

Tel: 0561-4001128
Fax: 0561-4001128
e-mail: dralexander.gagel@arcor.de

0221-3597-550
0221-3597-555
schian@iqpr.de

AZ 07-00-03-08

Dezember 2003

Forum A

Leistungen zur Teilhabe und Prävention
– Info Nr. 4/2003 –

Die trägerübergreifende Bedeutung der Rentenantragsfiktion nach § 116 Abs. 2 SGB VI und des Grundsatzes „Reha vor Rente“ in § 8 Abs. 2 SGB IX

Der Anlass:

In einem Urteil eines Landessozialgerichts sind wir auf die Aussage gestoßen, dass ein bei einer Krankenkasse gestellter Antrag sich nicht im Sinne des § 116 Abs. 2 SGB VI qualifizieren lasse, weil es jedem Versicherten in der gesetzlichen Rentenversicherung prinzipiell freistehe darüber zu befinden, ob er eine Leistung vom Rentenversicherungsträger in Anspruch nehmen wolle oder nicht (BSG SozR3-1300 § 103 SGB X Nr. 3). Dieser Disposition werde von Niesel (KassKomm. § 116 SGB VI RdNr. 7) und Terdenge (Hauck/Haines § 116 RdNr. 9) nicht ausreichend Rechnung getragen, wenn sie sich unter Berufung auf den Normzweck des § 116 Abs. 2 SGB VI dafür aussprechen, die Rentenantragsfiktion auch in Fällen der vorliegenden Art anzuwenden. Es werde nicht untersucht, wie diese Ansicht mit dem gegliederten Aufbau der Rehabilitationssysteme zu vereinbaren sei.

Diskussion:

Diese Ansicht kann nicht unwidersprochen bleiben. Bei der Auslegung von § 116 Abs. 2 SGB VI ist zu beachten, dass die **Zuständigkeit** für Leistungen zur Teilhabe **kein sachlicher Grund** ist, **der Unterschiede in der Dauer des Rentenanspruchs rechtfertigen könnte**. Ob der Krankenversicherungsträger, die Bundesanstalt für Arbeit, ein Rentenversicherungsträger oder ein anderer Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe zuständig ist, hängt von der Art der benötigten Leistungen, der Ursache der Schädigung, dem Versicherungsverlauf und anderen Faktoren ab, die keine Beziehung zu der Frage haben, ab wann ein Bedürfnis besteht, Rente zu zahlen. Sehr deutlich wird dies, wenn man sich den **Sinn der Antragsfiktion** verdeutlicht; er liegt darin, zu vermeiden, dass der Versicherte durch Reha-Anträge Nachteile erleidet. Die Reha-Bereitschaft soll sich nicht nachteilig auswirken (BSG SozR 2200 § 1241d Nr. 1 S. 2 f und Nr. 2 S. 8 unter Hinweis auf die Gesetzesbegründung zu § 7 RehaAnglG in BT-Drs. 7/1237 S. 56; KassKomm Niesel § 116 RdNr. 3). Dieser Zweck besteht unabhängig davon, welcher Träger zuständig ist. So verwundert es auch nicht, dass der Wortlaut des § 116 Abs. 2 SGB VI keinerlei Anhalt für eine Differenzierung nach der Zuständigkeit enthält.

Noch deutlicher wird dies aus dem Zusammenhang von § 116 Abs. 2 SGB VI mit dem **Grundsatz Reha vor Rente**, der früher in § 7 RehaAnglG und heute in § 8 Abs. 2 SGB IX niedergelegt ist. Es gibt dort keine Differenzierung nach Zuständigkeiten. Geregelt wird eine generelle **trägerübergreifende Verpflichtung** der Träger,

zunächst das Gewicht und das Augenmerk auf die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe zu richten. Dabei ist auch zu prüfen, welche anderen Träger Leistungen zu erbringen haben (§ 8 Abs. 1 SGB IX); diese Träger sind einzuschalten (§ 10 SGB IX).

Dieses System wäre unvollkommen und widersprüchlich, wenn nicht einheitlich der behinderte Mensch durch § 116 Abs. 2 SGB VI davor geschützt wäre, bei Erbringung dieser Leistungen oder der Bereitschaft, solche zu beantragen, Rentennachteile hinnehmen zu müssen.

Die **Freiheit der Entscheidung des Versicherten**, ob und ab wann er Rente in Anspruch nehmen will, wird – entgegen der Auffassung des LSG – nicht beeinträchtigt. § 116 Abs. 2 SGB VI ist eine Norm, die dem Schutz des Versicherten dient; er kann deshalb **erklären, dass der Reha-Antrag nicht als Rentenantrag gelten soll** oder nachträglich diesen Antrag zurücknehmen (BSG SozR 2200 § 1241d Nr. 2 S. 10; BSG SozR 1300 § 103 Nr. 3 S. 13f). Schon im RehaAnglG und noch mehr im SGB IX ist deutlich geworden, dass es Ziel des Gesetzgebers ist, durch die Klammer des RehaAnglG oder des SGB IX den behinderten Menschen in den Mittelpunkt zu stellen und Nachteile der Gliederung des Systems auszugleichen.

Voraussetzungen:

Die Fiktion der Rentenantragstellung nach § 116 Abs.2 SGB VI gilt für **jede beantragte Leistung der medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben**. Voraussetzung ist nur, dass das Ziel angestrebt wurde, eine rentenrelevante Erwerbsminderung aufzuhalten, zu mindern bzw. zu beseitigen.

Die Fiktion gilt, wenn sich die Erwartungen des Antragstellers oder des Trägers über den Erfolg nicht bestätigen oder gescheitert sind (s. dazu auch BSG SozR 2200 § 1241d Nr. 1 S. 3 f und Nr. 2 S.8 f).

An dieser Stelle ist erneut hervorzuheben, dass ein **Antrag** auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben **nicht auf die genannte Leistung beschränkt ist**, sondern umfassend geprüft werden muss, wodurch die Erwerbsminderung beeinflusst werden kann (§ 8 Abs. 1 und § 14 Abs.5 Satz 5 SGB IX; so schon BSG SozR 2200 § 1241d Nr. 1 S. 4). Es kann also nicht darum gehen, ob die einzelne beantragte Leistung keinen Erfolg verspricht oder scheitert. Maßgeblich ist vielmehr, ob bei **trägerübergreifenden und leistungsgruppenübergreifender Betrachtung** (dazu SGB IX-Info Nr. 3 und SGB IX-Info Nr. 7) keine Chance mehr besteht, die Erwerbsfähigkeit wesentlich zu verbessern.

Abweichende Fallgestaltungen und Regelungen:

Fordert der Leistungsträger im Rahmen von **§§ 63/64 i.Vm. § 66 SGB I** den Versicherten auf, einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen, gilt die oben beschriebene **Dispositionsfreiheit über den Rentenbeginn dennoch uneingeschränkt**. Es geht hier nur um die alsbaldige Einleitung einer Leistung zur Eindämmung der Erwerbsminderung und nicht um die Frage des Rentenbeginns.

Anders ist dies jedoch, wenn die **Krankenkasse den Versicherten nach § 51 Abs. 1 SGB V oder die Bundesanstalt für Arbeit nach § 125 Abs. 2 SGB III den Arbeitslosen auffordert**, einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen:

§ 51 Abs. 1 SGB V dient dem **Schutz der Krankenkassen** vor übermäßiger Inanspruchnahme durch dauernd Erwerbsgeminderte (KassKomm-Niesel § 51 SGB V Rz. 2).

§ 125 SGB III dient einerseits zwar dem Schutz des Arbeitslosen; dazu wird die Fiktion der Rentenantragstellung sogar auf den Zeitpunkt der Stellung des Antrags auf Arbeitslosengeld verlagert (Winkler in Gagel, SGB III § 125 Rz. 39).

Daneben steht aber auch das **Bestreben im Vordergrund, die Bundesanstalt für Arbeit bei nichtvermittelbaren Erwerbsgeminderten zu entlasten**. Der Gesetzgeber ging bei der Regelung der „Nahtlosigkeit“ davon aus, dass die Bundesanstalt für Arbeit in diesen Fällen **nur „vorschussweise“ für den Rentenversicherungsträger zahlt** (BT_Drs. 8/4022 S. 89).

Diese Ausrichtung der §§ 51 Abs.1 SGB V und 125 Abs. 2 SGB III auf die Interessen der betroffenen Träger **schließt allerdings ein Dispositionsrecht des Versicherten nicht aus** (BSG SozR3-2500 § 50 Nr. 3)¹. Es ist aber zu folgern, dass die rechtlichen **Konsequenzen des § 51 Abs. 3 SGB V und des § 125 Abs. 2 Satz 3 SGB III rückwirkend ab dem Zeitpunkt des Ablaufs der Frist für die Antragstellung eintreten**².

Eine **Ausnahme** gilt nur für den Fall, dass die Krankenkasse oder die Bundesanstalt für Arbeit ihr **Ermessen fehlerhaft ausgeübt** haben, also letztlich nicht berechtigt waren, den Erwerbsgeminderten zur Antragstellung aufzufordern (KassKomm-Niesel § 116 SGB VI, Rz. 10).

Wie immer laden wir Sie herzlich ein, zu unserem Diskussionsbeitrag Stellung zu beziehen.

Dr. Alexander Gagel
Dr. Hans-Martin Schian

¹ Ein früheres Urteil des BSG (SozR 2200 § 1248 Nr. 33), wo entschieden wurde, dass der Versicherte eine Rücknahme nur mit Zustimmung des Krankenversicherungsträgers erklären könnte, hat heute keine Rechtsgrundlage mehr (KassKomm-Niesel § 116 SGB VI Rz. 9)

² a.A. wohl Winkler in Gagel, SGB III, § 125 Rz.