne nur mit Zustimmung der Krankenkasse geschehen.

Die L, Werkstätte für Behinderte, S-Roth gGmbH bestätigte dem Versicherten am 07.07.2014, dass ihm ab September 2014 ein Werkstattarbeitsplatz in der Einrichtung angeboten werden könne, wenn eine Kostenübernahme geklärt sei und ein Eingliederungsvorschlag des entsprechenden Kostenträgers vorliege.

Am 09.07.2014 wurde vom Versicherten bei der Gemeinde K ein Formblattantrag auf eine Rente wegen Erwerbsminderung aufgenommen und an die Beklagte übermittelt. Ein postalischer Ausdruck trägt als Eingangsdatum bei der Beklagten den 25.07.2014.

Ebenfalls am 09.07.2014 ging laut Eingangsstempel bei der Beklagten ein am 04.07.2014 unterschriebener Antrag des Versicherten auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte in Form von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ein. Zugehörig waren ein Begleitschreiben vom 07.07.2014 sowie Unterlagen; danach habe der Versicherte sich bei der L S, Werkstatt für behinderte Menschen, vorgestellt und habe dort die Möglichkeit ab September die Teilhabe am Arbeitsleben anzutreten, die hiermit beantragt werde.

Und weiter ebenfalls am 09.07.2014 wurde von der Gutachterin T vom Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit A ein neuerliches Gutachten mit Untersuchung über den Versicherten erstellt. Die Auftragserteilung hierzu war am 23.06.2014 ergangen. Danach sei der Versicherte voraussichtlich auf Dauer täglich weniger als drei Stunden einsatzfähig. Es werde die Integration in eine WfbM empfohlen.

Die Weiterleitung des bei der Beklagten gestellten Antrags auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an die Klägerin erfolgte am 17.07.2014.

Am 04.08.2014 wurde dem Versicherten vom Zentrum Bayern Familie und Soziales - Region Mittelfranken - Versorgungsamt ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 wegen einer organischen Wesensänderung und seelischen Krankheit zuerkannt.

Die Beklagte bewilligte dem Versicherten mit Rentenbescheid vom 05.08.2014 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung auf den Antrag vom 14.02.2013 hin. Die Anspruchsvoraussetzungen seien ab dem 31.10.2012 erfüllt. Die Rente beginne am 01.05.2013, sei befristet und ende mit dem 30.04.2016. Eine laufende Rentenzahlung setze zum 01.09.2014 ein. Zwischenzeitlich ist die Rente weitergewährt worden und zwar mit Rentenbescheid vom 29.02.2016 befristet zunächst bis zum 30.04.2019. Grundlage dafür war eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung der Prüfärztin G vom 18.02.2016, die auf einem Entlassungsbericht des Bezirksklinikums A vom 06.11.2015 und einem neurologisch-psychiatrischem Befundbericht des F vom 12.02.2016 beruhte.

Bereits mit Schreiben vom 03.09.2014 machte die Klägerin dem Grunde nach einen Erstattungsanspruch für die von ihr (zukünftig) dem Versicherten erbrachten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der Beklagten geltend und bat diese zunächst auf die Einrede der Verjährung zu verzichten.

Mit Bescheid vom 08.09.2014 bewilligte die Klägerin dem Versicherten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß §§ 112 ff Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) i.V.m. §§ 33 und 44 ff Neuntes Buch Sozialgesetzbuch idF bis 31.12.2017 (SGB IX a.F.). An ergänzenden Leistungen werde Übergangsgeld gezahlt, an Maßnahmekosten werde in der Zeit vom 16.09.2014 bis 15.12.2016 die Maßnahme im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich der WfbM S übernommen.

Die Maßnahme in der WfbM begann am 16.09.2014. Sie wurde zum 28.11.2014 vorzeitig beendet. Für den Abbruch der Maßnahme erkannte die Klägerin wichtige Gründe an.

Mit Schreiben vom 10.11.2014 und vom 23.03.2015 gab die Beklagte an, dass sie den Erstattungsanspruch der Klägerin vom 03.09.2014 nicht anerkenne. Mit Schreiben vom 29.07.2015 bestätigte sie dies, erklärte aber gleichzeitig den Verzicht auf die Einrede der Verjährung.

Am 04.05.2015 wurde vom Versicherten erneut eine Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben, nunmehr in der WfbM N - A1 gGmbH -, begonnen, die bereits am 29.05.2015 wieder abgebrochen wurde. Die Maßnahme sei erfolglos geblieben.

Mit Schreiben vom 19.11.2015 bezifferte die Klägerin den Erstattungsanspruch auf einen Betrag von 8.785,78 Euro. Dieser Betrag ergab sich aus einem Erstattungsanspruch für den Zeitraum vom 16.09.2014 bis 28.11.2014 in Höhe von 6.255,37 Euro und einem weiteren für den Zeitraum vom 04.05.2015 bis 29.05.2015 in Höhe von 2.530,41 Euro.

Nachdem die Beklagte auch in der Folgezeit Erstattungen nicht leistete, hat die Klägerin am 16.03.2017 Klage zum Sozialgericht Nürnberg (SG) auf Zahlung eines Erstattungsbetrages von 8.785,78 Euro erhoben.

Die Klägerin hat dies damit begründet, dass sie zweitangegangener Träger nach dem SGB IX a.F. gewesen sei und für die Maßnahmen an sich eine Zuständigkeit der Beklagten vorgelegen hätte. Es seien sowohl die Voraussetzungen des § 11 Abs. 2a Nr. 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) als auch § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI gegeben gewesen. Es sei von einer voraussichtlich erfolgreichen Rehabilitation und ebenso vom Vorliegen einer Rentenzahlung auszugehen. Ärztlicherseits sei von einer Werkstattfähigkeit ausgegangen worden und es habe eine gewisse Besserungsaussicht bestanden, was sich schon in der Zuerkennung einer Zeit- und nicht Dauerrente durch die Beklagte gezeigt habe.

Die Beklagte hat erwidert, dass die Voraussetzungen des § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI schon deshalb nicht erfüllt seien, weil grundsätzlich die Aufnahme in eine WfbM keinen Rentenbezug verhindern könne. Und die Anwendung von § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI würde daran scheitern, dass der Versicherte zu dem Personenkreis gehört habe, bei dem ein vollschichtiges Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht voraussichtlich wiederhergestellt werden könne.

Das SG hat mit Urteil vom 08.08.2018 die Beklagte zur Erstattung des beantragten Betrages verurteilt und die Berufung nicht zugelassen. Die Leistungs- und nachfolgende Erstattungspflicht der Beklagten ergebe sich daraus, dass die medizinischen Voraussetzungen für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente bereits zum 03.10.2012 (gemeint: 31.10.2012) und damit vor Stellung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vom 09.07.2014 vorgelegen hätten. Gleiches gelte für die übrigen Voraussetzungen und die Stellung eines Rentenantrags, als welcher der Antrag auf medizinische Rehabilitationsleistungen vom 14.02.2013 herangezogen werde. Es komme nicht darauf an, wann der Rentenbescheid erlassen worden sei. Auch die Stellungnahme der Beklagten über die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente sowie ein Schreiben der Beklagten an den Versicherten hätten im Juni 2014 und damit vor der Weiterleitung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben am 17.07.2014 an die Klägerin vorgelegen. Mit dem Abstellen auf den Bescheiderlass könne ein Reha-Träger Einfluss nehmen auf die Zuständigkeit für die Erbringung von Leistungen, was nach der Gesetzeskonzeption nicht gewollt sein könne. Aus diesem Grund sei im vorliegenden Fall die Beklagte als vorrangig leistungsverpflichtet gegenüber dem Versicherten anzusehen gewesen.

Gegen die Nichtzulassung der Berufung im Urteil vom 08.08.2018 hat die Beklagte mit Schreiben vom 05.09.2018 Beschwerde zum Bayer. Landessozialgericht erhoben, der mit Beschluss des Senats vom 12.12.2018 entsprochen worden ist (L 19 R 539/18 NZB).

Im anschließenden Berufungsverfahren hat die Beklagte zur Begründung der Berufung vorgebracht, dass die Voraussetzungen versicherungsrechtlicher Art im vorliegenden Fall keine Leistungspflicht der Beklagten erbracht hätten. Der Versicherte habe am 09.07.2014 lediglich 83 Kalendermonate mit Beitragszeiten aufzuweisen gehabt. Er habe zum Zeitpunkt der Antragstellung auch keine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezogen. Durch eine rückwirkende Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente hätten die Voraussetzungen des § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI nicht erfüllt werden können, was sich aus dem Wortlaut der Vorschrift ergebe.

Die Klägerin hat nochmals darauf verwiesen, dass aus ihrer Sicht sowohl ein Rentenbezug zu bejahen sei als auch eine entsprechende Erfolgsprognose für die Wiedereingliederung des Versicherten zum damaligen Zeitpunkt (ex ante) bestanden habe.

Der Senat hat die Beteiligten unter Hinweis auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 26.02.2020, B 5 R 1/19 R, um ergänzende Stellungnahme gebeten.

Die Klägerin hat ausgeführt, dass im hiesigen Fall einzig und allein die Eingliederung in eine WfbM Ziel der erbrachten Teilhabeleistungen gewesen sei, so dass § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI ausscheide, jedoch sei nach ihrer Rechtsauffassung die Anspruchsvoraussetzung gemäß § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI erfüllt, da die Anspruchsvoraussetzungen für eine Rente wegen voller Erwerbsminderung im vorliegenden Fall laut Rentenbescheid ab dem 31.10.2012 erfüllt gewesen seien und insofern eine vorrangige Zuständigkeit der Beklagten nach § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI vorgelegen habe.

Auch die Beklagte hat vorgebracht, dass vorliegend einzig und allein die Eingliederung in eine WfbM Ziel der erbrachten Teilhabeleistungen gewesen sei, so dass § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI von vornherein ausgeschieden sei. Auch für § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI seien die Voraussetzungen nicht erfüllt, da durch eine rückwirkende Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt werden könnten.

In einem Erörterungstermin vom 07.12.2020 hat die Beklagte angegeben, dass maßgeblicher LTA-Antrag der bei ihr am 09.07.2014 eingegangene Antrag sei. Der Antrag aus dem Februar 2013 habe sich ausschließlich auf eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme bezogen und sei im Übrigen nach dem Abbruch der Maßnahme in einen Rentenantrag umgedeutet worden. Die Klägerin hat angegeben, dass aus ihrer Sicht der Antrag am 09.07.2014 bei der Beklagten gestellt worden sei. Für den Maßnahmeteil im Mai 2015 habe es keinen eigenständigen Antrag gegeben; es handle sich aus Sicht der Klägerin um eine einheitliche Maßnahme. Aus den Aktenvorgängen sei ersichtlich, dass eine Beendigung des Rehabilitationsverfahrens nach dem ersten Teil nicht aktenkundig sei, sondern nur die Beendigung bzw. der Abbruch einzelner Teilmaßnahmen. Eine vollständige Beendigung des Rehabilitationsvorgangs hätte dem Kunden/Versicherten mitgeteilt werden müssen.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 08.08.2018 aufzuheben und die Klage der Klägerin vom 16.03.2017 abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 08.08.2018 zurückzuweisen.

Zur Ergänzung wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Instanzen sowie der beigezogenen Akten der Klägerin und der Beklagten Bezug genommen.

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

Die durch Beschluss des Senats vom 12.12.2018 zugelassene Berufung ist begründet.

Der zutreffend als allgemeine Leistungsklage erhobenen Klage (§§ 51, 54 Abs. 5, 57 Sozialgerichtsgesetz - SGG -) ist vom SG zu Unrecht stattgegeben worden. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung der für den Versicherten S für Teilhabemaßnahmen aufgewendeten Kosten in Höhe von 8.785,78 Euro.

Eine Beiladung des Versicherten zum Rechtsstreit war nicht erforderlich (vgl. BSG, Urteil vom 26.02.2020 - B 5 R 1/19 R - juris).

Die Voraussetzungen des Erstattungsanspruches nach § 14 Abs. 4 S. 1 SGB IX a.F. liegen nicht vor.

Nach dieser Regelung ist der Rehabilitationsträger zur Erstattung von Aufwendungen verpflichtet, wenn nach Bewilligung der Leistung durch einen Rehabilitationsträger, an den nach § 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 für den leistenden Rehabilitationsträger geltenden Rechtsvorschriften.

Die Klägerin ist zweitangegangener Rehabilitationsträger im Sinne des § 14 Abs. 4 S.1 SGB IX a.F. Der Versicherte hatte bei der Beklagten mit Eingang am 09.07.2014 einen Antrag auf Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt, den die Beklagte am 17.07.2014 - und damit innerhalb der Zwei-Wochen-Frist nach § 14 Abs. 1 S. 1, 2 SGB IX a.F. - an die Klägerin fristgerecht weitergeleitet hatte.

Der vom Versicherten bereits am 14.02.2013 gestellte Antrag auf Teilhabeleistungen, bei dem die Beklagte zweitangegangener Träger war, hinderte weder die Weiterleitung des Antrags vom 09.07.2014 an die Klägerin, noch hat er für die Bestimmung des Antragsdatums bei der Anwendung von § 11 Abs. 1 SGB VI eine Bedeutung. Zum einen war der erste Antrag explizit auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen gerichtet, zum anderen war diese Maßnahme - wenn auch nicht mit dem erwünschten Erfolg - abgeschlossen worden. Der Antrag vom 09.07.2014 ist daher als eigenständiger Neuantrag anzusehen.

Die Durchführung der WfbM-Maßnahme in N ist nach den insoweit übereinstimmenden Darlegungen der Beteiligten ohne erneuten Antrag des Versicherten auf Teilhabeleistungen erfolgt. Die im Juli 2014 beantragten und anschließend von der Klägerin bewilligten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind nicht als abgeschlossen angesehen worden, auch wenn die konkrete Maßnahme in S wegen erforderlicher medizinischer Behandlung des Versicherten ab 29.11.2014 nicht fortgeführt werden konnte. Die Beteiligten sind sich in der Auffassung einig, dass es sich bei der im Mai 2015 in N durchgeführten Maßnahme um einen unselbständigen Teil der für den Versicherten auf seinen Antrag vom 09.07.2014 durchgeführten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gehandelt hat. Insofern kam es nicht darauf an, dass der Versicherte im Frühjahr 2015 unzweifelhaft laufende Rentenleistungen von der Beklagten bezogen hat, nachdem im Frühjahr kein neuer Antrag des Versicherten auf Teilhabeleistungen gestellt worden ist.

Die Klägerin war als Rehabilitationsträger im Sinne der §§ 5 Nr. 2, 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX a.F. nach § 14 Abs. 2 S. 3 SGB IX a.F. an die erfolgte Weiterleitung gebunden und musste nach allen denkbaren sozialrechtlichen Leistungsgesetzen den notwendigen Rehabilitationsbedarf unverzüglich erbringen. Die von der Klägerin an den Versicherten erbrachten Leistungen in Form der Gewährung von Übergangsgeld, Übernahme der Maßnahmenkosten, Abführung von Sozialversicherungsbeiträgen und Erstattung von Fahrtkosten sind unstreitig Leistungen der beruflichen Rehabilitation und auch ihre von der Klägerin geltend gemachte Höhe von insgesamt 8.785,78 Euro für die beiden Maßnahmenteile ist zwischen den Beteiligten unstreitig.

Indes sind die Voraussetzungen des Erstattungsanspruches nicht erfüllt, weil die Beklagte als erstangegangener Rehabilitationsträger für die erbrachten Leistungen nicht zuständig war und somit die Klägerin nicht an Stelle der Beklagten die Leistungen erbracht hat, sondern selbst für die Erbringung zuständig war.

Für Leistungen, die in einer WfbM entweder im Eingangsverfahren oder im Berufsbildungsbereich erbracht werden, regelt § 42 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX a.F., dass sich die Zuständigkeit der Träger der Rentenversicherung unter den Voraussetzungen der §§ 11 bis 13 SGB VI ergibt. Dabei fällt auf, dass sich die Regelungen von denen des Arbeitsbereiches (Abs. 2) formal unterscheiden. Im Arbeitsbereich ist eine Reihenfolge der zuständigen Leistungsträger aufgeführt, die mit dem Sozialhilfeträger als Auffangzuständigkeit ("im Übrigen") endet. Im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich (Abs. 1) ist dagegen die Zuständigkeit der Bundesagentur für Arbeit regelhaft zugewiesen und nur ausnahmsweise ergibt sich eine andere Zuständigkeit ("soweit nicht [ein anderer] Träger zuständig ist"). Ein derartiges Regel-Ausnahmeverhältnis ist eng auszulegen, d.h. dass es im Zweifelsfall bei der Regelzuständigkeit zu verbleiben hat. Dies hat auch Bedeutung bei der Prüfung, ob die Voraussetzungen der §§ 11 bis 13 SGB VI erfüllt sind, die zu einer Zuständigkeit der Träger der Rentenversicherung führen.

Beim Versicherten ist keine der in § 11 SGB VI aufgeführten Alternativen zur Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gegeben gewesen, so dass die Beklagte für die Erbringung der Leistungen jeweils im Eingangsbereich der beiden WfbM nicht zuständig gewesen ist.

Der Versicherte hatte im Juli 2014 eindeutig nicht die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt gehabt und hat sie im Übrigen auch in der Folgezeit bisher nicht erfüllt (§ 11 Abs. 1 Nr.1 SGB VI).

Ebenfalls offensichtlich scheidet § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI als Vorschrift zur Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen aus. Beim Versicherten stand der Beginn eines laufenden Rentenbezugs unabhängig von bzw. trotz der beantragten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unmittelbar bevor. Eine Prognose, dass (nur) ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre, kam somit sicher nicht in Betracht.

Auch § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI ist im Fall des Versicherten nicht erfüllt gewesen. Zwar trifft die von der Beklagten geäußerte Ansicht, wonach bei einer Maßnahme in einer WfbM grundsätzlich diese Alternative nicht vorliegen könne, nicht zu. Vielmehr hat das BSG in seiner Entscheidung vom 25.02.2020 (a.a.O.) ausgeführt, dass diese Alternative auch bei einer Maßnahme in einer WfbM vorliegen könne, solange das Ziel die Integration in den (ersten) Arbeitsmarkt sei und eine derartige Rehabilitation voraussichtlich erfolgreich verlaufen werde.

Diese Voraussetzungen waren im Fall des Versicherten aber nicht erfüllt. Eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation ergibt sich nicht schon daraus, dass parallel zur Teilhabemaßnahme keine Dauerrente, sondern (nur) eine Zeitrente an den Versicherten gewährt worden ist. Die Zeitrentengewährung ist in § 102 Abs. 2 Satz 1 SGB VI als Regelfall der Erwerbsminderungsrente bestimmt. Nur ausnahmsweise kommt nach § 102 Abs. 2 Satz 5 SGB VI unter weiteren Voraussetzungen eine unbefristete Gewährung einer Erwerbsminderungsrente in Betracht, wenn es unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann. Diese strenge Voraussetzung ist nur bei einem entsprechenden Nachweis erfüllt. Allein aus der Tatsache, dass dieser Nachweis nicht geführt worden ist bzw. werden konnte, ergibt sich nicht, dass eine voraussichtlich erfolgreiche Reintegration des Versicherten in das Erwerbsleben zu erwarten ist. Die von der Klägerin für den hier vorliegenden Fall verwendete Formulierung, dass beim Versicherten eine gewisse Besserungsaussicht vorliege, verdeutlicht dies eindrücklich; es ist nach den ärztlichen Feststellungen zwar eine Besserung noch nicht (völlig) unwahrscheinlich, aber eine Prognose einer erfolgreichen Reintegration in das Erwerbsleben wurde nicht gestellt.

Die Prognose einer Wiedereingliederung des Versicherten in den allgemeinen Arbeitsmarkt in absehbarer Zeit, d.h. nach Erbringung von Leistungen im Eingangsbereich der WfbM für 3 Monate (§ 40 Abs. 2 SGB IX a.F.) und im Berufsbildungsbereich für maximal 2 Jahre (§ 40 Abs. 3 SGB IX a.F.) wurde von der Beklagten auch zu Recht nicht gesehen, da die Maßnahmen in der Einrichtung E, die im Anschluss an die medizinische Rehabilitation des Versicherten hätten erbracht werden können, als für den gesundheitlichen Zustand des Versicherten nicht möglich angesehen worden waren und die dortige Maßnahme beendet worden war mit der sich anschließenden Anfrage bzw. Anregung an den Versicherten, eine Rente wegen voller Erwerbsminderung zu beantragen.

Letztlich hat die Klägerin, ebenso wie die Beklagte, ohnehin die Auffassung vertreten, dass im Fall des Versicherten eine Leistungsverpflichtung der Beklagten nicht auf § 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI gestützt werden könne.

Die Erfüllung der Voraussetzungen ergibt sich auch nicht daraus, dass der Versicherte "bei Antragstellung" eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezogen hat (§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI).

Denn der Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zum Zeitpunkt des Antrages auf Teilhabeleistungen setzt den tatsächlichen Bezug dieser Rente voraus. Der Wortlaut des § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI ist hinreichend klar; eine erweiternde Anwendung ist nicht geboten (vgl. BayLSG, Urteil vom 07.07.2022 - L 14 R 184/21 - juris). Notwendig ist auch der Erlass eines entsprechenden Rentenbescheides, da ein Versicherter Rente bezieht erst mit der Zustellung des Rentenbewilligungsbescheides oder mit der Rechtskraft eines den Rentenanspruch anerkennenden Urteils. Jüttner in Hauck/Noftz, SGB 08/20, § 11 SGB VI Rn. 6 fordert weitergehend eine Auszahlung auf Grund eines Bewilligungsbescheids. Luthe in: Schlegel/Voelzke, juris-PK-SGB VI, 2. Aufl. § 11 SGB VI Rn 31 sieht erst den tatsächlichen Bezug nach Bescheiderteilung und Ablauf der Rechtsmittelfrist als ausreichend an.

Dies entspricht auch der Zielsetzung des § 14 SGB IX a.F. einer raschen Zuständigkeitsklärung. In den Fällen, in denen die Bundesagentur für Arbeit als erstangegangener Träger innerhalb der kurzen Frist für eine mögliche Weiterleitung ihre Zuständigkeit prüfen muss, erlaubt das eindeutige Merkmal des tatsächlichen Bezuges einer Erwerbsminderungsrente eine einfach und zügig zu erreichende Zuordnung der jeweiligen Zuständigkeit.

Dagegen spricht nicht etwa, dass der Rentenversicherungsträger es in der Hand hätte, den maßgeblichen Zeitpunkt des Erlasses des Rentenbescheides so hinauszuzögern, dass eine Leistungsverpflichtung aus § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI vermieden würde. Nach Teilen der Kommentarliteratur (z.B. Kater in: Kasseler Kommentar, Stand Mai 2021, § 11 SGB VI Rn 6) sollen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erweiternd bereits dann als erfüllt anzusehen sein, wenn sämtliche Voraussetzungen des Rentenanspruchs erfüllt sind und lediglich die Bescheiderteilung aussteht. Insoweit wäre vorliegend (fingiert) ein Rentenbezug anzunehmen, da die Beklagte bereits vor der Antragstellung auf die Teilhabeleistung am 09.07.2014 das Vorliegen der medizinischen und versicherungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen für eine an den Versicherten zu leistende Erwerbsminderungsrente festgestellt gehabt hatte (Mitteilung an den Versicherten) und ein nach § 116 Abs. 2 SGB VI umzudeutender Rehabilitationsantrag sowie auch der Formblattantrag an demselben Tag vorlagen.

Allerdings ist der Zeitpunkt, ab wann sämtliche Voraussetzungen eines Rentenanspruchs erfüllt sind und nur noch die Bescheiderteilung aussteht, nicht nur vorliegend, sondern auch generell nicht eindeutig und rasch zu klären. Die Erfüllung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen (medizinischer Leistungsfall) reicht sicher nicht, es muss auch die Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für einen Rentenanspruch geklärt sein. Hinzu kommt, dass die Entscheidung über das Vorliegen eines Erwerbsminderungsrentenfalls durch die beim Rentenversicherungsträger entscheidungsbefugten Personen getroffen wird und nicht vom ärztlichen Dienst der Rentenversicherung. Und hinsichtlich der Antragstellung ist, selbst in Fällen eines früheren Antrages auf medizinische Rehabilitationsleistungen und einer möglichen Umdeutung nach § 116 Abs. 2 SGB VI, noch zu klären, ob die Dispositionsfreiheit nicht eingeschränkt ist und die Rente auch förmlich beantragt wird. Damit dürfte der Zeitpunkt, ab dem sämtliche Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, erst dann vorliegen, wenn die notwendigen internen Feststellungen vom Rentenversicherungsträger getroffen sind. Nur die dann nachfolgenden Verzögerungen bei der Bescheiderteilung wären im Sinne der erweiternden Auslegung unbeachtlich.

Im Übrigen wäre auch zu beachten, dass ein Rentenbezug nach § 99 SGB VI immer zu einem Monatsbeginn einsetzt und nach § 101 Abs. 1 (ggf. auch Abs. 1a) SGB VI bei befristeten Renten dies um (bis zu) 6 Monate verschoben ist. Auch die erweiternde Auslegung kann nicht den Rentenbezug für einen Zeitraum fingieren, zu dem dieser auch bei sofortiger Bescheiderteilung im Zeitpunkt der Erfüllung der Voraussetzungen noch nicht hätte erfolgen können. Vorliegend spielt dies trotz der Gewährung einer Zeitrente aber keine Rolle, da der - nachträglich festgestellte - Zeitrentenbeginn deutlich vor dem Tag der Antragstellung auf Teilhabeleistung liegt.

Zu folgen ist auch nicht einer Auslegung dahingehend, dass das Merkmal "bei Antragstellung" nur den maßgeblichen Bezugspunkt für die Prüfung des Rentenbezugs in Relation zu anderen möglichen Bezugspunkten wie z.B. "bei Antragsbewilligung" oder "bei Maßnahmebeginn" festlegt. Diese Auslegung geht davon aus, dass die zusätzlichen Möglichkeiten in § 11 Abs. 2a SGB VI zur Erfüllung rentenrechtlicher Voraussetzungen am Interesse der Versichertengemeinschaft ansetzten, durch Integration in das Erwerbsleben - erster Arbeitsmarkt - eine mögliche Rentengewährung und damit dauerhaft höhere Belastungen für die Versichertengemeinschaft zu vermeiden, und in § 11 Abs. 1 SGB VI die Anknüpfungspunkte für die Abgrenzung zur Versichertengemeinschaft der Arbeitslosenversicherung einerseits ein besonderer Umfang der Beitragsleistung und andererseits laufende Verwaltungskontakte durch laufenden Sozialleistungsbezug sind. Das Merkmal "bei Antragstellung" sei also nicht so zu verstehen, dass "am" Tag der Antragstellung bereits eine tatsächliche Rentenzahlung einer Erwerbsminderungsrente an den Versicherten erfolgen müsse, vielmehr genüge eine nachträgliche Gewährung "zum" Tag der Antragstellung.

Der Nachteil auch dieser Auslegung des Wortlauts besteht darin, dass der zuständige Leistungsträger nicht im Verlauf der in § 14 Abs. 4 SGB VI a.F. vorgesehenen Fristen sicher zu ermitteln ist, sondern erst deutlich später - im Extremfall erst nach einem sozialgerichtlichen Verfahren zwischen Versichertem und Rentenversicherungsträger - feststeht.

Für das Ergebnis, dass die Klägerin als zuständiger Leistungsträger gehandelt und deshalb keinen Erstattungsanspruch gegenüber der Beklagten hat, spricht - ohne dass es im vorliegenden Fall noch darauf angekommen wäre - auch, dass sich die Zuständigkeit und Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe allgemein gem. § 7 S. 2 SGB IX a.F. nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen richten. Unter Berücksichtigung der §§ 9 bis 11 SGB VI ist die Leistungsverpflichtung der Beklagten nach dem SGB VI vorliegend zu verneinen, da die beantragten Teilhabeleistungen nicht geeignet waren, Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit des

Versicherten oder sein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern, und ebenfalls nicht, ihn möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern.

Nach alledem war auf die Berufung der Beklagten das Urteil des SG Nürnberg vom 08.08.2018 aufzuheben und die Klage der Klägerin abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG iVm § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da weder die Klägerin noch die Beklagte zu dem nach § 183 SGG privilegierten Personenkreis gehören.

Die Revision ist wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache nach § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG zuzulassen.

Der Streitwert des Verfahrens ergibt sich aus § 52 Abs. 1 Gerichtskostengesetz (GKG). Er war auf 8.785,78 Euro festzusetzen, was dem geltend gemachten Erstattungsbetrag entspricht.

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-03-01