

S 11 R 1141/15

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

SG Nürnberg (FSB)

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

11

1. Instanz

SG Nürnberg (FSB)

Aktenzeichen

S 11 R 1141/15

Datum

28.06.2017

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin die für die Zeit vom 02.04.2012 bis 01.07.2014 für den Versicherten C. gezahlten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Höhe von 62.049,27 EUR zu erstatten.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

III. Der Streitwert wird auf 62.049, 27 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Klägerin gegen die Beklagte ein Erstattungsanspruch bezüglich der für die Zeit vom 02.04.2012 bis 01.07.2014 für den Versicherten C. (R.K.) gezahlten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Höhe von 62.049,27 EUR zusteht.

Im Zeitraum vom 08.03.2011 bis 02.09.2011 wurde auf Antrag des 1973 geborenen Versicherten (R.K.) vom 23.02.2011 für ihn bei der A. eine medizinische/berufliche Rehabilitationsmaßnahme, deren Kostenträger die Beklagte war, durchgeführt. Im Entlassungsbericht vom 09.09.2011 hatte das A. festgestellt, dass zum Ende der Maßnahme eine tägliche Belastbarkeit des Versicherten von unter drei Stunden unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes festgestellt werden müsse. Unter geschützten und beschützten Bedingungen sei eine vollschichtige Belastbarkeit des Versicherten gegeben. Als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werde eine Arbeitstrainings- / Berufsbildungsmaßnahme in einer wohnortnahen Werkstatt für behinderte Menschen in N. vorgeschlagen (z. B. "S.").

Am 12.09.2011 stellte der Versicherte über das A. bei der Beklagten Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Beklagte leitete den Antrag mit Schriftsatz vom 15.09.2011 an die Klägerin weiter (Eingang am 19.09.2011), da sie nicht zuständig sei. Daraufhin holte die Klägerin ein Gutachten nach Aktenlage vom 13.10.2011 ein, in dem eine anhaltende psychiatrische Erkrankung, eine Hörminderung beidseits und eine chronische Hauterkrankung des Versicherten festgestellt wurde. Das Leistungsbild liege täglich bei weniger als 3 Stunden, voraussichtlich länger als 6 Monate, aber nicht auf Dauer. Es lägen so schwere Einschränkungen vor, dass eine Eingliederung des Versicherten in eine W. zu empfehlen sei. In den vorliegenden medizinischen Unterlagen finde sich kein Hinweis darauf, dass der Versicherte nicht gemeinschaftsfähig sei.

Mit Schriftsatz vom 10.11.2011 teilte die Beklagte dem Versicherten mit, dass der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vom 23.02.2011 durch Verwaltungsentscheidung vom 06.10.2011 in einen Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung umgedeutet worden sei und er noch die erforderlichen Tatsachen angeben müsse, die für die Leistung erforderlich seien. Mit Bescheid vom 22.12.2011 bewilligte die Beklagte dem Versicherten - ausgehend von einem Leistungsfall der Erwerbsminderung am 23.02.2011 - Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 01.03.2011. Als Rentenanspruch gelte der am 23.02.2011 gestellte Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Nach Erstellung eines Eingliederungsplans vom 23.02.2012 nahm der Versicherte vom 02.04.2012 bis zum 01.07.2012 am Eingangsverfahren und ab dem 02.07.2012 im Berufsbildungsbereich in der W. GmbH in N. teil.

Mit Schriftsatz vom 26.06.2014 setzte die Klägerin die Beklagte davon in Kenntnis, dass sie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Form der Eingliederung in eine W. erbracht habe. Es werde ein Erstattungsanspruch als zweitangegangener Träger gegenüber der Beklagten als zuständigem Träger dem Grunde nach geltend gemacht. Die Beklagte wies mit Schriftsatz vom 01.08.2014 den Erstattungsanspruch dem Grunde nach zurück. Mit Schriftsatz vom 18.11.2014 bezifferte die Klägerin den Erstattungsanspruch gegenüber der Beklagten mit

62.049,27 EUR. Dieser Betrag setze sich für die Zeit vom 02.04.2012 bis 01.07.2014 wie folgt zusammen:

Ausbildungsgeld 1.881,00 EUR Maßnahmekosten 46.610,37 EUR Sozialversicherungsbeiträge insgesamt 13.557,90 EUR davon RV 11.102,73 EUR davon PV 292,84 EUR davon KV 2.162,33 EUR

Am 12.11.2015 hat die Klägerin zum Sozialgericht Nürnberg (SG) Klage erhoben (Schriftsatz vom 10.11.2015).

Zur Klagebegründung trägt die Klägerin mit Schriftsätzen vom 10.11.2015, 27.06.2016 und 06.02.2017 insbesondere vor, dass aus der Formulierung "beziehen" in [§ 11 Abs. 1 Nr. 2](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) abzuleiten sei, dass das Stammrecht nicht reiche; es müsse also ein Antrag gestellt worden sein (vgl. BSG [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 43](#)). Da der Anspruch nicht von der Bearbeitungsdauer des Rentenanspruchs abhängen könne, müsse der Rentenbescheid noch nicht erlassen worden sein. Es reiche, wenn sämtliche Voraussetzungen des Rentenanspruchs erfüllt seien und lediglich die Bescheiderteilung ausstehe. Es reiche auch eine befristete Rente (siehe Kater in: KassKomm, SGB VI, § 11 Rn. 6a). Es könne keine Rolle spielen, wann die Beklagte die Entscheidung getroffen habe, einen Antrag auf medizinische Rehabilitation in einen Antrag auf Rente umzudeuten, denn auch hier hänge die Entscheidung letztlich von der Beklagten ab. Ausschlaggebend für die Umdeutung des Antrags auf medizinische Rehabilitation sei offenbar der Entlassungsbericht vom 09.09.2011 gewesen, der auch zur Weiterleitung des Antrags des Versicherten auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vom 12.09.2011 an die Klägerin geführt habe. Die Klägerin interpretiere den Umstand, dass die Beklagte die Entscheidung über die Umdeutung bereits am 06.10.2011 getroffen habe, so, dass es keiner weiteren Ermittlungen bedurft habe. Als der weitere Reha-Antrag am 12.09.2011 gestellt worden sei, sei über den Antrag vom 23.02.2011 noch nicht entschieden gewesen. Er sei auch noch nicht zum Rentenanspruch umgedeutet worden. Die Beklagte habe den Antrag vom 12.09.2011 an die Klägerin weitergeleitet, obwohl das Reha-Verfahren bei ihr noch nicht abgeschlossen gewesen sei.

Auch lägen die Voraussetzungen des [§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#) vor. Aus der Formulierung in [§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#) "voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation ... erforderlich" sei abzuleiten, dass für die anschließende Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben die persönlichen Voraussetzungen des [§ 10 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) spätestens am Ende der vorausgehenden medizinischen Reha-Leistung erfüllt sein müssten. In Betracht komme hier [§ 10 Abs. 1 Nr. 2b SGB VI](#). Weshalb eine Maßnahme in einer W. hier von vornherein ausscheiden solle, erschließe sich nicht. Der Entlassungsbericht vom 09.09.2011 habe zwar eine Leistungsfähigkeit des Betroffenen von unter 3 Stunden festgestellt, dabei sei aber auch die Empfehlung abgegeben worden, dem Betroffenen als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben eine Arbeitstrainings-/Berufsbildungsmaßnahme in einer W. (z. B. "S." in N.) zu gewähren. Hierzu bestehe volle Belastbarkeit. Behinderte Menschen, die sich im Eingangsverfahren oder im Berufsbildungsbereich einer W. befänden, seien voll erwerbsgemindert ([§ 43 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1](#) i.V.m. [§ 1 Satz 1 Nr. 2a SGB VI](#)). Die volle Erwerbsminderung sei aber noch nicht als dauerhaft anzusehen. Insoweit habe der Gutachter der Beklagten seine eher negative Prognose in Bezug auf eine Befundbesserung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Betroffenen relativiert. Auch deshalb sei eine erneute Begutachtung durch den Ärztlichen Dienst der Klägerin vorgenommen worden.

Die Klägerin beantragt (öffentliche Sitzung vom 28.06.2017),

die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die für die Zeit vom 02.04.2012 bis 01.07.2014 für den Versicherten C. gezahlten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Höhe von 62.049,27 EUR zu erstatten,

Die Beklagte beantragt (öffentliche Sitzung vom 28.06.2017),

die Klage abzuweisen.

Zur Klageerwiderung trägt die Beklagte mit Schriftsätzen vom 22.12.2015, 02.06.2016, 12.08.2016 und 21.03.2017 insbesondere vor, dass sich über [§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) keine Zuständigkeit der Rentenversicherung ergebe, da nach dieser Vorschrift die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nur dann als erfüllt gelten, wenn der Betreffende zum Zeitpunkt der Stellung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bereits eine Erwerbsminderungsrente beziehe. Das heiße, die Rente müsse mittels rechtsmittelfähigen Bescheids bereits festgestellt worden sein, das Stammrecht allein reiche - entgegen der Auffassung der Klägerin - nicht aus (vgl. BSG [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 43](#) S. 175, Günniker in: Hauck/Noftz, SGB VI, § 11 Rn. 10, Kater in: KassKomm § 11 Rn. 6a). Dies sei zum Zeitpunkt der Antragstellung am 12.09.2011 unstreitig nicht der Fall gewesen. Auch über die Umdeutung des ursprünglichen Antrags auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelange man nicht zu einem anderen Ergebnis, da hier die maßgebliche Umdeutungsentscheidung erst am 06.10.2011 habe getroffen werden können. Der Entlassungsbericht des ATZ A-Stadt habe eindeutig festgehalten, dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten auf Dauer gemindert und eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt nicht zu erreichen gewesen sei. Nach der Stellungnahme des ärztlichen Dienstes der Beklagten habe ein Leistungsvermögen des Versicherten für den allgemeinen Arbeitsmarkt auf Dauer von unter drei Stunden vorgelegen. Eine Besserungsprognose habe sich nicht ergeben. Danach habe bereits im Zeitpunkt der Beantragung der Eingliederung in eine W. am 12.09.2011 keinerlei Aussicht auf Abwendung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf Dauer bestanden.

Zum Vorbringen der Klägerin, der Anspruch gemäß [§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) könne nicht von der Bearbeitungsdauer des Rentenanspruchs abhängen, sei darauf hinzuweisen, dass ein vollständiger Leistungsantrag erst dann vorliege, wenn eine Beurteilung des Erfülltheits sämtlicher Leistungsvoraussetzungen überhaupt erst möglich sei. Dies sei bei der Rentenversicherung immer erst dann der Fall, wenn die Rentenanspruchsformulare vollständig vorlägen. Damit komme es vorliegend überhaupt nicht auf die Frage an, ob der Anspruch von der Bearbeitungsdauer des Rentenanspruchs abhängen könne. Denn Fakt sei, dass eine Prüfung sämtlicher Anspruchsvoraussetzungen erst zum 29.11.2011 möglich gewesen sei. Es könne damit nicht unterstellt werden, dass in Umdeutungsfällen die Voraussetzungen des [§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) immer bereits zum Zeitpunkt der Stellung des ursprünglichen Antrags auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. auf Leistungen zur Teilhabe vorgelegen hätten, da zu diesem Zeitpunkt noch überhaupt nicht erkennbar gewesen sei, ob das Rentenstammrecht an sich bestehe.

Die Voraussetzungen des [§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#) seien ebenfalls nicht erfüllt. Die Auffassung der Rentenversicherung, dass Anknüpfungspunkt der Voraussetzung "voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation" in [§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#) der allgemeine Arbeitsmarkt und nicht die Tätigkeit in einer W. sei, beruhe auf der Einweisungsvorschrift für Leistungen zur Teilhabe durch die Rentenversicherung: [§ 9](#)

[SGB VI](#). In Abs. 1 dieser Vorschrift werden die Zielvorstellungen aufgezeigt, die in der Rentenversicherung mit Leistungen zur Teilhabe verfolgt werden. Aus dieser Vorschrift ergebe sich die Abgrenzung der Zuständigkeiten der Rehabilitationsträger des gegliederten Sozialleistungssystems im Sinne des [§ 6 SGB IX](#) i.V.m. [§ 7 Satz 2 SGB IX](#). Danach richteten sich die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen und damit für die Rentenversicherung nach [§§ 9 ff. SGB VI](#). Demnach könne sich eine Zuständigkeit der Rentenversicherung für Leistungen zur Teilhabe immer nur dann ergeben, wenn mit dieser die Zielvorstellung verknüpft sei, ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern bzw. die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu ermöglichen. Mit "Erwerbsleben" könne nach den vorstehenden Ausführungen damit zwangsläufig immer nur der erste Arbeitsmarkt gemeint sein. Hier habe aufgrund des Ergebnisses der Leistung zur medizinischen Rehabilitation spätestens nach deren Beendigung und mit Vorliegen des Entlassungsberichts festgestanden, dass die Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt auf Dauer unmöglich sei. Unter diesen Voraussetzungen könne von einem "unmittelbaren Anschluss" im Sinne des [§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#) nicht die Rede sein, denn es habe unstreitig kein inhaltlicher Zusammenhang zwischen dem ursprünglich verfolgten Zweck der Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt und der Eingliederung in die Werkstatt (geschützter Arbeitsmarkt) bestanden.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten der Klägerin und der Beklagten sowie der Gerichtsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die von der Klägerin gemäß [§§ 90, 92 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) zum örtlich und sachlich zuständigen SG erhobene Klage ist als allgemeine Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig. Zwischen den Beteiligten ist die Erstattung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben streitig. Im Rahmen dieses Erstattungsbegehrens besteht zwischen der Klägerin und der Beklagten kein Über- und Unterordnungsverhältnis, sondern ein Gleichordnungsverhältnis, so dass die allgemeine Leistungsklage die statthafte Klageart ist (vgl. BSG, Urteil vom 01.04.1993, RK 10/92 m.w.N.; Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/ Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl., § 54 Rn. 41).

Die Klage ist auch begründet. Der Klägerin steht gegen die Beklagte ein Anspruch auf Erstattung der von ihr für den Versicherten (R.K.) erbrachten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Höhe von 62.049,27 EUR gemäß [§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX](#) zu.

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

Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist [§ 14 Abs. 1 Satz 1](#) 1. Halbsatz SGB IX. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu, Satz 2.

[§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX](#) räumt dem zweitangegangenen Träger einen spezialgesetzlichen Erstattungsanspruch gegen den materiell-rechtlich originär zuständigen Reha-Träger ein. Dieser spezielle Anspruch geht den allgemeinen Erstattungsansprüchen nach dem SGB X grundsätzlich vor. Er ist begründet, soweit der Versicherte von dem Träger, der ohne die Regelung in [§ 14 SGB IX](#) zuständig wäre, die gewährte Maßnahme hätte beanspruchen können (vgl. BSGE 98, 267 = SozR 4-3250 § 14 Nr. 4, Rn. 18 ff.; BSGE 98, 277 = SozR 4-2500 § 40 Nr. 4, Rn. 9 ff.; BSGE 101, 207 = SozR 4-3250 § 14 Nr. 7, Rn. 28 ff.; BSGE SozR 4-3250 § 14 Nr. 10, Rn. 11 m.w.N.). Die Zuständigkeitszuweisung erstreckt sich im Außenverhältnis zum Versicherten auf alle Rechtsgrundlagen, die in der konkreten Bedarfssituation für Reha-Träger vorgesehen sind. Im Verhältnis zum behinderten Menschen wird dadurch eine eigene gesetzliche Verpflichtung des zweitangegangenen Trägers begründet, die vergleichbar der Regelung in [§ 107 SGB X](#) einen endgültigen Rechtsgrund für das Behaltendürfen der Leistungen in diesem Rechtsverhältnis bildet. In dem Verhältnis der Reha-Träger untereinander ist jedoch eine Lastenverschiebung ohne Ausgleich nicht bezweckt (BSGE 98, 277 = SozR 4-2500 § 40 Nr. 4, Rn. 12).

Die spezialgesetzliche Erstattungsvorschrift des [§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX](#) ist im vorliegenden Fall anwendbar, weil die Beklagte den bei ihr am 12.09.2011 eingegangenen Antrag des Versicherten auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben am 19.09.2011 (Schriftsatz vom 15.09.2011) und somit binnen zwei Wochen nach Antragsingang, d. h. unverzüglich im Sinne des [§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) an die Klägerin weitergeleitet hat. Die Klägerin hat danach die Leistungen an den Versicherten als zweitangegangener Reha-Träger im Sinne des [§ 14 SGB IX](#) erbracht.

Voraussetzung des Erstattungsanspruchs nach [§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX](#) ist, dass nach der Bewilligung der Leistung durch den vorleistenden Reha-Träger ([§ 14 Abs. 1 Satz 2 bis 4 SGB IX](#)) festgestellt wird, dass der andere Träger für die Leistung zuständig ist. Zur Überzeugung des Gerichts steht fest, dass eine solche Erstattungslage hier besteht, weil die Klägerin als zweitangegangener Reha-Träger nicht für die erbrachte Leistung an den Versicherten nach den Vorschriften ihres Leistungsrechts - nämlich des SGB III - zuständig war.

Die Zuständigkeit für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich in Werkstätten für behinderte Menschen richtet sich nach [§ 42 Abs. 1 SGB IX](#) (i.d.F. vom 27.12.2003, gültig ab 01.01.2005 bis 31.12.2007). Nach Nr. 1 dieser Vorschrift erbringt die Bundesagentur für Arbeit diese Leistungen, soweit nicht einer der in den Nrn. 2 - 4 genannten Träger zuständig ist. Nach Nr. 3 dieser Vorschrift sind die Träger der Rentenversicherung unter den Voraussetzungen der [§§ 11 - 13 SGB VI](#) zuständig.

Entgegen der Rechtsauffassung der Beklagten ergibt sich ihre vorrangige Leistungsverpflichtung als Rentenversicherungsträger sowohl aus [§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) (i.d.F. vom 09.12.2010, gültig ab 01.01.2011 bis 31.12.2016) als auch aus [§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#) (i.d.F. vom 09.12.2010, gültig ab 01.01.2011 bis 31.12.2016).

Nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfüllt, die bei Antragstellung eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen. Hierunter fällt auch eine Rente wegen voller

Erwerbsminderung auf Dauer. Anhaltspunkte für eine einschränkende Auslegung dahingehend, dass unter [§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) nur eine Rente wegen Erwerbsminderung auf Zeit fällt, sind weder nach dem Gesetzeswortlaut noch nach Sinn und Zweck der Vorschrift gerechtfertigt. Entgegen der Rechtsauffassung der Beklagten ist es daher rechtlich nicht erheblich, dass beim Versicherten nach der Stellungnahme des ärztlichen Dienstes der Beklagten ein Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt auf Dauer von nur unter drei Stunden vorgelegen hat und eine Besserungsprognose sich nicht ergeben hat. Vielmehr begründet ein Rentenbezug unabhängig von der Frage einer Besserungsprognose bereits die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#).

Zwar weist die Formulierung in [§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) " ... Rente ... beziehen" darauf hin, dass die Rente nach dem Wortlaut der Vorschrift grundsätzlich auch tatsächlich bezogen werden muss. Nach Sinn und Zweck der Vorschrift ist jedoch bereits die Erfüllung sämtlicher Voraussetzungen für den Rentenbezug ausreichend, wozu auch die Stellung des Rentenanspruchs gehört. Das Stammrecht allein reicht nicht aus, es muss auch ein Antrag gestellt worden sein (vgl. BSG [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 43](#); LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 12.12.1996, L 1 J 12/96; Luthe in: jurisPK, 2. Aufl. 2013, § 11 Rn. 31; Kater in: KassKomm, § 11 Rn. 7; hingegen gehört zum "Rentenbezug" nach Günniker [Hauck/Noftz, SGB VI, § 11 Rn. 10] die Auszahlung der Rente aufgrund eines Bewilligungsbescheids).

Im vorliegenden Fall waren zum Zeitpunkt der Antragstellung am 12.09.2011 sämtliche Voraussetzungen des Rentenanspruchs erfüllt und es stand lediglich noch die Bescheiderteilung aus. Hier galt der Antrag auf medizinische Rehabilitation vom 23.02.2011 aufgrund Umdeutung gemäß [§ 116 Abs. 2 SGB VI](#) als Rentenanspruch. Auch lagen die medizinischen Voraussetzungen für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben am 12.09.2011 vor.

Gegen den Einwand der Beklagten, die Voraussetzungen des [§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) lägen nur dann vor, wenn eine Rente tatsächlich bezogen werde, spricht bereits, dass der Anspruch nicht von der Bearbeitungsdauer des Rentenanspruchs abhängen kann, so dass der Rentenbescheid noch nicht erlassen worden sein muss (so zu Recht Kater in: KassKomm, a.a.O.). Andernfalls könnte ein Reha-Träger Einfluss nehmen auf die Zuständigkeit für die Erbringung von Leistungen. Dies wäre mit Sinn und Zweck der Vorschrift nicht zu vereinbaren. Zudem spricht für die erweiternde Auslegung des [§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) auch, dass der Rentenversicherungsträger auf diese Weise Teilhabeleistungen bereits zu einem früheren Zeitpunkt und insbesondere vor Erlass des Rentenbescheids erbringen kann und so die Möglichkeit hat abzuwarten, ob der Rentenbezug durch Teilhabeleistungen nach Maßgabe der Grundsätze "Reha vor Rente" noch abgewendet werden kann (vgl. auch Luthe in: jurisPK - SGB VI, a.a.O., Rn. 31; m.w.N.; aA Ebenhöch in: GK-SGB VI, § 11 Rn. 11).

Soweit die Beklagte hiergegen einwendet, dass es vorliegend überhaupt nicht auf die Frage ankomme, ob der Anspruch von der Bearbeitungsdauer des Rentenanspruchs abhängen könne, weil eine Prüfung sämtlicher Anspruchsvoraussetzungen hier erst nach Vorlage der vollständigen Rentenanspruchsformulare zum 29.11.2011 möglich gewesen sei, vermag die von der Beklagten gezogene rechtliche Schlussfolgerung das Gericht nicht zu überzeugen. Insoweit geht die Beklagte davon aus, dass in Umdeutungsfällen nicht unterstellt werden könne, dass die Voraussetzungen des [§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) immer bereits zum Zeitpunkt der Stellung des ursprünglichen Antrags auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. auf Leistungen zur Teilhabe vorgelegen hätten, da zu diesem Zeitpunkt noch überhaupt nicht erkennbar gewesen sei, ob das Rentenstammrecht an sich bestehe. Bei dieser Argumentation verkennt die Beklagte, dass es auf die Objektivierbarkeit des Vorliegens der Voraussetzungen des [§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) ankommen muss und maßgeblich ist, dass im Zeitpunkt der Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben das Rentenstammrecht besteht und ein entsprechender Antrag gestellt worden ist. Insofern ist für den Rentenversicherungsträger auch durchaus zeitnah eine Beurteilung der Zuständigkeit möglich. Der Hinweis der Beklagten darauf, dass als Antragsdatum der Eingang des vollständigen Leistungsantrags zugrunde zu legen sei und dieser erst dann vorliege, wenn eine Beurteilung des Erfülltheits sämtlicher Leistungsvoraussetzungen überhaupt erst möglich sei, widerspricht schon dem von der Beklagten zugrunde gelegten Antragsdatum der Erwerbsminderungsrente. Denn die Beklagte hat den Antrag vom 23.02.2011 auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einen Antrag auf Gewährung von Rente wegen voller Erwerbsminderung nach [§ 116 Abs. 2 SGB VI](#) umgedeutet und - zu Recht - diesen Zeitpunkt und nicht den Zeitpunkt der Übersendung der Antragsformulare für maßgeblich erachtet. Jedenfalls kann die Bearbeitungsdauer bis zum Erlass des Rentenbescheids keinen rechtlichen Einfluss auf die Beurteilung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Voraussetzungen für die Rentengewährung vorliegen. Ebenso wenig kann auf den Zeitpunkt der Entscheidung über die Umdeutung eines Reha-Antrags in einen Rentenanspruch gemäß [§ 116 Abs. 2 SGB VI](#) abgestellt werden, weil auch dieser von der Bearbeitungsdauer des Rentenversicherungsträgers abhängt (so zu Recht SG Nürnberg, Urteil vom 09.12.2014, S 3 R 1322/13).

Aus den dargelegten Gründen ergibt sich aus der Entscheidung des BSG vom 27.01.1994 ([5 RJ 18/93](#)) keine andere rechtliche Beurteilung. Nach dieser Entscheidung ist der Zeitraum, in welchem ein Versicherter schon wegen fehlender Antragstellung keinen Anspruch auf Zahlung einer Rente hat, keine Rentenbezugszeit im Sinne von § 1246 Abs. 2a Satz 2 Nr. 3 Reichsversicherungsordnung (RVO). Abgesehen davon, dass sich das BSG in dieser Entscheidung nicht mit dem Begriff "Rente ... beziehen" als versicherungsrechtliche Voraussetzung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auseinandergesetzt hat, rechtfertigen die Zielsetzungen des [§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) eine Gleichstellung der Erfüllung sämtlicher Voraussetzungen des Rentenanspruchs mit dem tatsächlichen Rentenbezug aufgrund Erlass des Rentenbescheids.

Gegen die Anwendbarkeit des [§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) spricht auch nicht, dass Rentenanspruchsteller im Fall eines begründeten Rentenanspruchs bereits die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des [§ 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI](#) erfüllen. Soweit die Beklagte daraus folgert, dass es einer weiteren Absicherung durch [§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) nicht bedürfe, ist darauf zu verweisen, dass sich der Anwendungsbereich des [§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) wesentlich von dem des [§ 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI](#) unterscheidet. Nach dem Gesetzeswortlaut des [§ 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI](#) " ... wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre ..." normiert diese Vorschrift den Rechtsgedanken "Reha vor Rente" im Hinblick auf die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt. Demgegenüber ist dieser Rechtsgedanke in [§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) nicht ausdrücklich normiert, so dass der Anwendungsbereich des [§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI](#) nicht darauf beschränkt ist.

Darüber hinaus ergibt sich die vorrangige Leistungsverpflichtung der Beklagten für die Maßnahmen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich aus [§ 42 SGB IX](#) i.V.m. [§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#).

Nach [§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#) werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an Versicherte auch erbracht, wenn sie für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung erforderlich sind.

Zu Unrecht beruft sich die Beklagte darauf, dass die Voraussetzungen des [§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#) nicht erfüllt seien, weil die Aufnahme in eine W. keine "erfolgreiche Rehabilitation" im Sinne dieser Vorschrift bedeute. Gegen diese Rechtsauffassung spricht sowohl die grammatikalische, systematische als auch die teleologische und rechtshistorische Auslegung der Vorschrift.

Zunächst ist festzustellen, dass Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich einer W. auch zum Leistungskatalog der gesetzlichen Rentenversicherung gehören. Nach [§ 16 SGB VI](#) erbringen die Träger der Rentenversicherung die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach den [§§ 33 - 38 SGB IX](#) sowie im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich einer W. nach [§ 40 SGB IX](#).

Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich einer anerkannten W. erhalten behinderte Menschen 1. im Eingangsverfahren zur Feststellung, ob die Werkstatt die geeignete Einrichtung für die Teilhabe des behinderten Menschen am Arbeitsleben ist sowie, welche Bereiche der Werkstatt und welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den behinderten Menschen in Betracht kommen, und um einen Eingliederungsplan zu erstellen, 2. im Berufsbildungsbereich, wenn die Leistungen erforderlich sind, um die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit des behinderten Menschen soweit wie möglich zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen und erwartet werden kann, dass der behinderte Mensch nach Teilnahme an diesen Leistungen in der Lage ist, wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung im Sinne des § 136 zu erbringen.

Nach diesen Vorschriften ist die Beklagte als Rentenversicherungsträger für Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich zuständig, wobei es genügt ([§ 40 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX](#)), dass die Leistungen erforderlich sind, um die Leistungsfähigkeit oder Erwerbsfähigkeit des behinderten Menschen soweit wie möglich zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen und erwartet werden kann, dass der behinderte Mensch nach Teilnahme an diesen Leistungen in der Lage ist, wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung im Sinne des § 136 zu erbringen. Somit besteht eine Leistungsverpflichtung des Rentenversicherungsträgers - unter den Voraussetzungen des [§ 11 - 13 SGB VI](#) - nicht nur im Hinblick auf eine Entwicklung, Verbesserung oder Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit/Erwerbsfähigkeit von Versicherten für den allgemeinen Arbeitsmarkt, sondern auch im Hinblick darauf, wenigstens ein "Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung" im Sinne des [§ 136 SGB IX](#) zu erbringen. Eine Beschränkung der Leistungsverpflichtung des Rentenversicherungsträgers in Bezug auf eine Entwicklung, Verbesserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt ist nach dem Verweis in [§ 16 SGB VI](#) auf [§ 40 SGB IX](#) gerade nicht gegeben.

Zudem verweist [§ 42 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) ausdrücklich nur auf die [§§ 11 - 13 SGB VI](#), nicht jedoch auf die von den Beklagten herangezogene Vorschrift des [§ 10 SGB VI](#). Daraus folgt, dass [§ 42 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) eine Sonderregelung zu [§ 10 SGB VI](#) beinhaltet, indem anstelle der Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt lediglich die Erreichung von Wettbewerbsfähigkeit des Versicherten auf dem besonders geschützten Arbeitsmarkt einer W. als prognostisch erreichbares Rehabilitationsziel verlangt wird (so zu Recht auch SG Augsburg, Urteil vom 27.03.2014, [S 7 AL 188/11](#) m.w.N.; Stähler in: jurisPK - SGB VI, 2. Aufl. 2013, § 16 Rn. 28).

Somit spricht sowohl die grammatikalische Auslegung als auch die systematische Auslegung gegen eine Beschränkung der Anwendbarkeit des [§ 10 SGB VI](#) im vorliegenden Fall und somit auch gegen eine Beschränkung des Prüfungsmaßstabs auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Dass für die Tatbestandsvoraussetzung des [§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#) "voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation" lediglich die Erreichung von Wettbewerbsfähigkeit des Versicherten auf dem besonders geschützten Arbeitsmarkt einer W. als prognostisch erreichbares Rehabilitationsziel genügt, ergibt sich auch aus der teleologischen und rechtshistorischen Auslegung des [§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#). Durch die Einführung des [§ 11 Abs. 2a SGB VI](#) ist die vormalige Zuständigkeit der Arbeitsverwaltung auf den Rentenversicherungsträger verlagert worden. Der Rehabilitationsauftrag der Rentenversicherung wurde dadurch betont und verstärkt. Gemäß der Gesetzesbegründung zu [§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#) soll der Rentenversicherungsträger für diejenigen Versicherten, die sowohl medizinische als auch daran unmittelbar anschließende berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation benötigen, das gesamte Rehabilitationsverfahren bis zu ihrer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben durchführen, um auch in diesen Fällen einen zügigen und kontinuierlichen Ablauf des Rehabilitationsverfahrens und eine möglichst rasche und erfolgreiche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu gewährleisten ([BT-Drs. 12/3423, S. 61](#)). Es soll somit die Einheitlichkeit des Rehabilitationsträgers gewährleistet werden, indem das gesamte Rehabilitationsverfahren von der medizinischen bis zur berufsfördernden Leistung in der Hand des Rentenversicherungsträgers liegt, der für die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben des Versicherten zuständig ist (Kreikebom, SGB VI, § 11 Rn. 6).

Der Einwand der Beklagten, dass Anknüpfungspunkt der Voraussetzung in [§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#) "voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation" der allgemeine Arbeitsmarkt und nicht die Tätigkeit in einer W. sei, beruhe auf der Einweisungsvorschrift für Leistungen zur Teilhabe durch die Rentenversicherung, [§ 9 SGB VI](#), ist unbegründet. Nach der Rechtsauffassung der Beklagten ergebe sich aus [§ 9 SGB VI](#) die Abgrenzung der Zuständigkeiten der Rehabilitationsträger des gegliederten Sozialleistungssystems im Sinne des [§ 6 SGB IX](#) i.V.m. [§ 7 Satz 2 SGB IX](#), nach denen sich die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen - und damit für die Rentenversicherung nach [§§ 9 ff. SGB VI](#) - richten. Demnach könne sich eine Zuständigkeit der Rentenversicherung für Leistungen zur Teilhabe immer nur dann ergeben, wenn mit dieser die Zielvorstellung verknüpft sei, ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern bzw. die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu ermöglichen. Mit "Erwerbsleben" könne nach den vorstehenden Ausführungen damit zwangsläufig immer nur der erste Arbeitsmarkt gemeint sein. Aufgrund des Ergebnisses dieser Leistung zur medizinischen Rehabilitation habe aber spätestens nach deren Beendigung und mit Vorliegen des Entlassungsberichts festgestanden, dass dieses Ziel und damit die Wiedereingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf Dauer unmöglich sei.

Zwar normieren die [§§ 6 SGB IX](#) i.V.m. [§ 7 Satz 2 SGB IX](#) mit Verweis auf die [§§ 9 ff. SGB VI](#) die grundsätzliche Zuständigkeit der Rentenversicherung. Zutreffend ist auch, dass die Zielvorstellungen dieser Generalklauseln auf die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (in diesem Sinne allgemeiner Arbeitsmarkt) gerichtet sind. Dabei verkennt die Beklagte jedoch, dass [§ 42 SGB IX](#) i.V.m. [§ 11 SGB VI](#) sowie [§ 16 SGB VI](#) i.V.m. [§ 40 SGB IX](#) spezialgesetzliche, für die Rentenversicherung zuständigkeitsbegründende Normen enthalten. Letztlich stellt die Interpretation der Tatbestandsvoraussetzung "voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation" im Sinne einer Beschränkung

auf den allgemeinen Arbeitsmarkt eine teleologische Reduktion dar. Dies widerspricht aber der Systematik des [§ 16 SGB VI](#) i.V.m. [§ 40 Abs. 1 SGB IX](#) und der in [§ 40 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX](#) eindeutig normierten Zielsetzung eines "Mindestmaßes wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung" im Sinne des [§ 136 SGB IX](#).

Das Gericht hat auch keinen Zweifel daran, dass die im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation "unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung" erforderlich war. Die Beklagte beruft sich insoweit darauf, dass aufgrund des Ergebnisses der Leistung zur medizinischen Rehabilitation spätestens nach deren Beendigung und mit Vorliegen des Entlassungsberichts festgestanden habe, dass dieses Ziel und damit die Wiedereingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf Dauer unmöglich sei. Unter diesen Voraussetzungen liege ein "unmittelbarer Anschluss" im Sinne des [§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#) nicht vor. Denn es habe unstreitig kein inhaltlicher Zusammenhang mehr zwischen dem ursprünglich verfolgten Zweck der Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt und der Eingliederung in die Werkstatt (geschützter Arbeitsmarkt) bestanden. Diese beiden Möglichkeiten hätten vollkommen unterschiedliche Zweckrichtungen verfolgt.

Im vorliegenden Fall hat die medizinische Rehabilitationsmaßnahme am 02.09.2011 geendet, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurde bereits am 12.09.2011 gestellt. Auf den Zeitpunkt des tatsächlichen Beginns der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben am 02.04.2012 ist nach dem Sinn und Zweck des [§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#) nicht abzustellen. Maßgeblich ist vielmehr, ob spätestens zum Zeitpunkt der Beendigung der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme ein Bedarf für eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zutage getreten ist und die Voraussetzungen bis zum Beginn durchgehend vorliegen ([BSGE 104, 294](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr. 9](#), Rn. 34). Dies ist hier der Fall. Im Entlassungsbericht vom 09.09.2011 hatte das A. festgestellt, dass zum Ende der Maßnahme eine tägliche Belastbarkeit des Versicherten von unter drei Stunden unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes festgestellt werden müsse, in geschützten und beschützten Bedingungen jedoch eine vollschichtige Belastbarkeit gegeben sei. Als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurde eine Arbeitstrainings- / Berufsbildungsmaßnahme in einer wohnortnahen W. in N. vorgeschlagen (z. B. "S."). Diese ärztlichen-sozialmedizinischen Prognosen wurden weder von der Klägerin noch von der Beklagten in Zweifel gezogen. Die weitere Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers ergibt sich aus der gesetzgeberischen Intention des [§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI](#), nämlich das gesamte Rehabilitationsverfahren bis zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben durchzuführen, um auch in diesen Fällen einen zügigen und kontinuierlichen Ablauf des Rehabilitationsverfahrens und eine möglichst rasche und erfolgreiche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu gewährleisten ([BT-Drs. 12/3423, S. 61](#)).

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Beklagte antragsgemäß zu verurteilen war.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Festsetzung des Streitwerts folgt aus [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 52 Abs. 1, Abs. 3 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2019-05-29