

L 13 R 1115/13

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

13

1. Instanz

SG Landshut (FSB)

Aktenzeichen

S 16 R 1048/11 ES

Datum

12.07.2013

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 13 R 1115/13

Datum

03.08.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Eine tragfähige gesetzliche Grundlage für die Annahme, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dürften nicht an Versicherte erbracht werden, die aus versicherungsrechtlichen Gründen keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung haben oder mit deren Wiedereingliederung in das versicherte Erwerbsleben trotz einer medizinisch erfolgreichen Rehabilitationsbehandlung nicht zu rechnen ist, existiert nicht.

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 12. Juli 2013 wird zurückgewiesen.

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

III. Die Revision wird zugelassen.

IV. Der Streitwert wird auf 2.177,48 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten, ob die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin Kosten in Höhe von 2.177,48.- Euro für eine zu Gunsten des Versicherten R.Z. (Versicherter) erbrachten Leistung der stationären Rehabilitation zu erstatten.

Der im Juli 1950 geborene Versicherte ist selbständiger Landwirt und bei der Klägerin krankenversichert. Er hat bei der Beklagten - mit Unterbrechungen - von September 1964 bis April 2006 Pflichtbeitragszeiten (im Sommer als Hirte auf der Alpe und im Winter als Lifthelfer), insgesamt 357 Kalendermonate mit rentenrechtlichen Beitragszeiten, zurückgelegt.

Der Versicherte begehrte mit Antrag vom 29. Dezember 2009 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei der Beklagten. Aus einer Telefonnotiz der Beklagten vom 8. Januar 2010 geht hervor, dass der Versicherte als Landwirt selbstständig tätig sei und diese Tätigkeit, soweit es gesundheitlich möglich sei, bis zur Rente weiter ausüben wolle. Er zahle laufend Beiträge zur landwirtschaftlichen Alterskasse.

Mit Schreiben vom 11. Januar 2010, bei der Klägerin eingegangen am 12. Januar 2010, leitete die Beklagte den Antrag gemäß [§ 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX](#) an die Klägerin weiter. Die Beklagte sei nicht zuständig. Es könne aus anderen als gesundheitlichen Gründen nicht mit einer Wiedereingliederung in das rentenversicherte Erwerbsleben gerechnet werden. Sinn und Zweck von Leistungen zur Rehabilitation seitens des Rentenversicherungsträgers ([§ 9 SGB VI](#)) sei es, dass durch solche Leistungen zur Rehabilitation die beeinträchtigte Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werde, damit anschließend eine Erwerbstätigkeit (wieder) ausgeübt werden könne. Der Versicherte sei im Jahr 2006 aus dem rentenversicherten Erwerbsleben ausgeschieden. Bei dieser Sachlage sei nicht anzunehmen, dass er bis zum Erreichen der Voraussetzungen für eine Altersrente (Vollendung des 65. Lebensjahres im Juli 2015) nochmals eine Beschäftigung aufnehmen und in das rentenversicherte Erwerbsleben zurückkehren werde.

Die Klägerin bewilligte dem Versicherten mit Bescheid vom 20. Januar 2010 Leistungen zur stationären Rehabilitation in der Klinik H., Bad M ... Mit Schreiben gleichen Datums machte die Klägerin einen Erstattungsanspruch gemäß [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) bei der Beklagten geltend. [§ 9 SGB VI](#) regle nur allgemein und vorab die Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe im Sinne einer Zielvorstellung. Die eigentlichen Voraussetzungen würden jedoch in den [§§ 10-12 SGB VI](#) konkretisiert. In [§ 10 Abs. 1 SGB VI](#) werde allein auf die Erwerbsfähigkeit als solche abgestellt, unabhängig davon, ob der Versicherte noch einer Erwerbstätigkeit nachgehe oder nachgehen werde/wolle.

Die Beklagte erklärte hierzu, das Vorliegen der Voraussetzungen nach [§ 10 SGB VI](#) werde nicht bestritten. Es müssten jedoch auch die Voraussetzungen des [§ 9 SGB VI](#) erfüllt sein. Sinn und Zweck von Rehabilitationsleistungen sei es, dass durch solche Leistungen eine beeinträchtigte Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werde, damit anschließend eine versicherte Erwerbstätigkeit wieder ausgeübt werden könne. Mit einer Wiedereingliederung in das rentenversicherte Erwerbsleben durch die Leistung zur medizinischen Rehabilitation sei jedoch - auch nach einer möglicherweise medizinisch gesehen erfolgreichen Rehabilitationsleistung - nicht zu rechnen. Auf Urteile des BSG vom 14. Dezember 2006 ([B 4 R 19/06 R](#)) und des LSG Nordrhein-Westfalen vom 13. Dezember 1999 ([L 16 KR 118/98](#)) wurde verwiesen. Nach [§ 9 Abs. 2 SGB VI](#) sei von der Beklagten stets im Rahmen des Ermessens zu entscheiden, ob die Leistungen zur Teilhabe im Sinne des [§ 9 Abs. 1 SGB VI](#) erbracht werden könnten. Selbstständige, nicht versicherte Unternehmer gehörten grundsätzlich nicht mehr dem Versicherungssystem an. Bei nichtversicherten Selbstständigen, die Rehabilitationsleistungen ausschließlich dazu benötigten, eine selbstständige Tätigkeit außerhalb dieses Systems fortzusetzen, bewirke der Einsatz von Leistungen zur Rehabilitation weder die Vermeidung einer zukünftigen Rentenzahlung bei Eintritt einer Erwerbsminderung noch die Ermöglichung weiterer Beitragsleistungen.

Der Versicherte befand sich ausweislich des Entlassungsberichts vom 28. Dezember 2010 vom 3. November 2010 bis 24. November 2010 zur stationären Behandlung in der Klinik H ... Er wurde arbeitsfähig für die bisher ausgeübte Tätigkeit als Landwirt und Almhirt entlassen.

Mit Schreiben vom 21. März 2011 übersandte die Klägerin der Beklagten eine Rechnung der Klinik H. über 2.070,68 Euro, eine Bescheinigung, dass der Versicherte keine öffentliche Verkehrsmittel benutzen konnte sowie eine Berechnung der Fahrtkosten in Höhe von 106,80 Euro und machte einen Erstattungsanspruch in Höhe von insgesamt 2.177,48 Euro geltend. Sie wies dabei auf zwei ähnlich gelagerte Fälle hin, in denen von der Beklagten offene Erstattungsansprüche beglichen worden seien.

Die Beklagte erklärte hierzu, dass es sich bei diesen Fällen um Maßnahmen der Anschlussrehabilitation gehandelt habe. Im Hinblick auf die mit der AHB-Vereinbarung getroffene *lex specialis* sei eine Ablehnung der Kostenübernahme nicht zulässig gewesen. Hier handele es sich jedoch um eine reguläre Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Wegen [§ 9 SGB VI](#) könne die Beklagte nicht zuständiger Kostenträger sein.

Mit Schreiben vom 14. September 2011 hat die Klägerin Klage gegen die Beklagte mit dem Antrag erhoben, die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die ihr im Zusammenhang mit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme für den Versicherten in der Zeit vom 3. November 2010 bis 24. November 2010 entstandenen Kosten in Höhe von 2.177,48 Euro zu erstatten. Zu Begründung ist ausgeführt, die Beklagte könne sich nicht auf [§ 9 SGB VI](#) berufen. Es handele sich hierbei nur um eine Einweisungsvorschrift, die keinen anspruchsbegründenden Charakter habe. Die anspruchsbegründenden bzw. -ausschließenden Voraussetzungen seien in [§§ 10-12 SGB VI](#) geregelt. Eine mögliche Ermessensausübung sei auf das "Wie" der Leistungsgewährung beschränkt. Die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen seien unstreitig. Der Versicherte habe seine soziale Absicherung für die Risiken Alter und Erwerbsminderung in der gesetzlichen Rentenversicherung angesiedelt. Von der Alterssicherung der Landwirte habe er sich von Anfang an befreien lassen. Der von der Beklagten eingewandte Ausschluss- tatbestand des dauerhaften Ausscheidens aus dem Erwerbsleben sei gesetzlich nicht vorgesehen und darüber hinaus aber auch nicht erfüllt. Zwar übe der Versicherte seit 2006 keine abhängige Beschäftigung mehr aus und sei ausschließlich als selbständiger Landwirt tätig. Dies bedeute aber nicht, dass er dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sei und damit eine Reha-Maßnahme der Beklagten nicht mehr den Zweck erfüllen könne, die Erwerbsfähigkeit möglichst dauerhaft wiederherzustellen. Ein Sinneswandel sei jederzeit möglich. Auf Urteile des BSG vom 22. Juni 2010 ([B 1 KR 32/09 R](#)) und 2. November 2010 ([B 1 KR 9/10](#)) wurde hingewiesen. Diese Rechtsprechung sei auf den hier vorliegenden Fall zu übertragen.

Die Beklagte hat entgegnet, zum Zeitpunkt der Durchführung der Maßnahme im November 2010 habe der Versicherte die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente nicht mehr erfüllt. Die Nähe zur gesetzlichen Rentenversicherung sei daher nicht mehr gegeben gewesen. [§ 9 SGB VI](#) gebe die Maßstäbe für die Bewilligung der Rehabilitationsleistungen vor. Die [§§ 10 ff. SGB VI](#) seien im Lichte dieser Maßstäbe zu sehen. Der Versicherte sei seit Juli 1989 Landwirt und wolle als solcher noch bis zur Rente tätig sein. Um überhaupt noch in den Genuss einer Rente wegen Erwerbsminderung kommen zu können, müsste er ab jetzt 36 Monate an Pflichtbeiträgen zurücklegen. Er wäre dann schon 64 Jahre alt; mit Blick auf seine Stoffwechselerkrankung sei die Erwerbsminderung wahrscheinlich schon eingetreten. Anders als der Bezieher von Vorruhestandsleistungen, der auch in der Passivphase noch versicherungspflichtiges Entgelt beziehe, habe der Versicherte den Bezug zur Rentenversicherung, soweit es um das Risiko der Erwerbsminderung gehe, verloren. Er unterscheide sich auch von dem Arbeitslosen, der Leistungen unter den erleichterten Bedingungen des [§ 428 SGB III](#) erhalte und insofern ebenfalls noch Beiträge an die Solidargemeinschaft der Rentenversicherung leiste. Können eine vorzeitige Leistung einer Erwerbsminderungsrente nicht verhindert werden, da ohnehin die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt seien bzw. bei deren eventueller Erfüllung vielleicht sogar schon die Erwerbsminderung eingetreten sei, sei es nicht gerechtfertigt, der Versichertengemeinschaft die Lasten für eine Rehabilitationsmaßnahme aufzuerlegen, die den Versicherten nicht wieder in eine beitragspflichtige Beschäftigung eingliedere und den vorzeitigen Rentenbezug verhindern könne.

Die Klägerin hat erwidert, versicherungsrechtlich erforderlich für die Gewährung einer Reha-Leistung durch die Beklagte sei allein die Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren, nicht jedoch eine aktuelle Beitragszahlung. [§ 11 Abs. 2 Nr. 3 SGB VI](#) treffe sogar eine Regelung für die sogenannten latent Versicherten, also solche, die nicht laufend Beiträge zur Rentenversicherung leisteten. Der in [§ 9 Abs. 1 S. 2 SGB VI](#) normierte Grundsatz "Reha vor Rente" begründe nur eine Obliegenheit des Versicherten, in zumutbarer Weise mitzuwirken und sich insbesondere medizinischen Reha-Leistungen zu unterziehen. Auch sei eine Rückkehr des Versicherten in das Erwerbsleben theoretisch möglich.

Nach Auffassung der Beklagten ist [§ 11 Abs. 2 Nr. 3 SGB VI](#) so zu verstehen, dass Versicherte selbst dann, wenn sie aktuell keinen Rentenanspruch wegen fehlender besonderer versicherungsrechtlicher Voraussetzungen haben, dann von Rehabilitationsleistungen nicht ausgeschlossen werden dürften, wenn sie noch einen Bezug zur Rentenversicherung hätten. Der Grundsatz Reha vor Rente sei nicht nur eine Obliegenheit des Versicherten, sondern gelte auch für den Rentenversicherungsträger selbst. Dieser habe zu beachten, dass Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erst dann bewilligt werden sollten, wenn zuvor Leistungen zur Teilhabe erbracht worden seien oder ein Erfolg solcher Leistungen nicht zu erwarten sei. Damit komme den Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung die Aufgabe zu, frühzeitige Rentenleistungen zu verhindern und die Versicherten wieder in eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit einzugliedern. Eine Rehabilitationsleistung, die weder eine ohnehin nicht mehr zustehende Erwerbsminderungsrente verhindern noch den latent Versicherten wieder zu einem Beitragszahler machen könne, gehe ins Leere. Sie zu finanzieren verstieße gegen das Verbot

zweckfremder Leistungen ([§ 30 Abs. 1 SGB IV](#)).

Mit Urteil vom 12. Juli 2013 hat das SG die Beklagte verurteilt, der Klägerin die ihr im Zusammenhang mit der stationären Rehabilitationsleistung für den Versicherten Z. in der Zeit vom 3. November 2010 bis 24. November 2010 entstandenen Kosten in Höhe von 2.177,48 Euro zu erstatten und die Kosten des Rechtsstreits zu tragen. Die Berufung ist zugelassen und der Streitwert auf 2.177,48 Euro festgesetzt worden. Es komme nicht allein auf die Vermeidung eines Rentenanspruchs, sondern auch darauf an, eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich zu beseitigen bzw. eine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung einer bereits geminderten Erwerbsfähigkeit zu erreichen. Der Grundsatz Reha vor Rente sei nur deklaratorischer Natur und könne auch nicht zur Rentenversagung im Falle einer fehlenden Mitwirkung führen. Das Gesetz fordere nur, dass die Erwerbstätigkeit, wie sie durch in der Vergangenheit ausgeübte Tätigkeiten geprägt werde, in der gesetzlich geforderten Weise insgesamt gefördert werde. Nicht erforderlich sei, dass die Zustandsbesserung wieder in den Dienst einer früheren Beschäftigung gestellt werde. Das Ziel der Vermeidung von Rentenzahlungen wegen Erwerbsminderung möge ein wichtiges Ziel der Rentenversicherung sein, weitere Ziele, wie die Vermeidung von Arbeitslosigkeit durch Förderung abstrakter Erwerbschancen, seien im Rahmen von Teilhabeleistungen damit aber nicht ausgeschlossen.

Hiergegen hat die Beklagte Berufung eingelegt und vorgetragen, aus dem Sinn und Zweck des [§ 10 SGB VI](#) und dem Wortlaut des [§ 9 Abs. 1 S. 2 SGB VI](#) ergebe sich, dass die Beklagte nicht zuständig sei, wenn ein Versicherter über 2 Jahre lang selbständig tätig gewesen sei, keine Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung mehr entrichtet und klar zu erkennen gegeben habe, keine versicherungspflichtige Beschäftigung mehr ausüben zu wollen. Erneut ist darauf verwiesen worden, dass der Versicherte keinen Schutz mehr für den Versicherungsfall der Erwerbsminderung mangels Vorliegen der besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gehabt habe. Auch sei [§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) zu berücksichtigen. Wenn von vornherein feststehe, dass der Versicherte dauerhaft aus dem versicherten Erwerbsleben ausgeschieden sei, da er bekunde, bis zur Altersrente nur noch selbständig tätig sein zu wollen, sei von vornherein die Fortführung, der Erhalt oder die Wiedereingliederung in eine versicherte Erwerbstätigkeit ausgeschlossen. Aus der fehlenden Normierung entsprechender Beitragsleistungen als Anspruchsvoraussetzung für eine Rehabilitation ergebe sich nichts anderes. Der Gesetzgeber habe deshalb keine versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bestimmt, weil er auch Personen einbeziehen wollte, die noch nicht lange im Erwerbsleben stehen, aber nicht von Rehabilitationsleistungen ausgeschlossen werden sollten. Diese einzubeziehenden Personen seien aber grundsätzlich ebenso wie Beschäftigte in Altersteilzeit in das System der gesetzlichen Rentenversicherung eingegliedert. Dem Gesetzgebungsverfahren sei nicht zu entnehmen, dass versicherungsfremde Personen, die ansonsten - außer Altersrente - keine Leistungen beziehen können, in das Rehabilitationsverfahren einbezogen werden sollten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 12. Juli 2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen, die sämtlich Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Die kraft Zulassung durch das SG statthafte Berufung ist zulässig, aber unbegründet. Das SG hat die Beklagte auf die zulässig als reine Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) erhobene Klage hin zu Recht verurteilt, der Klägerin die ihr im Zusammenhang mit der stationären Rehabilitationsleistung für den Versicherten in der Zeit vom 3. November 2010 bis 24. November 2010 entstandenen Kosten in Höhe von 2.177,48 Euro zu erstatten.

Rechtsgrundlage für den Erstattungsanspruch der Klägerin ist [§ 14 Abs. 4 S. 1 SGB IX](#). Wird nach Bewilligung der Leistung durch einen Rehabilitationsträger nach [§ 14 Abs. 1 S. 2 bis 4 SGB IX](#) festgestellt, dass ein anderer Rehabilitationsträger für die Leistung zuständig ist, erstattet nach dieser Bestimmung dieser dem Rehabilitationsträger, der die Leistung erbracht hat, dessen Aufwendungen nach den für diesen geltenden Rechtsvorschriften.

Nach dieser Vorschrift besteht also ein spezialgesetzlicher Anspruch auf Erstattung der Kosten, der den allgemeinen Erstattungsansprüchen gemäß [§§ 102 ff. SGB X](#) als lex specialis vorgeht, und zwar im Hinblick auf diejenigen Kosten, die der zweitangegangene Rehabilitationsträger für eine in die Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträgers fallende Maßnahme aufgewendet hat (BSG, Urteil vom 3. November 2011, Az. [B 3 KR 4/11 R](#); BSG, Urteil vom 25. August 2011, Az. [B 8 SO 7/10 R](#), BSG, Urteil vom 20. November 2008, Az. [B 3 KR 16/08](#), BSG, Urteil vom 8. September 2009, Az. [B 1 KR 9/09 R](#), alle in juris). Insbesondere scheidet auch die Anwendung des [§ 105 SGB X](#) gemäß [§ 14 Abs. 4 S. 3 SGB X](#) mangels hier einschlägiger abweichender Vereinbarungen der Rehabilitationsträger aus.

Die Klägerin ist zweitangegangener Rehabilitationsträger in diesem Sinne. Der Versicherte hatte seinen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation am 29. Dezember 2009 bei der Beklagten gestellt. Diese hatte innerhalb der sich bis 12. Januar 2010 erstreckenden Zweiwochenfrist des [§ 14 Abs. 1 S. 1 SGB IX](#) festgestellt, dass sie nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen, also dem SGB VI, für die Leistung nicht zuständig sei und dann den Antrag gemäß [§ 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX](#) unverzüglich und innerhalb dieser Frist an den nach ihrer Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger, die Klägerin, weitergeleitet.

Dieser spezielle Erstattungsanspruch der Klägerin als zweitangegangener Rehabilitationsträger ist begründet, soweit der Versicherte vom Träger, der ohne die Regelung in [§ 14 SGB IX](#) zuständig wäre, die gewährte Maßnahme hätte beanspruchen können (BSG, Urteil vom 22. Juni 2010, [B 1 KR 32/09 R](#)).

Hier ist eine Zuständigkeit der Beklagten zu der gewährten Maßnahme der stationären Rehabilitation im Sinne des [§ 14 Abs. 4 S. 1 SGB IX](#) gegeben, da der Versicherte diese Maßnahme ihrer Art nach von der Beklagten nach der Zuständigkeitsordnung außerhalb des [§ 14 SGB IX](#) -

also nach dem für die Beklagte geltenden materiellen Recht des SGB VI - hätte verlangen können. Denn sämtliche materiell-rechtliche Voraussetzungen für einen Anspruch des Versicherten gegen die Beklagte auf Gewährung einer Maßnahme zur stationären Rehabilitation nach dem SGB VI sind erfüllt.

Gemäß [§ 9 Abs. 2 SGB VI](#) können Leistungen nach Abs. 1, also Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Ein Anspruch auf die hier vom Versicherten begehrten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht somit dann, wenn die persönlichen Voraussetzungen des [§ 10 SGB VI](#) sowie die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des [§ 11 SGB VI](#) erfüllt sind und zudem die Leistung nicht gemäß [§ 12 SGB VI](#) ausgeschlossen ist.

Gem. [§ 10 Abs. 1 SGB VI](#) haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe erfüllt,

1) deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und 2) bei denen voraussichtlich a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann, b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann, c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann.

Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit liegt vor, wenn nach ärztlicher Feststellung durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen in absehbarer Zeit mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu rechnen ist. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit ist jede länger dauernde, nicht unwesentliche Einschränkung der vollen Leistungsfähigkeit.

Nach der Rechtsprechung des BSG ist unter Erwerbsfähigkeit im rehabilitationsrechtlichen Sinne die Fähigkeit des Versicherten zu verstehen, seinen bisherigen Beruf oder seine bisherige Tätigkeit weiter ausüben zu können. Die Kriterien, die für die Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen einer Rente wegen Erwerbsminderung maßgebend seien, seien nicht anwendbar. Zu prüfen sei, ob der Versicherte unabhängig von den Besonderheiten des gerade innegehaltenen Arbeitsplatzes den typischen Anforderungen des ausgeübten Berufs noch nachkommen kann (BSG, Urteil vom 20. Oktober 2009, [B 5 R 44/08 R](#), in juris Rn. 29). Hierbei ist auf die gesamte berufliche Qualifikation abzustellen, also auf das Berufsbild in voller Breite und nicht lediglich auf die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit in der Ausgestaltung des konkreten Arbeitsplatzes. Dabei sind auch berufliche Tätigkeiten der letzten Jahre mit einzubeziehen, wenn sie nicht allzu lange zurückliegen (vgl. BSG in [BSGE 49, 263](#)). Erwerbsfähigkeit ist also die Fähigkeit zur möglichst dauernden Ausübung der bisherigen beruflichen Tätigkeit im normalen Umfang. Eine geminderte Erwerbsfähigkeit liegt nicht nur vor, wenn eine Erwerbsminderung i. S. des [§ 43 SGB VI](#) gegeben ist, sondern bereits dann, wenn die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben nicht unwesentlich eingeschränkt ist und der Versicherte daher nicht in der Lage ist, seinen Beruf normal auszuüben. Dabei kommt es nur auf die Erwerbsfähigkeit in diesem Sinne als solche an, während es - mit Ausnahme der Fälle des [§ 10 Abs. 1 Nr. 2](#) c SGB VI - im Rahmen des [§ 10 SGB VI](#) nicht entscheidend ist, ob der Versicherte tatsächlich noch einer Erwerbstätigkeit nachgeht oder nachgehen will; die Prüfung dieses Umstandes erfolgt bei [§ 12 SGB VI](#) (BSG, Urteil vom 22. Juni 2010, Az. [B 1 KR 32/09 R](#), in juris Rn. 20).

Diese persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Rehabilitation gem. [§ 10 SGB VI](#) sind - dies ist zwischen den Beteiligten unstrittig - erfüllt, da die Erwerbsfähigkeit des Versicherten, also die Fähigkeit seinen bisherigen Beruf als Almhirt und Lifthelfer auszuüben, wegen Krankheit erheblich gefährdet war und eine hinreichende Aussicht bestand, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abgewendet werden kann.

Zwischen den Beteiligten ist ebenfalls unstrittig, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des [§ 11 SGB VI](#) gegeben sind. Der Versicherte hatte bei Antragstellung mit 357 Kalendermonaten mit Beitragszeiten die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt (vgl. [§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI](#) i.V.m. [§ 51 Abs. 1 SGB VI](#)).

Schließlich sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch - dies ist ebenfalls unstrittig - nicht gemäß [§ 12 Abs. 1, 2 SGB VI](#) ausgeschlossen. Keine der dort genannten Ausnahmefälle ist gegeben. Insbesondere ist [§ 12 Abs. 1 Nr. 4](#) a SGB VI nicht einschlägig, wonach Leistungen zur Teilhabe für Versicherte nicht erbracht werden, die eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird. Eine solche Leistung wurde vom Versicherten nicht bezogen.

Damit wäre ohne die Regelung des [§ 14 SGB IX](#) die Beklagte für die Erbringung der Rehabilitationsmaßnahme zuständig gewesen. Denn an weitere Voraussetzungen ist der Anspruch des Versicherten gegen die Beklagte nicht geknüpft. Eine tragfähige gesetzliche Grundlage für die Annahme der Beklagten, sie müsse und dürfe Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht erbringen, weil der Versicherte aus versicherungsrechtlichen Gründen keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung mehr habe und angesichts seines Alters und seiner Erkrankung sowie seiner Äußerung, "bis zur Rente als Landwirt tätig sein zu wollen", sei auch nach einer möglicherweise medizinisch gesehen erfolgreichen Rehabilitationsbehandlung mit einer Wiedereingliederung in das versicherte Erwerbsleben nicht mehr zu rechnen, existiert nicht. Auch [§ 9 Abs. 1 S. 1](#) und 2 SGB VI bieten hierfür keine Grundlage.

Nach [§ 9 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) erbringt die Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen um 1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten 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 wieder einzugliedern.

Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind ([§ 9 Abs. 1 S. 2 SGB VI](#)). Die Leistungen nach [§ 9 Abs. 1 SGB VI](#) können erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind ([§ 9 Abs. 2 SGB VI](#)).

Insoweit ist zunächst darauf hinzuweisen, dass [§ 9 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) nach der Begründung des Fraktionsentwurfs zum Rentenreformgesetz

vom 7. März 1989, [BT-Drs. 11/4124](#) (Seite 150, 153), nur eine Einweisungsvorschrift ohne eigenständigen Inhalt darstellen soll, die nur die Zielvorstellungen der Rehabilitation in der Rentenversicherung aufzeigen soll. Nach Auffassung des Senats spricht damit einiges dafür, dieser Bestimmung insbesondere gegenüber [§ 10 SGB VI](#) eine nur deklaratorische Bedeutung zuzumessen (vgl. in diesem Sinne KassKomm-Kater, SGB VI, § 9 Rn. 4). Jedenfalls stellt [§ 9 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) aber kein weiteres Prüfprogramm neben den in [§§ 10-12 SGB VI](#) niedergelegten Voraussetzungen auf. Dafür spricht auch [§ 9 Abs. 2 SGB VI](#), wonach die Leistungen nach [§ 9 Abs. 1 SGB VI](#), damit also Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, erbracht werden können, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, also die Voraussetzungen der [§§ 10](#) und [11 SGB VI](#), erfüllt sind.

Dementsprechend hat das BSG in seiner Entscheidung vom 23. Februar 2000, Az. [B 5 RJ 8/99 R](#), in juris folgendes ausgeführt:

"Die Entscheidung der Frage, ob dem Kläger medizinische Rehabilitationsleistungen zu gewähren sind (sogenannte Eingangsprüfung), steht - wovon das LSG offenbar ausgeht - nicht im Ermessen der Beklagten, sondern ist davon abhängig, ob die allgemeine Leistungsvoraussetzungen des [§ 10 SGB VI](#) (persönliche Voraussetzungen) und des [§ 11 SGB VI](#) (versicherungsrechtliche Voraussetzungen) vorliegen und kein Leistungsausschluss gemäß [§ 12 SGB VI](#) gegeben ist."

Das BSG hat hier einen Anspruch des Klägers also allein von der Erfüllung der Voraussetzungen der [§§ 10-12 SGB VI](#) und nicht davon abhängig gemacht, dass auch diejenigen des [§ 9 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) gegeben wären. Es hat in diesem Zusammenhang nur klargestellt, dass trotz der Formulierung "können erbracht werden" in [§ 9 Abs. 2 SGB VI](#) nur die in einem zweiten Schritt zu treffende Entscheidung, wie die Rehabilitation nach Art, Dauer, Umfang und Begründung durchzuführen ist, d.h. welche Leistungen in Betracht kommen, im pflichtgemäßen Ermessen der Beklagten steht. Nur in Bezug auf das "Wie", nicht hingegen auf das "Ob" einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation hat der Versicherungsträger also ein Ermessen.

Auch wenn man [§ 9 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) nicht nur eine deklaratorische Bedeutung zuweist, sondern es zumindest für erforderlich erachtet, diese Bestimmung bei der Auslegung und Anwendung der einzelnen Leistungsvorschriften zu beachten (so Kreikebohm, SGB VI, § 9 Rn. 5), bietet aber auch der Gesetzeswortlaut des [§ 9 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) keinen Anlass für die Annahme einer fehlenden Zuständigkeit der Beklagten. Diese Bestimmung nimmt die "Erwerbsfähigkeit" der Versicherten sowie die Sicherung der Teilnahme der Versicherten am "Erwerbsleben" in den Blick.

Insoweit wird zum Teil vertreten, der Begriff der Erwerbsfähigkeit i.S.d. [§ 9 Abs. 1 SGB VI](#) umfasse ganz allgemein die Fähigkeit der Versicherten, ihren Lebensunterhalt durch eine Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit selbst zu verdienen. Die Leistungen der Rentenversicherung zur Rehabilitation seien also vorrangig darauf gerichtet, eine Einschränkung oder einen Verlust der Erwerbsfähigkeit zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern (Kreikebohm, SGB VI, § 9 Rn. 4).

Ob diese, vom Begriff der Erwerbsfähigkeit im Sinne des [§ 10 SGB VI](#) abweichende Auslegung zutrifft, kann dahinstehen. Auch wenn man im Rahmen des [§ 9 Abs. 1 SGB VI](#) den Begriff der "Erwerbsfähigkeit" in demselben Sinne versteht wie in [§ 10 SGB VI](#), steht für den Senat außer Frage, dass die Beklagte mit der Gewährung der beantragten Maßnahme der stationären Rehabilitation sich nicht in Widerspruch zu den Zielvorstellungen des [§ 9 Abs. 1 S. 1](#) 1. Alternative SGB VI gesetzt hätte. Der in der Entscheidung des BSG vom 14. Dezember 2006, Az. [B 4 R 19/06 R](#), in juris Rn. 42 artikulierten Auffassung, das Überschreiten der Anspruchsschwellen aller Versicherungsfälle der [§§ 9 Abs. 1, 10 Abs. 1 SGB VI](#) hänge ua davon ab, dass es nicht von vornherein ausgeschlossen ist, dass durch die Leistungen die Fortführung oder der Erhalt einer rentenversicherten Beschäftigung oder Tätigkeit bewahrt oder ermöglicht wird, so dass Renten nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind, vermag der Senat nicht zu folgen. Das BSG hat hier zur Begründung folgendes ausgeführt (Rn. 42, 44):

"Das LSG wird deshalb schon bei der Feststellung eines Versicherungsfalles zu prüfen haben, ob im Zeitpunkt der Rechtsgewährung durch die Klägerin zukunftsgerichtet die Prognose ausgeschlossen war, die Integration des Versicherten in eine rentenversicherte Beschäftigung oder Tätigkeit werde, wie [§ 9 Abs. 1 SGB VI](#) ausdrücklich verlangt ("und dadurch"), im Wesentlichen durch die medizinische Leistungen, welche die Klägerin erbracht hat, gesichert werden können ... Die Rehabilitationsziele des [§ 9 Abs. 1 SGB VI](#) können im Einzelfall grundsätzlich nicht mehr erreicht werden, sobald der Versicherte unheilbar voll erwerbsgemindert ist oder sein Erwerbsleben auf Dauer angelegt aufgegeben hat. Dabei kommt es im Zusammenhang mit der Feststellung des Versicherungsfalles und der dabei zu treffenden Prognose über die Verwirklichung der Rehabilitationsziele nicht auf Fiktionen und Rechtsvermutungen, sondern darauf an, ob nach den konkreten Umständen des Einzelfalles voraussichtlich die dauerhafte Integration in eine tatsächlich verrichtete rentenversicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit gefördert wird."

Der Senat vermag [§ 9 Abs. 1 SGB VI](#) kein ausdrückliches Verlangen des Gesetzgebers danach zu entnehmen, dass die Integration des Versicherten in eine rentenversicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit im Wesentlichen durch die erbrachten medizinischen Leistungen gesichert werden kann.

Nach [§ 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1, Nr. 2](#) 1. Alternative SGB VI soll Ziel einer derartigen Maßnahme sein, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit des Versicherten zu verhindern. Damit war die Beklagte auch im Fall des Versicherten gehalten, durch eine derartige Maßnahme den Auswirkungen der bei ihm vorliegenden Krankheiten auf die Erwerbsfähigkeit in seinem letzten Beruf entgegenzuwirken oder diese zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit zu verhindern.

Die weiteren in [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#) genannten Ziele der Verhinderung des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben oder die möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben müssen daneben nicht auch erfüllt sein, da sie nur alternative Ziele des [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#) darstellen. Denn der Gesetzgeber verknüpft die drei unterschiedlichen Tatbestandsmerkmale des [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI](#) "Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten verhindern", "ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindern", "sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern" sämtlich durch ein "oder". Wäre die Aussicht auf (Wieder)Eingliederung in das Erwerbsleben nach dem Willen des Gesetzgebers zwingende Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, hätte er in [§ 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB VI](#) das Tatbestandsmerkmal "die Beeinträchtigungen der

Erwerbsfähigkeit der Versicherten verhindern" durch ein "und" mit den Tatbestandsmerkmalen „ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern" verknüpfen müssen. Die möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben ist also nur ein Ziel von Leistungen zur Teilhabe, aber nicht das einzige. Allein ausreichend ist auch das Ziel, die vorhandenen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit zu überwinden, um damit dem Versicherten wieder Erwerbschancen auf dem Arbeitsmarkt zu eröffnen. Liest man hingegen die Notwendigkeit der Möglichkeit der Integration in ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis bereits in die erste Alternative des [§ 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB VI](#) ("Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten verhindern") hinein, hätte es der weiteren Alternative der "möglichst dauerhaften Wiedereingliederung in das Erwerbsleben" nicht bedurft. Eine Rechtsgrundlage für die Beklagte, einen Versicherten zu der Abgabe einer (rechtsverbindlichen?) Zukunftsplanung anzuhalten, gibt es also nach alledem nicht. Eine derartige Abfrage erscheint dem Senat im Übrigen angesichts der Unüberprüfbarkeit diesbezüglicher Angaben der Versicherten auch wenig sinnvoll.

Für die hier vertretene Auffassung spricht zudem der Umstand, dass der Gesetzgeber in dem Ausschlussatbestand des [§ 12 Abs. 1 Nr. 4 a SGB VI](#) seinem Willen Ausdruck verliehen hat, dass die dauerhafte Aufgabe des Erwerbslebens alleine noch nicht zum Ausschluss von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation führt, sondern dies nur dann der Fall sein soll, wenn der Versicherte zudem durch Lohnersatzleistungen auf die Altersrente hingeführt wird. In dieser Bestimmung ist ein Leistungsausschluss für Versicherte geregelt, die eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird. Diese Versicherten sind aus dem Erwerbsleben ausgeschieden. Geht man - wie die Beklagte - davon aus, dass die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bereits dann nicht mehr infrage kommt, wenn der Versicherte aus dem (versicherten) Erwerbsleben ausgeschieden ist, bedürfte es diese Regelung in [§ 12 Abs. 1 Nr. 4 a SGB VI](#) nicht mehr. Der Gesetzgeber hat nach Auffassung des Senats vielmehr mit dieser Regelung klargestellt, dass das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben nur in Kombination mit einem derartigen Leistungsbezug zu einem Leistungsausschluss führt (vgl. auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 26. Juni 2009, Az. [L 1 KR 435/08](#), in juris).

Davon abgesehen ist der Begriff des "Erwerbslebens" schon rein sprachlich der weitest mögliche Begriff, den der Gesetzgeber hier verwenden konnte. Das Erwerbsleben eines Versicherten umfasst begrifflich nicht nur versicherungspflichtige Beschäftigungen oder selbständige Tätigkeiten, sondern auch versicherungsfreie selbstständige Tätigkeiten oder geringfügige versicherungsfreie Beschäftigungen, da auch diese Teil des Erwerbslebens eines Versicherten sein können. Auch wenn die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an die Unfähigkeit des Versicherten anknüpft, die bisherige, regelmäßig versicherungspflichtige Tätigkeit weiterhin auszuüben, so verlangt das Gesetz jedoch nicht, dass die Aussicht besteht, eine durch Rehabilitationsleistungen erreichte Zustandsbesserung werde vom Versicherten wieder - etwa im Rahmen einer Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit - für eine versicherungspflichtige Beschäftigung genutzt. Das Gesetz fordert nur, dass die Erwerbsfähigkeit, wie sie durch in der Vergangenheit ausgeübte Tätigkeiten geprägt wird, in der gesetzlich geforderten Weise insgesamt gefördert wird (vgl. juris PK, Luth, [§ 10 SGB VI](#) Rn. 46). Eine Begrenzung der Zielrichtung von Rehabilitationsmaßnahmen der Beklagten dahingehend, dass nur die Wiedereingliederung in ein versichertes Erwerbsleben Ziel sein darf, ist auch in [§ 9 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) nicht enthalten. Wenn dies gewollt gewesen wäre, hätte es nahegelegen, dass der Gesetzgeber als Ziel die Wiedereingliederung in ein versichertes Beschäftigungsverhältnis oder in eine versicherte selbstständige Tätigkeit festschreibt.

Auch aus dem in [§ 9 Abs. 1 S. 2 SGB VI](#), [§ 8 Abs. 2 SGB IX](#) niedergelegten Grundsatz "Reha vor Rente" lässt sich dieses Ergebnis nicht ableiten. Dieser besagt nur, dass Leistungen zur Teilhabe Vorrang von Rentenleistungen haben, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind. Lässt sich also die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung durch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation vermeiden oder zumindest hinauszögern, so soll diesen grundsätzlich Vorrang gegeben werden vor einer Rentengewährung. Renten wegen Erwerbsminderung sollen also erst dann bewilligt werden, wenn zuvor Leistungen zur Teilhabe erfolglos erbracht wurden oder wenn ein Erfolg derartiger Leistungen nicht zu erwarten ist.

[§ 9 Abs. 1 S. 2 SGB VI](#) bzw. [§ 8 Abs. 2 SGB IX](#) haben damit eine einschränkende Wirkung für die Gewährung von Rentenleistungen, aber nicht von Leistungen zur Rehabilitation. Insbesondere lässt sich diesen Bestimmungen nicht entnehmen, dass die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht mehr in Betracht käme, weil ein Anspruch des Versicherten auf Rente wegen Erwerbsminderung mangels Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ausscheide. Dem Grundsatz "Reha vor Rente" eine Bedeutung in dem Sinne zuzumessen, dass die Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur dann in Frage kommt, wenn auch noch die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung versicherungsrechtlich möglich ist, kommt nach Auffassung des Senats schon deshalb nicht in Betracht, weil dies den Wortlaut dieser Bestimmungen sprengen würde.

Ließe man davon abgesehen mit einer derartigen erweiternden Auslegung die Ablehnung eines Anspruchs auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu, wenn die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung aus versicherungsrechtlichen Gründen nicht (mehr) in Betracht kommt, würde dies im Ergebnis bedeuten, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Renten wegen Erwerbsminderung auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation Gültigkeit beanspruchen würden. Der Gesetzgeber hat diesem Lösungsweg aber eine klare Absage erteilt und gerade nicht die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die für Renten wegen Erwerbsminderung gelten, auch für Leistungen zur Teilhabe übernommen. Er hat vielmehr in [§ 11 SGB VI](#) eigenständige versicherungsrechtliche Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe aufgestellt, die deutlich von denen für Rente wegen Erwerbsminderung abweichen. Für den Personenkreis der Versicherten, der - wie der Versicherte im hier vorliegenden Fall - bereits die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt hat, werden vom Gesetzgeber in dieser Bestimmung keinerlei weitere versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Erhalt von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aufgestellt.

Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens wurde durchaus verschiedentlich erörtert, ob die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit einerseits und für Rehabilitationsleistungen andererseits einander angeglichen werden sollten. Hierfür wurde angeführt, dass damit der innere Zusammenhang zwischen Rehabilitation und Rente verdeutlicht würde. Es seien dann nämlich keine Fälle mehr denkbar, in denen ein Versicherter die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme erfüllt, nicht aber für eine Rente. Dies bedeute wiederum, dass keine Fälle mehr auftreten könnten, in denen eine Rehabilitationsmaßnahme keine Auswirkungen auf den Rentenanspruch haben könne. Eine solche Regelung ist dann aber bewusst nicht erfolgt, weil damit eventuell eine Ausgrenzung eines erheblichen Teils der Versicherten aus der rehabilitativen Versorgung verbunden gewesen wäre, insbesondere derjenigen, die noch nicht lange im Erwerbsleben stehen, bei denen aber ein Rehabilitationsbedarf vorliegt (Tiedt u.a., Deutsche Rentenversicherung, 1992, 313, 325).

Angesichts dieser eindeutigen Entscheidung des Gesetzgebers gegen eine Übernahme der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Rente wegen Erwerbsminderung in den Bereich der Leistungen zur Teilhabe kommt es nach Ansicht des Senats nicht in Betracht, diese "quasi durch die Hintertür" über eine erweiternde Auslegung des [§ 9 Abs. 1 S. 2 SGB VI](#) wieder zur Anspruchsvoraussetzung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu machen. Hätte der Gesetzgeber einen Ausschluss in diesem Sinne gewollt, hätte er dies entsprechend regeln müssen. Dies hat er jedoch nicht getan und sich damit gerade dafür entschieden, dass es Fälle wie den hier vorliegenden gibt, in denen ein Versicherter bei Antragstellung einen Anspruch auf eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation hat, aber - zumindest aktuell - keinen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung.

Darüber hinaus waren zwar die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Rente wegen Erwerbsminderung beim Versicherten zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht mehr erfüllt, sie wären aber - wenn auch knapp - von ihm noch erfüllbar gewesen. Damit kann noch nicht einmal davon ausgegangen werden, dass der Versicherte im Rechtssinne auch aus dem bei der Beklagten versicherten Erwerbsleben endgültig ausgeschieden ist. Für den Versicherten wäre nicht die Möglichkeit verschlossen gewesen, sich im Falle eines Sinneswandels eine weitere versicherungspflichtige Beschäftigung zu suchen mit der Folge, dass er wieder Versicherungsschutz auch für eine Erwerbsminderungsrente erworben hätte. Daher kommt es auch hier nicht darauf an, ob der Versicherte im Einzelfall den Willen bekundet hat, eine rentenversicherungspflichtige Beschäftigung vor Inanspruchnahme von Altersrentenleistungen nicht mehr ausüben zu wollen (vgl. in diesem Sinne für den ähnlich gelagerten Fall des Begehrens von Leistungen zur Teilhabe während der Passivphase eines Altersteilzeit-Blockmodells BSG, Urteil vom 22. Juni 2010, [B 1 KR 32/09 R](#), in juris).

Der Senat teilt nach alledem auch nicht die von der Beklagten zitierte Auffassung des LSG Nordrhein-Westfalen im Urteil vom 13. Dezember 1999, Az. [L 16 KR 118/98](#), dass aus dem Sinnzusammenhang der Regelung des [§ 10 SGB VI](#) in Verbindung mit den Bestimmungen der [§ 7 RehaAnglG](#) (Vorrang der Rehabilitation vor Rente; nunmehr Vorrang von Leistungen zur Teilhabe gemäß [§ 8 Abs. 2 SGB IX](#)) und 9 Abs. 1 S. 2 SGB VI folge, dass der Rentenversicherungsträger Rehabilitationsleistungen mit dem Ziel zu erbringen habe, seine sonstige Einstandspflicht - Rentenzahlung - abzuwenden, die Bewilligung von Rehabilitationsmaßnahmen also dann ausscheide, wenn eine Wiedereingliederung in das versicherte Erwerbsleben nicht wahrscheinlich sei und damit die Zahlung einer Erwerbsminderungsrente nicht abgewendet werden könne.

Diesem Ergebnis steht auch nicht die vom LSG Nordrhein-Westfalen herangezogene Entscheidung des BSG vom 16. November 1993, Az. [4 RA 37/93](#), in juris, entgegen. Hierin hat das BSG unter Geltung des AVG ausgeführt, der Rentenversicherungsträger dürfe einem Versicherten, dem Rente wegen Berufsunfähigkeit zuerkannt sei, Rehabilitationsleistungen ausschließlich zum Zweck der Abwendung von Erwerbsunfähigkeit nicht gewähren, solange dieser eine selbständige Erwerbstätigkeit ausübt. In diesem Fall begehrte der dortige Kläger Leistungen nach der KfzHV, um seine selbständige Tätigkeit fortführen zu können. Dabei stand fest, dass die beim ihm bereits anerkannte Berufsunfähigkeit durch Rehabilitationsleistungen nicht zu bessern war. Das BSG hat unter Hinweis auf [§ 24 Abs. 2 S. 3 AVG](#), wonach Versicherte, die eine selbständige Erwerbstätigkeit ausüben, nicht erwerbsunfähig sind, ausgeführt, die begehrte Kfz-Hilfe sei nicht zu gewähren, weil sie ungeeignet sei, die bereits eingetretene Berufsunfähigkeit zu beseitigen oder Erwerbsunfähigkeit abzuwenden. Der Rentenversicherungsträger sei nicht schlechthin und unter allen denkbaren Gesichtspunkten gehalten, einen Behinderten in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern. Diese Aufgabe obliege ihr grundsätzlich nur im eigenen Zuständigkeitsbereich.

Die vom BSG in seiner Entscheidung zu beurteilende Rechts- und Sachlage unterscheidet sich sehr deutlich von der hier vorliegenden. Nach dem damaligen Recht kann die Annahme von Erwerbsunfähigkeit bei einer Ausübung einer selbständigen Tätigkeit nicht in Betracht. Leistungen zur Teilhabe, die die Aufrechterhaltung einer selbständigen Tätigkeit dienen sollten, haben also notwendigerweise nicht dazu geführt, dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten wiederhergestellt wird. Da auch die Berufsunfähigkeit des dortigen Versicherten durch die von ihm begehrten Leistungen zur Teilhabe nicht beeinflusst werden konnten, war die Erwerbsfähigkeit des dortigen Versicherten durch die Gewährung der begehrten Leistungen zur Teilhabe nicht positiv zu beeinflussen. Damit schied die Gewährung dieser Leistungen notwendigerweise aus, weil die persönlichen Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt waren. Hier sind aber die persönlichen Voraussetzungen - wie dargelegt - erfüllt, weil zu erwarten war, dass die vom Versicherten hier begehrten Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation bei bestehender Gefährdung seiner Erwerbsfähigkeit deren Minderung entgegenwirken.

Nach alledem war die Beklagte für die vom Versicherten begehrte Maßnahme der medizinischen Rehabilitation zuständig. Eine für die Beklagte "zweckfremde" Leistung im Sinne des [§ 30 Abs. 1 SGB IV](#) ist hierin nicht zu sehen.

Der Klägerin steht damit grundsätzlich ein Kostenersatzanspruch gegen die Beklagte zu. Die Aufwendungen der Klägerin sind dabei nach den für sie geltenden Vorschriften, hier also des SGB V, zu erstatten. Von Seiten der Beklagten wurde zu keinem Zeitpunkt des Verfahrens geltend gemacht, dass insoweit der Klägerin Fehler - etwa in Bezug auf die von ihr getroffene Ermessensentscheidung oder auf die Höhe des geltend gemachten Erstattungsanspruchs - unterlaufen wären. Solche sind für den Senat auch nicht erkennbar.

Die Berufung war damit zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Die Festsetzung des Streitwerts richtet sich nach [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs. 3](#), [§ 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz.

Die Revision war zuzulassen, da dem Rechtsstreit grundsätzliche Bedeutung zukommt (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2015-11-13