LSG München, Urteil v. 03.03.2021 – L 19 R 613/18

Titel:

Erstattungsanspruch eines Grundsicherungs- gegen einen Rentenversicherungsträger wegen Leistungen nach dem SGB II

Normenketten:

SGB II § 25 S. 1, S. 3
SGB VI § 11 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 S. 1 Nr. 1, S. 3, § 20 Abs. 1 Nr 3 lit. b, § 21 Abs. 4 S. 1 Hs. 2, § 51 Abs. 1
SGB X § 102 Abs. 1, Abs. 2, § 104

Leitsätze:

Ein Erstattungsanspruch eines Grundsicherungsgegen einen Rentenversicherungsträger wegen Leistungen nach dem SGB II, die der Grundsicherungsträger während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung einem Leistungsberechtigten weiter erbringt, setzt voraus, dass der Leistungsberechtigte dem Grunde nach Anspruch auf Übergangsgeld bei medizinischen Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung hat. (Rn. 35)

1. Ein Erstattungsanspruch eines Grundsicherungs- gegen einen Rentenversicherungsträger wegen Leistungen nach dem SGB II, die der Grundsicherungsträger während Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung einem Leistungsberechtigten weiter erbringt, setzt voraus, dass der Leistungsberechtigte dem Grunde nach Anspruch auf Übergangsgeld bei medizinischen Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung hat. (Rn. 35) (redaktioneller Leitsatz)

2. Es muss zeitgleich sowohl ein Anspruch auf Arbeitslosengeld II als auch ein Anspruch auf Übergangsgeld für die Dauer der medizinischen Rehamaßnahme vorliegen. Es darf für diesen Zeitraum aber nur einer der beiden Leistungsträger nach materiellem Recht endgültig leistungszuständig sein. (Rn. 42) (redaktioneller Leitsatz)

3. Ein Anspruch auf Übergangsgeld besteht dem Grunde nach nur für diejenigen Versicherten, die in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit der notwendigen medizinischen oder beruflichen Rehabilitation Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet haben – gegebenenfalls gestreckt durch Anrechnungszeiten aus ALG II-Bezug – und nunmehr eine Minderung oder einen Ausfall ihres lebensunterhaltssichernden Einkommens infolge der Rehamaßnahme erfahren. (Rn. 45) (redaktioneller Leitsatz)

4. Allein der Umstand, dass ein Versicherter irgendwann einmal im Laufe seines Versicherungslebens die sog. große Wartezeit von 15 Jahren iSd § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI erfüllt hat, vermag einen zeitlich an den letzten Entgeltabrechnungszeitraum unmittelbar anknüpfenden Bemessungszeitraum offensichtlich nicht zu begründen. (Rn. 49) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

Erstattungsanspruch, große Wartezeit, Übergangsgeld, vorläufige Leistungserbringung, Leistungen, Rentenversicherung, Arbeitslosengeld, Versicherungspflicht, Berufung, Bescheid, Arbeitsentgelt, Bewilligung, Bedarfsgemeinschaft, Rehabilitation, Gerichtsbescheid, Krankengeld, Anspruch, Arbeitslosengeld II, Anspruch auf Arbeitslosengeld, gesetzlichen Rentenversicherung, wirksame Geltendmachung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Pflichtbeitragszeiten, Kontinuitätsauftrag, Entgeltausfallprinzip, Ausgleichsfunktion

Vorinstanz:

SG Bayreuth, Urteil vom 18.09.2018 – S 7 R 809/17

Rechtsmittelinstanzen:

BSG, Beschluss vom 31.03.2022 – B 5 R 47/21 R
BSG, Urteil vom 07.04.2022 – B 5 R 47/21 R

Tenor

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Bayreuth vom 18.09.2018 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens auch der Berufungsinstanz.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

IV. Der Streitwert des Verfahrens wird auf 1.099,44 Euro festgesetzt.

Tatbestand

1
Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob der Kläger gegen die Beklagte einen Anspruch auf Erstattung von Arbeitslosengeld II in Höhe von 1.099,44 Euro hat.

2
Die 1969 geborene R. M. (im Folgenden Versicherte) beantragte bei der Beklagten am 25.01.2017 die Gewährung einer Leistung zur stationären medizinischen Rehabilitation. Die Versicherte gab hierbei an, dass der Antrag auf Aufforderung der Agentur für Arbeit gestellt worden sei. Infolge eines unverschuldeten Verkehrsunfalls sei sie seit 16.07.2016 arbeitsunfähig. Sie sei gegenwärtig nicht erwerbstätig, arbeitslos gemeldet und beziehe Arbeitslosengeld II. Die Fragen 14.2 des Antragsformulars, ob die zum Rehabilitationsantrag führende Minderung oder erhebliche Gefährdung ihrer Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise Folge eines Unfalls oder durch andere Personen verursacht worden sei, wurde mit „ja“ beantwortet. Schadensersatzansprüche seien am 16.07.2016 bei der Kfz-Haftpflichtversicherung des Schädigers, der H., geltend gemacht worden. Im Unfallfragebogen hatte die Versicherte angegeben, am 16.07.2016 einen Verkehrsunfall (Auffahrunfall) erlitten zu haben. Sie habe eine HWK2-Fraktur davongetragen, Schulterschmerzen links, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, sie leide unter Panikattacken beim Autofahren und unter Schlafstörungen. Es laufe ein Ermittlungsverfahren bei der Staatsanwaltschaft W-Stadt. Im Zeitpunkt des Unfalls habe sie Arbeitslosengeld II in Höhe von 844,00 € monatlich bezogen.

3
Die Beklagte bewilligte der Versicherten sodann mit Bescheid vom 25.04.2017 eine stationäre medizinische Reha-Maßnahme für die Dauer von 5 Wochen in der M-Klinik Bad K., die die Versicherte in der Zeit vom 21.06.2017 bis 26.07.2017 absolvierte. Die Gewährung von Übergangsgeld war von der Versicherten nicht beantragt worden, ein Bescheid der Beklagten hierüber wurde nicht erlassen.

4
Mit Schreiben vom 12.06.2017 zeigte der Kläger bei der Beklagten an, dass er für die Versicherte R. M. und die mit ihr in Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen seit dem 01.04.2017 Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch - SGB II - zahle. Nach seinen Feststellungen habe „die genannte Person einen Anspruch auf Übergangsgeld während med. Reha. Hiermit mache ich meinen Erstattungsanspruch nach §§ 102 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X - geltend“.

5
Die Beklagte prüfte daraufhin am 16.08.2017 intern, ob die Versicherte einen Anspruch auf Übergangsgeld haben könnte. Die Beklagte stellte fest, dass die Versicherte unmittelbar vor Beginn der Rehamaßnahme Arbeitslosengeld II bezogen hatte. Die Fragen im Prüfbogen

- „Folgt das lückenlos gezahlte Arbeitslosengeld II unmittelbar dem Bezug einer Entgeltersatzleistung i. S. d. § 20 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VI -?“ und

- „Liegt dieser Entgeltersatzleistung ein Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zugrunde, aus dem Pflichtbeiträge zur Rentenversicherung entrichtet wurden (Hinweis: Unmittelbarkeit ist hier nicht erforderlich)?“ waren jeweils verneint worden.

6
Mit Schreiben vom 16.08.2017 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass der Versicherten zwar eine stationäre medizinische Rehamaßnahme bewilligt worden sei, dass aber kein Anspruch auf Übergangsgeld bestehe, weil das Arbeitslosengeld II nicht lückenlos bezogen worden sei bzw. diesem keine Entgeltersatzleistung lückenlos vorangehe, die aus rentenversicherungspflichtigen Entgelten berechnet worden sei. Für die Zeit der Rehabilitation bestehe ggf. weiter Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung (Arbeitslosengeld II/Sozialhilfe).

7

Mit Schreiben vom 17.08.2017 wies die Beklagte den Kläger darauf hin, dass der von ihm geltend gemachte Erstattungsanspruch nach § 102 SGB X voraussetze, dass Zeit- und Personengleichheit bestehe. Folglich könne ein Anspruch auf Arbeitslosengeld II nur für den Zeitraum erstattet werden, für den Anspruch auf Übergangsgeld bestehe. Für andere Personen, die zur Bedarfsgemeinschaft gehörten, könnten keine Leistungen erstattet werden.

8
Mit Schreiben vom 21.08.2017 meldete der Kläger nun einen Erstattungsanspruch nach § 104 SGB X an. Die Versicherte beziehe laufende Leistungen nach dem SGB II. Für die Zeit der stationären medizinischen Rehabilitation vom 21.06.2017 bis 26.07.2017 würden Regelleistungen in Höhe von 490,80 € sowie Leistungen für Unterkunft und Heizung in Höhe von 471,84 € erbracht. Zudem würden Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 116,17 € sowie zur gesetzlichen Pflegeversicherung in Höhe von 20,63 € erbracht. Mithin ergebe sich ein Gesamtbedarf nach dem SGB II in Höhe von 1.099,44 €.

9
Der Kläger forderte die Beklagte mit einem weiteren Schreiben vom 22.08.2017 auf, ihre Rechtsansicht zur Vermeidung einer „eigentlich unnötigen Leistungsklage“ zu überdenken und erneut über den Erstattungsanspruch zu entscheiden. Es werde auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 12.04.2017 (Az B 13 R 14/16 R), insbesondere Randziffern 23 ff. des Urteils, verwiesen. Die Beklagte verwies im Antwortschreiben vom 28.08.2017 lediglich erneut auf ihr Ablehnungsschreiben vom 16.08.2017.

10
Mit weiterem Schreiben vom 31.08.2017 wies die Beklagte den Kläger darauf hin, dass die Versicherte in der Zeit vom 01.02.2008 bis 31.03.2011 kein Arbeitslosengeld II oder andere Leistungen bezogen habe, so dass kein lückenloser Bezug von Arbeitslosengeld II bis zum Beginn der Reha-Maßnahme (21.06.2017) vorliege. Das vom Kläger zitierte BSG-Urteil vom 12.04.2017 sei nicht einschlägig. Dieses beinhalte Rechtsprechung zur Aufstockungszahlung der Jobcenter im Zusammenhang mit der Definition „Unmittelbarkeit“ und „zuvor“, aus welchem der Leistungsanspruch auf Arbeitslosengeld II-Leistungen abgeleitet worden sei.

11
Zur Begründung der am 05.12.2017 zum Sozialgericht Bayreuth (SG) erhobenen Klage hat der Kläger unter Bezugnahme auf das Urteil des BSG vom 12.04.2017 vorgetragen, dass der durchgehende Bezug von Arbeitslosengeld II nicht Anspruchsvoraussetzung für die Bewilligung von Übergangsgeld sei. Die Beklagte lehne jedoch gerade deswegen die Erfüllung des Erstattungsanspruchs ab. Auf welche Vorschrift der Erstattungsanspruch gestützt werde, hatte der Kläger nicht angegeben.

12
Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 12.12.2017 darauf hingewiesen, dass ein Anspruch auf Übergangsgeld nach §§ 20, 21 SGB VI nur dann bestehe, wenn unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit, oder wenn Arbeitsunfähigkeit nicht vorliege, unmittelbar vor Beginn der medizinischen Leistungen Arbeitslosengeld II bezogen und zuvor Pflichtbeiträge gezahlt worden seien. Die Versicherte sei jedoch im Zeitraum vom 01.02.2008 bis 31.03.2011 ohne jeglichen rentenversicherungspflichtigen Leistungsbezug gewesen. Es seien auch keine sonstigen Zeiten einer Entgeltersatzleistung gemeldet worden. Ein durchgängiger Bezug von Arbeitslosengeld II sei erst ab dem 01.04.2011 nachweisbar. Hinsichtlich der Bezugnahme des Klägers auf das Urteil des BSG werde gebeten, die Komplexität der Gesamtbegründung des BSG zu beachten. Der Leistungsbemessung nach dem SGB II liege kein „zuvor“ erzieltes „beitragsbelastetes“ Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zugrunde. Gleichwohl sei Alg II nach § 102 SGB X iVm § 25 SGB II durch den Rentenversicherungsträger zu ersetzen. Denn der Grundsicherungsträger erbringe die „bisherigen Leistungen“ für den Rentenversicherungsträger während einer stationären medizinischen Reha-Maßnahme vorschussweise weiter, wenn der Leistungsberechtigte nach den Vorschriften des SGB VI einen Übergangsgeldanspruch habe. Dies entspreche dem „Kontinuitätsauftrag“. Hiervon ausgehend liege es zur näheren Bestimmung des durch das Wort „zuvor“ in § 20 Nr. 3 Buchst. b SGB VI umschriebenen Zeitrahmens nahe, die in § 11 SGB VI normierten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung (RV) heranzuziehen. Danach genüge es jedenfalls für die notwendige „Vorleistung“ von Beiträgen zur RV aus Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen, dass in den letzten zwei Jahren vor der Beantragung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aus dem Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen einer versicherten Beschäftigung oder Tätigkeit (für zumindest 6

Kalendermonate) Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet worden seien (vgl. § 11 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB VI). Dieser Zeitraum könne sich gegebenenfalls um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Alg II verlängern (vgl. § 11 Abs. 2 S. 3 SGB VI). Unter Berücksichtigung der Dauer des Arbeitslosengeld II-Bezuges ab dem 01.04.2011 und der davor liegenden Lücke vom 01.02.2008 bis 31.03.2011 sei kein Anspruch auf Übergangsgeld gegeben und eine Erstattung des Arbeitslosengeldes II ausgeschlossen. Ergänzend werde mitgeteilt, dass sich der Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aus „§ 11 Abs. 1 S. 1 SGB VI“ für die Versicherte ergeben habe.

13
Das SG hat sodann nach Anhörung der Beteiligten mit Gerichtsbescheid vom 09.07.2018 die Klage als unbegründet abgewiesen. Die Versicherte habe keinen Anspruch auf Übergangsgeld, weil sie in der Zeit vom 01.02.2008 bis 31.03.2011 ohne jeglichen rentenversicherungspflichtigen Leistungsbezug gewesen sei. In der Zeit vom 21.06.2017 zurück bis 31.03.2009 fänden sich im Versicherungskonto der Versicherten keine entrichteten Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und damit auch nicht die vom BSG geforderten 6 Monate. Die Versicherte habe demnach keinen Anspruch auf Übergangsgeld gegen die Beklagte. Damit könne für die weitere Prüfung auch dahinstehen, ob die Beklagte gegenüber der Versicherten den Anspruch auf Übergangsgeld zu Unrecht abgelehnt habe, ob die Beklagte sich auf eine falsche bindende Entscheidung einschließlich ihrer Tatbestandswirkung hätte berufen können, ob eine offensichtliche Fehlerhaftigkeit des Bescheides vorgelegen hätte und ob der Kläger dann verpflichtet gewesen wäre, den Übergangsgeldanspruch der Versicherten nach § 5 Abs. 3 SGB II selber geltend zu machen.

14
Mit Schriftsatz vom 27.07.2018 beantragte der Kläger mündliche Verhandlung, nachdem das SG die Berufung gegen den Gerichtsbescheid nicht zugelassen hatte. Die Versicherte habe einen Anspruch auf Übergangsgeld, weil sie die sogenannte große Wartezeit, d.h. eine Versicherungszeit von 15 Jahren erfüllt habe (§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI).

15
Das SG hat sodann Termin zur mündlichen Verhandlung für den 18.09.2018 anberaumt und mit Urteil vom gleichen Tag die Klage mit vergleichbarer Begründung wie im Gerichtsbescheid vom 09.07.2018 als unbegründet abgewiesen. Gleichzeitig hat es die Berufung nach § 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG (ohne weitere Begründung) zugelassen.

16
Zur Begründung der hiergegen am 12.10.2018 zum Bayer. Landessozialgericht eingelegten Berufung trägt der Kläger mit Schriftsatz vom 26.11.2018 vor, dass sich bereits aus der Formulierung des BSG in seiner Entscheidung vom 12.04.2017 (B 13 R 14/16 R, Rz 28, vorletzter Satz) ergebe, dass insoweit keine abschließende Aufzählung der Erfüllungsmöglichkeiten gewollt sein könne. Das BSG habe es offensichtlich nur als notwendig angesehen, dass Beiträge zur Rentenversicherung vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II gezahlt worden seien. Insoweit genüge also eine relativ kurze Beitragszahlung (mindestens 6 Monate) für die Erfüllung der Voraussetzungen für den Anspruch auf Übergangsgeld in Höhe des Arbeitslosengeldes II, zumindest dann, wenn die Zahlung der Beiträge innerhalb einer relativ kurzen Vorfrist (2 Jahre) erfolgt sei. Wenn dem so sei, müsse auch die in § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI genannte Wartezeit von 15 Jahren, die die Versicherte zweifelsfrei und ausweislich des Versichertenkontos erfüllt habe, für die Voraussetzung „zuvor“ genügen. Zumindest sei im Urteil des BSG nicht erkennbar, dass dem nicht so wäre. Die Wartezeit von 15 Jahren stelle nach Auffassung des Berufungsklägers eine wesentlich höhere Anforderung an die Erfüllung der Voraussetzungen dar. Diese Sichtweise verstoße auch nicht gegen den vom SG angemahnten und in der Zweckbestimmung des Übergangsgeldes liegenden „Kontinuitätsauftrag“, denn diesem entspreche es ja gerade, dass Arbeitslosengeld II durch den Berufungskläger für den Rentenversicherungsträger vorausgeleistet werde und sich insoweit das Übergangsgeld bei Vorbezug von Arbeitslosengeld II folgerichtig und systemgerecht im Rahmen des auch insoweit bestehenden Kontinuitätsauftrages am aktuellen Grundsicherungsbedarf der erwerbsfähigen Versicherten orientiere. Laut dem Versicherungsverlauf habe die Versicherte die große Wartezeit von 15 Jahren erfüllt. Damit bestehe ein Anspruch auf Übergangsgeld wegen der medizinischen Rehabilitation.

17
Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Bayreuth vom 18.09.2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 1.099,44 € zu zahlen.

18
Die Beklagte beantragt,

die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Bayreuth vom 18.09.2018 zurückzuweisen.

19
Sie weist darauf hin, dass das Urteil des BSG vom 12.04.2017 nicht uneingeschränkt auf den vorliegenden Sachverhalt anwendbar sei. Es sei hier Arbeitslosengeld II bezogen worden, welches nicht der Rentenversicherungspflicht unterlegen habe, sondern als Anrechnungszeit bewertet werde. Vor dem Bezug habe auch zeitnah keine Versicherungspflicht zur Rentenversicherung bestanden. Zum 01.01.2011 sei durch Art. 19 des Haushaltbegleitgesetzes 2011 vom 09.12.2010 (BGBl I S. 1885) allgemein die Versicherungspflicht zur Rentenversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II entfallen. Die Gesetzesbegründung laute: „Der Wegfall der Rentenversicherungspflicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II ist systemgerecht. Die Leistungen eines Fürsorgesystems dienen dazu, akute Hilfebedürftigkeit zu beseitigen. Ihnen kommt dagegen nicht die Funktion zu, bereits im Voraus pauschal Leistungen zu erbringen, um eine vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt eintretende Hilfebedürftigkeit durch Begründung versicherungsrechtlicher Rentenanwartschaften zu beseitigen.“

20
Das rentenrechtliche Äquivalenzprinzip von Beitrag und Leistung hervorhebend sei die rentenwirksame Anbindung für Bezieher von Arbeitslosengeld II verringert worden. Die Gesetzesbegründung zu § 11 SGB VI laute:

„Durch die Rechtsänderung wird sichergestellt, dass nach bisherigem Recht versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II durch die Berücksichtigung von entsprechenden Anrechnungszeiten ihre bereits erworbenen Ansprüche auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aufrechterhalten, weil bei ihnen Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II vorliegt und von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen während des Leistungsbezuges erwartet wird, dass sie jede zumutbare Arbeit annehmen.“

21
In der Gesetzesbegründung werde explizit klargestellt, dass „versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II“ eine Bestandswahrung erfahren sollten, was zudem mit der Gesetzesbegründung zu § 3 SGB VI eine Entsprechung finde: „Die Regelung stellt sicher, dass Bezieher von Arbeitslosengeld II, die im Anschluss an diese Leistung eine andere Sozialleistung beziehen, auch künftig nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI versicherungspflichtig sind. Dies wird erreicht, indem Anrechnungszeiten wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II den Einjahreszeitraum nach Nummer 3 zweiter Halbsatz, in dem zuletzt Versicherungspflicht bestanden haben muss, verlängern.“ Der Gesetzgeber spreche unmissverständlich von einer Weiterführung der Versicherungspflicht. In dem hier vorliegenden Fall könne aufgrund der mehrere Jahre zurückliegenden versicherungspflichtigen Beschäftigung von einer Weiterführung der Versicherungspflicht keine Rede sein.

22
Bezüglich der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die beigezogenen Akten des Klägers und der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe

23
Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig (§§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG -). Insbesondere ergeben sich hinsichtlich der Statthaftigkeit der Berufung im Hinblick auf den für Erstattungsstreitigkeiten zwischen Sozialleistungsträgern eigentlich notwendigen Berufungsstreitwert von 10.000,00 € (§ 144 Abs. 1 Nr. 2 SGG) keine Bedenken, weil das SG die Berufung nach § 144 Abs. 2 Nr. 2 SGG im Urteil vom 18.09.2018 zugelassen hat. Der Senat ist gemäß § 144 Abs. 3 SGG an die Zulassung gebunden. Dies gilt, obwohl das SG im zuvor erlassenen Gerichtsbescheid weder eine grundsätzliche Bedeutung der Entscheidung noch eine Abweichung von höchstrichterlicher Rechtsprechung gesehen hatte und die dann doch erfolgte Zulassung der Berufung im Urteil vom 18.09.2018 nicht begründet worden ist.

24
Die Berufung ist jedoch unbegründet. Das SG hat zu Recht mit Urteil vom 18.09.2018 einen Erstattungsanspruch des Klägers gegen die Beklagte auf Zahlung von 1.099,44 € abgelehnt. Die Voraussetzungen für einen Erstattungsanspruch des Klägers liegen nicht vor.

25
1. Kein Erstattungsanspruch auf der Grundlage des § 102 SGB X oder des § 104 SGB X Der Kläger hatte mit Schreiben vom 12.06.2017 bei der Beklagten angezeigt, dass die Versicherte und die mit ihr in Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen seit dem 01.04.2017 Leistungen nach dem SGB II bezögen und machte einen Erstattungsanspruch „gemäß §§ 102 ff SGB X“ geltend. Es ist bereits fraglich, ob die Formulierung „ein Erstattungsanspruch gemäß §§ 102 ff SGB X“ überhaupt als wirksame Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs des Klägers ausreichend wäre, um die hierfür notwendige Individualisierung und Konkretisierung des betroffenen Sozialleistungsverhältnisses gegenüber der Beklagten annehmen zu können (vgl. hierzu grundlegend: Ross, in: Schütze, SGB X, 9. Aufl., 2020, Vor §§ 102 - 114 SGB X mit zahlreichen Nachweisen). Jedenfalls liegen die gesetzlich in § 102 SGB X genannten Voraussetzungen für einen Erstattungsanspruch des Klägers gegen die Beklagte offensichtlich nicht vor.

26
Gemäß § 102 Abs. 1 SGB X ist der zur Leistung verpflichtete Leistungsträger erstattungspflichtig, wenn ein anderer Leistungsträger aufgrund gesetzlicher Vorschriften vorläufig Sozialleistungen erbracht hat. Gemäß § 102 Abs. 2 SGB X bestimmt sich in diesem Fall - abweichend zu den anderen gesetzlichen Erstattungsansprüchen nach den §§ 103 bis 105 SGB X - der Umfang des Erstattungsanspruchs nach den für den vorleistenden Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften.

27
Voraussetzungen für einen Anspruch nach § 102 SGB X wären somit also:

(1) Leistungszuständigkeit des Klägers zur Erbringung vorläufiger Leistungen aufgrund gesetzlich angeordneter Verpflichtung zur vorläufigen Leistung

(2) eigentliche Leistungszuständigkeit der Beklagte nach materiellem Recht

(3) zeitliche und sachliche Kongruenz der Leistungen

28
Der Kläger hat zwar Leistungen an die Versicherte für die Dauer der absolvierten stationären medizinischen Rehamaßnahme in Höhe von insgesamt 1.099,44 € an Regelleistung, für Kosten der Unterkunft und Heizung sowie für Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nach den Vorschriften des SGB II erbracht. Dabei handelte es sich aber nicht um eine vorläufige Leistung im Sinne des § 102 SGB X.

29
Eine vorläufige Leistungserbringung im Sinne des § 102 Abs. 1 SGB X im rechtlichen Sinne liegt nach herrschender Meinung und ständiger Rechtsprechung nicht bereits dann vor, wenn ein Leistungsträger überhaupt Leistungen erbringt, sondern nur dann, wenn der angegangene Leistungsträger zwar zunächst nach den jeweiligen Vorschriften des materiellen Sozialrechts dem Berechtigten gegenüber zur Leistung verpflichtet ist, dabei aber entweder in Kenntnis von der Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers leistet oder sich noch erkennbar im Ungewissen darüber befindet, welcher andere Leistungsträger zuständig ist bzw. sein könnte. Dabei muss der Wille des erstattungsbegehrenden Leistungsträgers - vorliegend also des Klägers - entweder für einen anderen oder im Hinblick auf die ungeklärte Leistungszuständigkeit leisten zu wollen, nach außen erkennbar sein (BSG, Urteil vom 28.03.1984, - 9a RV 50/82 - SozR 1300 § 102 Nr. 1). Andernfalls wäre auch eine Abgrenzung des Erstattungsanspruchs nach § 102 SGB X gegenüber anderen Erstattungsansprüchen nicht möglich, was insbesondere deshalb notwendig ist, weil nur § 102 SGB X innerhalb der Erstattungsansprüche nach dem SGB X in Absatz 2 eine Erstattung in Höhe der Leistungen des vorleistenden Leistungsträgers vorsieht, während die §§ 103 bis 105 SGB X auf den konkreten Leistungsumfang des eigentlich zuständigen Leistungsträgers abstellen. Regelmäßig hat deshalb der vorleistende Träger im Bescheid an den Leistungsberechtigten auf die noch ungeklärte Zuständigkeit und die daraus resultierende Vorläufigkeit der Leistung hinzuweisen. Eine nachträgliche Umdeutung einer erbrachten Sozialleistung in eine vorläufige Leistung, um einen Erstattungsanspruch durchsetzen zu können, scheidet jedenfalls aus (vgl. hierzu Roos, in: Schütze, Kommentar zum SGB X, 9. Aufl. 2020, § 102 SGB X m. w. N.).

30
Die Versicherte hat unstreitig für die Dauer der stationären Rehamaßnahme die vom Kläger geltend gemachten Beträge als Leistungen nach dem SGB II erhalten. Ein Bescheid des Klägers an die Versicherte, aus dem sich eine aufgrund gesetzlicher Vorschriften bestehende, lediglich vorläufige Leistungspflicht des Klägers in Bezug auf den Zeitraum der durchgeführten Maßnahme der stationären medizinischen Rehabilitation hätte ergeben können, wurde aber nicht erlassen. Der Kläger hat vielmehr in eigener Zuständigkeit die bisherigen Leistungen, die er bereits vor der Rehamaßnahme an die Versicherte zu erbringen hatte, ohne Einschränkungen weiter gezahlt und hierfür von der Beklagten nachträglich die Erstattung verlangt.

31
Auch die Voraussetzungen für einen Erstattungsanspruch nach § 104 SGB X liegen nicht vor. Gemäß § 104 Abs. 1 S. 1 SGB X ist der Leistungsträger erstattungspflichtig, gegen den der Berechtigte vorrangig einen Anspruch hat oder hatte, wenn ein nachrangig verpflichteter Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat, ohne dass die Voraussetzungen des § 103 Abs. 1 SGB X vorliegen. Nachrangig verpflichtet ist ein Leistungsträger nach § 104 Abs. 1 S. 2 SGB X, soweit dieser bei rechtzeitiger Erfüllung der Leistungsverpflichtung eines anderen Leistungsträgers selbst nicht zur Leistung verpflichtet gewesen wäre. Ein Erstattungsanspruch besteht nicht, soweit der nachrangige Leistungsträger seine Leistungen auch bei Leistung des vorrangig verpflichteten Leistungsträgers hätte erbringen müssen (§ 104 Abs. 1 S. 3 SGB X).

32
Grundsätzlich kann ein Leistungsträger nach dem SGB II ein nachrangig zuständiger Leistungsträger im Sinne des § 104 Abs. 1 S. 2 SGB X auch in Bezug auf Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung sein. Ein Erstattungsanspruch nach § 104 SGB X setzt aber zwingend einen Leistungsanspruch des Versicherten auf die vorrangige Leistung voraus (Roos, in: Schütze, Kommentar zum SGB X, 9. Aufl, 2020, § 104 Rdnr 8 m.w.N.). Die Versicherte hatte gegenüber der Beklagten aber keinen Antrag auf Gewährung von Übergangsgeld gestellt und die Beklagte hat auch nicht über einen solchen Antrag entschieden, vielmehr in einer internen Prüfung festgestellt, dass ein Anspruch auf Übergangsgeld nicht bestehe und hat dies dem Kläger auch mit Schreiben vom 31.08.2017 mitgeteilt und begründet. Ein Antrag nach § 5 Abs. 3 S. 1 SGB II wurde vom Kläger nicht gestellt (vgl. hierzu Roos, a.a.O., § 104 SGB X, Rdnr 11). Ein Leistungsanspruch der Versicherten auf Übergangsgeld ist damit nicht festgestellt worden. Eine nur nachrangige Zuständigkeit des Klägers in Bezug auf die von ihm nach dem SGB II erbrachten Leistungen, die sich an der Bedürftigkeit der Versicherten im Sinne der §§ 7 ff. SGB II orientiert haben, liegt deshalb nicht vor und kann somit auch keinen Erstattungsanspruch nach § 104 SGB X auslösen.

33
2. Keine Erstattung auf der Grundlage des § 25 SGB II i.V.m. § 102 SGB X entsprechend Selbst wenn zugunsten des Klägers unterstellt wird, dass sein Erstattungsbegehren für die Beklagte als Anspruchsgegnerin zumindest individualisierbar und konkretisierbar in Bezug auf die Person der Versicherten, die Dauer der stationären medizinischen Rehamaßnahme und die erbrachten Leistungen gewesen wäre und dass die fehlerhafte Benennung von Rechtsgrundlagen durch den Kläger als Sozialleistungsträger unbeachtlich sei, liegen die Voraussetzungen für eine Erstattung der hier streitgegenständlichen Zahlungen nicht vor, weil der Kläger auch auf der Grundlage des § 25 SGB II keinen Anspruch auf Erstattung der geleisteten Zahlungen in Höhe von1.099,44 € gegen die Beklagte hat.

34
Gemäß § 25 S. 1 SGB II in der hier anzuwendenden Fassung vom 13.05.2011, gültig vom 01.04.2011 bis 17.02.2021 (BGBl 2011 I, 850), erbringen die Träger der Leistungen nach dem SGB II die bisherigen Leistungen „als Vorschuss“ auf die Leistungen der Rentenversicherung weiter, wenn Leistungsberechtigte nach dem SGB II dem Grunde nach Anspruch auf Übergangsgeld bei medizinischen Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung haben. Gemäß § 25 S. 3 SGB II gilt § 102 SGB X entsprechend.

35
a. Nach dem eindeutigen Wortlaut des § 25 S. 1 SGB II wird durch diese Norm eine gesetzliche Fiktion begründet, dass Leistungen nach dem SGB II „als Vorschuss“ auf die Leistungen des Rentenversicherungsträgers zu werten sind, wenn die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung an Leistungsbezieher nach dem SGB II medizinische Leistungen zur Rehabilitation erbringen. Weitere, unabdingbare Voraussetzung ist jedoch auch, dass die Leistungsbezieher dem Grunde nach Anspruch auf

Übergangsgeld gegen den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung haben. Ob dieser Anspruch dem Grunde nach für den jeweiligen Leistungsbezieher besteht, richtet sich nicht nach den Vorschriften des SGB II, sondern - wie das BSG dies in seiner Entscheidung vom 12.04.2017 (Az B 13 R 14/16 R) auch festgestellt hat - nach den Vorschriften des SGB VI, hier den §§ 20, 21 SGB VI. Allein die Zahlung von Arbeitslosengeld II - so wie von den Vertretern des Klägers in der mündlichen Verhandlung vom 03.03.2021 vorgetragen - löst eine Erstattungspflicht des Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung sicherlich nicht aus.

36
b. Grundsätzlich ist zu beachten, dass ein Anspruch auf Übergangsgeld nach den §§ 20, 21 SGB VI zum einen unabdingbar verknüpft ist mit einem Anspruch eines Versicherten im Sinne der §§ 1 ff. SGB VI auf Gewährung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben gegen den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, insoweit, als ein Anspruch auf Übergangsgeld nach §§ 20, 21 SGB VI nur als Annex zu Rehaleistungen zu sehen ist, auf das es ohne Rehaleistungen grundsätzlich keinen Anspruch geben kann. Zum anderen entsteht der Anspruch auf Übergangsgeld aber umgekehrt auch nicht automatisch mit Zuerkennung einer Rehamaßnahme durch den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, also bei Vorliegen der §§ 9 bis 17 SGB VI, er fordert vielmehr weitere Voraussetzungen, insbesondere den Eintritt eines Ausfalls von beitragspflichtigem Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen oder von beitragspflichtigen Entgeltersatzleistungen (wie Krankengeld oder Arbeitslosengeld) infolge der Teilnahme an der - meist nur kurzfristigen, wenige Wochen in Anspruch nehmenden - Maßnahme der medizinischen Rehabilitation. Sinn und Zweck des Übergangsgeldanspruchs nach den §§ 20, 21 SGB VI ist es, die unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder - falls Arbeitsunfähigkeit nicht vorliegt - unmittelbar vor Beginn der Rehamaßnahme bestehende Einkommenssituation des/der Versicherten auch für die Zeit der medizinischen Rehabilitation sicherzustellen (Entgeltersatzprinzip und Kontinuitätsauftrag durch den Anspruch auf Übergangsgeld) (so auch BSG, a.a.O., Rdnr 27).

37
c. Die Vorschriften der §§ 9 ff. SGB VI differenzieren eindeutig zwischen dem Anspruch eines Versicherten auf eine Rehamaßnahme und dem Anspruch auf Übergangsgeld als Annexleistung. Die Versicherte hat vorliegend unproblematisch die sog. „große Wartezeit“ von 15 Jahren im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI erfüllt gehabt. Versicherungsrechtliche Zeiten der Versicherten sind - mit erheblichen Lücken - seit 1986 erfasst, teils aus beruflicher Tätigkeit, teils aus Sozialleistungsbezug, teils für Kindererziehung. Insgesamt sind 232 Monate mit Beitragszeiten aufgelistet, 163 Monate mit Zurechnungszeiten und 80 Monate Anrechnungszeiten. Die Versicherte hatte auch die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI erfüllt, weil sie infolge des erlittenen Verkehrsunfalls und den dadurch eingetretenen Verletzungen in ihrer Erwerbsfähigkeit gemindert bzw erheblich gefährdet war. Dies ist zwischen den Beteiligten unstreitig. Die Beklagte hat der Versicherten deshalb zu Recht mit Bescheid vom 25.04.2017 die stationäre medizinische Rehamaßnahme bewilligt gehabt.

38
d. Davon zu unterscheiden ist aber die Frage, ob der Versicherten dann auch für die Zeit der stationären medizinischen Rehamaßnahme ein Anspruch auf Übergangsgeld nach den §§ 20, 21 SGB VI zusteht. Die gesetzliche Regelung ist gerade nicht so, dass jeder, der eine stationäre Rehamaßnahme vom Träger der gesetzlichen Rentenversicherung bewilligt bekommt, automatisch auch Anspruch auf Übergangsgeld hätte. Dies wäre die Konsequenz, wenn man - wie der Kläger - darauf abstellen würde, ob die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen im Sinne des § 11 SGB VI gegeben wären. Es besteht auch keine daraus ableitbare rechtliche Verpflichtung des Rentenversicherungsträgers, für die Dauer der stationären Rehamaßnahme alle denkbaren materiellen Zuflüsse zur Deckung des Lebensunterhalts des/der Versicherten zu übernehmen bzw. zu kompensieren. Die gesetzliche Rentenversicherung hat nicht die Aufgabe - wie der Kläger - das Existenzminimum von Erwerbsfähigen sicherzustellen, soweit sie dies nicht aus Einkommen und Vermögen selbst bestreiten können, sondern hat Geldleistungen im Zusammenhang mit der Gewährung medizinischer Rehaleistungen zu gewähren, deren Höhe sich in der Regel am zuvor bezogenen Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen orientiert (§ 66 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX - n.F. bzw. § 46 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung - a.F.). Die Berechnung orientiert sich an dem zuletzt tatsächlich bezogenen Arbeitsentgelt, das auch einer Beitragspflicht zur gesetzlichen Rentenversicherung unterlegen war (vgl. hierzu Liebig/Asmalsky in: Dau/

Düwell/Joussen, LPK-SGB IX, § 67 Rdnr 11). Allein die Weitergewährung von Arbeitslosengeld II während der Dauer der medizinischen Rehabilitation durch den Kläger führt nicht zu einem Zuständigkeitswechsel für die notwendigen Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts auf die Beklagte.

39
e. Wie schon das BSG im Urteil vom 12.04.2017 ausgeführt hat, besteht ein Anspruch auf Übergangsgeld nach den §§ 20, 21 SGB VI im Grundsatz nur dann, wenn infolge der stationären medizinischen Rehabilitation ein Entgeltausfall an Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen eintritt oder eine zuvor bezogene selbst beitragspflichtige Sozialleistung wegen der stationären medizinischen Rehabilitation entfällt, weil nun der Rentenversicherungsträger der sachnähere zuständige Leistungsträger ist. Konsequenterweise knüpft § 25 S. 1 SGB II deshalb daran an, dass dem Leistungsbezieher nach dem SGB II dem Grunde nach - auf der Grundlage der §§ 20, 21 SGB VI - ein Anspruch auf Übergangsgeld gegen den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zustehen muss. Nur in diesem Fall sind die Leistungen des Trägers nach dem SGB II aufgrund der gesetzlichen Fiktion in § 25 S. 1 SGB II als „Vorschuss“ auf die Leistungen des Rentenversicherungsträgers zu verstehen. Hat der Leistungsempfänger keinen Anspruch auf Übergangsgeld, sind die Leistungen des Trägers nach dem SGB II auch kein Vorschuss auf solche Leistungen und es bleibt bei der Leistungszuständigkeit nach dem SGB II.

40
f. Ein Anspruch auf Übergangsgeld nach § 20 Abs. 1 SGB VI setzt neben der Versicherteneigenschaft und der Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der §§ 9 bis 11 SGB VI weiter zwingend voraus, dass Versicherte unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder, wenn sie nicht arbeitsunfähig sind, unmittelbar vor Beginn der Leistungen, also der Maßnahme zur stationären medizinischen Rehabilitation, entweder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt und im Bemessungszeitraum (§§ 64 ff. SGB IX n.F. bzw. §§ 46 ff. SGB IX a.F.) Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt haben (§ 20 Abs. 1 Nr. 3a SGB VI) oder Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Mutterschaftsgeld bezogen haben und für die von dem der Sozialleistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen oder im Falle des Bezuges von Arbeitslosengeld II zuvor aus Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt worden sind (§ 20 Abs. 1 Nr. 3b SGB VI). Bemessungszeitraum ist dabei in der Regel ebenfalls der letzte Entgeltabrechnungszeitraum vor Beginn der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, üblicherweise die letzten vier Wochen vor Beginn als Regelentgeltabrechnungszeitraum. Auch dies macht den in § 20 SGB VI gesetzlich geforderten engen zeitlichen Vorbezug von beitragspflichtigem Arbeitsentgelt oder -einkommen vor der Rehamaßnahme deutlich, der bei der Auslegung der Vorschriften der §§ 20, 21 SGB VI zu beachten ist.

41
g. Zu beachten ist weiter, dass § 25 SGB II nur bei medizinischen Leistungen zur Rehabilitation Anwendung findet, nicht jedoch bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wie z. B. Wiedereingliederungen, Ausbildungen, Umschulungen etc. Während Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Regel einen erheblichen bzw. längeren Zeitraum erfordern, in dem der Wechsel der Leistungszuständigkeit auf den Rentenversicherungsträger auch gegenüber dem Versicherten und Rehabilitanden in Bezug auf die Entgeltersatzleistungen sinnvoll und zeitlich möglich ist, ist bei medizinischen Leistungen zur Rehabilitation davon auszugehen, dass diese nur wenige Wochen in Anspruch nehmen und in dieser Zeit möglichst ein Wechsel des Leistungsträgers im Verhältnis zum Versicherten erkennbar vermieden werden soll. Materiellrechtlich besteht aber gleichwohl eine Zäsur der Leistungszuständigkeit. So ruht ein Anspruch auf Krankengeld nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V -, soweit und solange Versicherte Übergangsgeld beziehen. Wird das Krankengeld gleichwohl ausbezahlt, wird die materielle Leistungszuständigkeit zwischen Krankenkasse und Rentenversicherungsträger im Wege des Erstattungsanspruchs nach § 103 SGB X untereinander ausgeglichen. Eine ähnliche Regelung findet sich in § 145 Drittes Buch Sozialgesetzbuch - SGB III - bei Bezug von Arbeitslosengeld und medizinischer Rehamaßnahme. Für den üblicherweise kurzen Zeitraum einer medizinischen Rehabilitation soll im Verhältnis zum Leistungsbezieher ein Wechsel des Leistungsträgers vermieden werden, weil nicht zuletzt von einem aktuellen Entgeltausfall auszugehen ist und unterschiedliche Fälligkeiten und vor allem aufwändige Ermittlungen des jeweiligen Leistungsanspruchs zu Lasten des Leistungsempfängers/Versicherten gehen würden. Gleiches soll grundsätzlich auch beim Bezug von Arbeitslosengeld II sichergestellt sein. Die Regelung des § 25 SGB II dient nach herrschender Meinung in

der Literatur der Vermeidung eines Trägerwechsels (vgl. hierzu u. a. Bittner, in: juris-PK-SGB II, 5. Aufl., 2020, § 25 Rdnr 14; Köhler, in: Hauck/Noftz, SGB II, Stand 10/2018, § 25 Rdnr 11 jeweils m.w.N.).

42
h. Wenn aber § 25 SGB II bei medizinischen Rehabilitationsleistungen der Vermeidung eines Trägerwechsels dient und gerade keine materiell-rechtliche Verschiebung der Leistungszuständigkeit auslösen soll, folgt daraus zur Überzeugung des Senats zwingend, dass sowohl ein Anspruch auf Arbeitslosengeld II als auch ein Anspruch auf Übergangsgeld zeitgleich für die Dauer der medizinischen Rehamaßnahme vorliegen muss, für diesen Zeitraum aber nur einer der beiden Leistungsträger nach materiellem Recht (d. h. entweder nach dem SGB VI oder nach dem SGB II) endgültig leistungszuständig sein darf.

43
i. Allein der Umstand, dass die Versicherte vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit am 16.07.2016 bzw. auch unmittelbar vor Beginn der Rehamaßnahme (ausschließlich) Arbeitslosengeld II bezogen hat, vermag einen Anspruch auf Übergangsgeld nicht zu begründen. Arbeitslosengeld II stellt eine rein bedarfsorientierte Fürsorgeleistung dar, die keinen Bezug zum früheren Arbeitsentgelt aufweist (Jabben, in: Beck OK SGB VI, § 20 Rdnr 8; Kreikebohm, a.a.O., § 20 SGB VI Rdnr 8; Kater, a.a.O., § 20 SGB VI, Rdnr 14). Erforderlich ist vielmehr auch, dass - entsprechend dem Wortlaut des § 20 Abs. 1 Nr. 3b SGB VI - „zuvor“ entweder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen bezogen wurde, aus dem Beiträge entrichtet worden sind oder entsprechende Sozialleistungen, die ihrerseits beitragsbelastet waren und sich aus dem zuvor bezogenen Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen berechneten.

44
j. Die Beklagte hat in diesem Zusammenhang zutreffend auf die Änderungen im Haushaltbegleitgesetzes 2011 hingewiesen. Bis zum 31.12.2010 waren die Zeiten des Leistungsbezuges von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Rentenversicherung als Pflichtbeitragszeiten ausgestaltet, ab dem 01.01.2011 hingegen nur noch als mögliche Anrechnungszeiten nach § 58 Abs. 1 S. 1 Nr. 6 SGB VI, die ggf. zu einer Verlängerung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und zur Aufrechterhaltung von Leistungsansprüchen führen können. Unter Berücksichtigung dieser wesentlichen im Jahr 2011 eingetretenen rechtlichen Änderungen besteht ein Anspruch auf Übergangsgeld nach § 20 SGB VI für solche Leistungsempfänger von Arbeitslosengeld II, die zumindest vor dem 31.12.2010 Arbeitslosengeld II bezogen und für die hieraus Pflichtbeiträge zur Rentenversicherung entrichtet haben, wenn sie anschließend lückenlos bis zum Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bzw. zum Beginn der medizinischen Rehamaßnahme Arbeitslosengeld II bezogen haben oder wenn sie (ab dem 01.01.2011) unmittelbar vor Beginn der Rehamaßnahme Arbeitslosengeld II bezogen haben und hierbei wiederum zuvor beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit. Aus der von der Beklagten zutreffend zitierten gesetzgeberischen Begründung folgt, dass mit der Gesetzesänderung der Versichertenstatus der Personen, die bis zum 31.12.2010 Arbeitslosengeld II bezogen hatten, durch fortbestehende Anrechnungszeiten aufrechterhalten werden sollte, mithin auch entsprechende Leistungsansprüche aus der gesetzlichen Rentenversicherung wie medizinische oder berufliche Rehamaßnahmen, Rentenansprüche o.ä. Eine Aufrechterhaltung des versicherungsrechtlichen Status durch Anrechnungszeiten aus Alg-II-Bezug im Sinne des § 58 Abs. 1 Nr. 6 SGB VI erfolgt aber auch bei Personen, die zunächst aus Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt haben und anschließend im Leistungsbezug von Alg II stehen oder die zwischenzeitlich noch eine weitere beitragspflichtige Sozialleistung wie Krankengeld oder Arbeitslosengeld bezogen haben.

45
k. § 20 SGB VI stellt eindeutig darauf ab, dass ein Anspruch auf Übergangsgeld nur für diejenigen Versicherten dem Grunde nach besteht, die in einem zeitlich engen Zusammenhang mit der notwendigen medizinischen (oder beruflichen) Rehabilitation Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet haben - gegebenenfalls gestreckt durch Anrechnungszeiten aus Alg-II-Bezug - und nunmehr eine Minderung oder einen Ausfall ihres lebensunterhaltssichernden Einkommens infolge der Teilnahme an der Rehamaßnahme erfahren, der durch die Zahlung des Übergangsgeldes für die Dauer der Teilnahme des Versicherten an der Maßnahme ausgeglichen werden soll bzw. muss (sog. Kontinuitätsauftrag). Diese rechtliche Konstruktion erfordert ein nahezu nahtloses Ineinandergreifen von einer beitragspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit mit der Erzielung von Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen, gegebenenfalls einem

daraus der Höhe nach abzuleitenden Sozialleistungsbezug und einem unmittelbar hieran anschließenden Bezug von Arbeitslosengeld II, der anwartschaftserhaltend wäre (so auch Kater, in: KassKomm, Stand September 2020, § 20 SGB VI, Rdnr 14; Kreikebohm, Kommentar zum SGB VI, 5. Aufl., 2017, § 20 SGB VI Rdnr 4). Im vorliegenden Fall stand die Versicherte ab dem 01.04.2011 durchgehend bis zur Rehamaßnahme im Bezug von Arbeitslosengeld II, der nur als Anrechnungszeit iSd § 58 Abs. 1 Nr. 6 SGB VI wirken konnte, jedoch keine Beitragszeit begründete. Zuvor erzieltes pflichtbeitragsbelastetes Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen hatte die Versicherte nicht. Es ist lediglich für den 01.11.2010 - und nur für diesen Tag - eine geringfügige Beschäftigung ohne Versicherungspflicht vermerkt, davor bis 31.01.2008, beginnend ab 12.05.2005, der Bezug von Arbeitslosengeld II ohne Arbeitslosigkeit. Zwischen dem 01.02.2008 bis 31.03.2011 wurden keine Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet.

46
l. Das BSG hatte im Urteil vom 12.04.2017 zur „näheren Bestimmung des durch das Wort‚zuvor' in § 20 [Abs. 1] Nr. 3 Buchst b SGB VI umschriebenen Zeitrahmens“ (BSG, a.a.O., Rz 28) unter Berücksichtigung des sog. Kontinuitätsgrundsatzes auf die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine medizinische Rehamaßnahme nach § 11 Abs. 2 SGB VI abgestellt und hier den Zwei-Jahres-Zeitraum als angemessenen Rahmen des Wortes „zuvor“ angesehen, in dem eine Beitragsentrichtung zur gesetzlichen Rentenversicherung noch in angemessenem Rahmen stehen würde (mindestens für 6 Monate). Unter Berücksichtigung dieses Ansatzes besteht vorliegend ebenfalls kein Anspruch auf Übergangsgeld für die Versicherte, weil sie vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II ab dem 01.04.2011 innerhalb der vorangegangenen 2 Jahre keinerlei Beitragszeiten nachweisen kann.

47
m. Soweit der Kläger meint, dass das BSG in seiner Entscheidung vom 12.04.2017 keinen eng abgegrenzten Sonderfall entschieden hätte, sondern allgemein auf § 11 SGB VI abgestellt habe, folgt der Senat dem nicht. Das BSG zitiert ausdrücklich nur § 11 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB VI sowie die mögliche Verlängerung des Zeitrahmens durch den laufenden Bezug von Arbeitslosengeld II gemäß § 11 Abs. 2 S. 3 SGB VI und argumentiert selbst mit dem notwendigen zeitlich vorausgehenden Versicherungsverhältnis und der entsprechenden zeitnahen Beitragsentrichtung zur gesetzlichen Rentenversicherung durch den Versicherten. Wie oben aber bereits dargelegt ist nach Auffassung des Senats aufgrund des Wortlauts des § 20 SGB VI, der Gesetzessystematik der Regelung der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe mit ihrer klaren Trennung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine Rehamaßnahme als solcher und den weiteren Voraussetzungen für die Annexleistung Übergangsgeld, dem Entgeltausfallprinzip und Kontinuitätsgrundsatz, auf den sich auch das BSG stützt, streng zwischen der Rehamaßnahme als solche und dem weiteren Anspruch auf Übergangsgeld zu differenzieren. Ein Rückgriff auf die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des § 11 SGB VI, die ausdrücklich nur für den Anspruch auf Gewährung einer medizinischen Rehamaßnahme anzuwenden sind, um einen anderen Anspruch mit wesentlich anderen Voraussetzungen annehmen zu können, erscheint rechtssystematisch nicht überzeugend, nicht zuletzt deshalb, weil hiermit ein systemwidriger Wechsel der materiell-rechtlichen Leistungszuständigkeit zu Lasten der Versichertengemeinschaft der gesetzlichen Rentenversicherung verbunden wäre. Übergangsgeld ist ein besonderer und ergänzender Anspruch zu den Leistungen zur Teilhabe und wird auch durch einen gesonderten Verwaltungsakt zuerkannt bzw. festgestellt. Er entsteht bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen mit der tatsächlichen Durchführung der Maßnahme als „besonderem Versicherungsfall“ (BSG SozR 4-3250 49 Nr. 1 Rz 11) (so auch Kater, a.a.O., § 20 SGB VI Rdnr 2a). § 20 SGB VI ist unter Berücksichtigung der Regelungen über die Bemessung des Übergangsgeldes nach dem SGB IX auszulegen. Dies gilt nach Auffassung des Senats - entgegen der Ansicht des Klägers - erst recht, wenn der/die Versicherte lediglich die sog. große Wartezeit von 15 Jahren erfüllt hat, ohne einen unmittelbar vorangegangenen zeitnahen versicherungsrechtlichen Bezug zur Rentenversicherung aus Beschäftigung gehabt zu haben. Für die große Wartezeit von 15 Jahren werden gemäß § 51 Abs. 1 SGB VI Beitragszeiten im Sinne des § 55 SGB VI angerechnet, also z. B. auch Kindererziehungszeiten und Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung, so dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Rehamaßnahme nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI auch erfüllt sein könnten, ohne dass ein zeitlicher Bezug zu einem beitragspflichtigen Beschäftigungsverhältnis vorgelegen hätte. Wäre dies automatisch im Rahmen des § 20 SGB VI zu berücksichtigen, würde ein nur fiktiver Entgeltausfall, den der Versicherte in diesem Fall gar nicht hätte, zu einem Erstattungsanspruch des Leistungsträgers nach dem SGB II führen. Dies spricht klar gegen die Zielsetzung des Entgeltausfallprinzips und den Kontinuitätsgrundsatz.

48
n. Auch in der herrschenden Literaturmeinung wird auf den Kontinuitätsauftrag sowie die Entgeltersatz- bzw. Ausgleichsfunktion des Übergangsgeldes hingewiesen, denen eine bestimmte Zielsetzung zugewiesen wird, nämlich wie oben bereits ausgeführt, die Aufrechterhaltung der Entgelt- und Einkommensverhältnisse während einer Reha-Maßnahme, die dem bisherigen Lebensstandard des Versicherten zugrunde liegen, die aber aus den Verdienstmöglichkeiten des Versicherten in seinem Beruf abzuleiten sind. Leistungen zur Teilhabe, seien es medizinische oder berufliche Teilhabeleistungen, werden zur Erhaltung oder Wiederherstellung oder Besserung der Erwerbsfähigkeit eines Versicherten erbracht und sollen während der Dauer der Leistungen den bisherigen Arbeitsverdienst/das bisherige Arbeitseinkommen sichern und abbilden. Dazu knüpft das Übergangsgeld auch in der Höhe an die zuvor bezogenen Entgelte an, d. h. an das zuvor bezogene Arbeitsentgelt oder an die unmittelbar vor Beginn der Rehamaßnahme oder vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bezogene Sozialleistung, die sich wiederum aus dem unmittelbar davor bezogenen Arbeitsentgelt berechnet (§ 21 SGB VI iVm §§ 64 ff. SGB IX). § 20 SGB VI gibt mit seiner Diktion auch zu erkennen, dass der Gesetzgeber von einem zeitlich engen Zusammenhang zwischen beitragspflichtiger Tätigkeit oder Beschäftigung und dem zu dessen Ausgleich bestimmten Übergangsgeld ausgegangen ist. Zu Recht sieht deshalb die überwiegende Literaturmeinung nur wenige Ausnahmen von dem Grundsatz, dass ein nahtloser Übergang von Arbeitsentgelt/beitragspflichtiger Sozialleistungen/Arbeitslosengeld II und Reha-Maßnahme bestehen muss. So wurde früher lediglich im Rahmen des Begriffs „unmittelbar vor Beginn der Reha-Maßnahme“ zeitlich an den nachfolgenden Leistungsanspruch nach § 19 SGB V angeknüpft und angenommen, dass eine Unterbrechung für die Dauer eines Monats unschädlich sei für einen Anspruch auf Übergangsgeld. Damit sollten besondere Härten im Einzelfall vermieden werden, die zu einem Wegfall des Anspruchs auf Übergangsgeld geführt hätten (z. B. bei Erkrankung eines Versicherten, der infolge der Erkrankung, etwa bei einer Operation, noch nicht stabil genug war, um sofort nach der Krankenhausentlassung zur medizinischen Reha zu gehen, oder auch bei einer zeitlichen Überbrückung durch Urlaub und Urlaubsentgelt) (vgl. hierzu Kater, in: KassKomm Sozialversicherung, Stand September 2020, § 20 SGB VI Rdnr 11 m.w.N.; Haack, in: Hauck/Noftz, SGB VI, Stand 22.01.2019, § 20 SGB VI Rdnr 11 ff. m.w.N.). Das BSG ging ebenfalls davon aus, dass eine Unterbrechung von 4 Wochen zwischen bezogener Entgeltersatzleistung und Rehabeginn unschädlich wäre, weil der Berechnung des Übergangsgeldes der letzte Entgeltabrechnungszeitraum vor der Arbeitsunfähigkeit zugrunde zu legen sei und ein neuer Entgeltabrechnungszeitraum erst auf der Grundlage tatsächlicher Arbeitserbringung von mindestens 4 Wochen eine neue Lebensgrundlage und damit eine andere Bemessungsgrundlage für das Übergangsgeld begründen könne (BSG, Urteil vom 07.09.2010 - B 5 R 104/08 R, Rdnr 16, 21, juris). Insoweit besteht wohl überwiegende Einigkeit in Literatur und Rechtsprechung, dass ein wirklich nahtloser Übergang nicht zu fordern ist, jedoch ist von einem zeitlich engen Zusammenhang zwischen Entgeltbemessungszeitraum und Rehamaßnahme auszugehen (vgl. hierzu auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 09.04.2019 - L 13 R 4452/18 - Rdnr 25 ff., juris).

49
o. Allein der Umstand, dass ein Versicherter irgendwann einmal im Laufe seines Versicherungslebens die sog. große Wartezeit von 15 Jahren im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI erfüllt hat, vermag einen zeitlich an den letzten Entgeltabrechnungszeitraum unmittelbar anknüpfenden Bemessungszeitraum offensichtlich nicht zu begründen. Insoweit ist es auch nicht behilflich, dass § 21 Abs. 4 S. 1 2. HS SGB VI hinsichtlich der Höhe des Anspruchs auf Übergangsgeld bei Alg-II-Beziehern auf die Höhe des Alg-II-Bezuges abstellt. Denn auch diese Regelung verlangt eine zuvor erfolgte Zahlung von Pflichtbeiträgen für eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit, die im zeitlichen Zusammenhang mit dem Alg-II-Bezug und der Reha-Leistung stehen muss.

50
Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe nach den §§ 9 ff. SGB VI haben grundsätzlich nur Versicherte. Versichert sind die in §§ 1 ff. SGB VI genannten Personen. Bezieher von Arbeitslosengeld II sind nicht Versicherte im Sinne dieser Vorschriften und auch nicht im Rahmen des § 11 SGB VI. Vielmehr verlangt § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI die Erfüllung der großen Wartezeit von 15 Jahren, zu denen nur Beitragszeiten im Sinne des § 55 SGB VI und Ersatzzeiten nach § 250, 251 SGB VI zu rechnen sind. Damit hat ein Antragsteller durchaus erhebliche Beitragsleistungen zur gesetzlichen Rentenversicherung erbringen müssen, die ihm wiederum eine Art von Anwartschaft auf Leistungen zur Teilhabe erhalten sollen, wenn er im weiteren Erwerbsleben leistungsgemindert oder zumindest in seiner Leistungsfähigkeit gefährdet ist. Daraus allein ist aber ein Anspruch auf Übergangsgeld nach § 20 SGB VI gerade nicht abzuleiten. Den

Zeiten des Leistungsbezuges von Alg II kommt insoweit lediglich anwartschaftserhaltende Funktion zu, um auf einen früheren, unmittelbar zuvor liegenden Bemessungszeitraum mit beitragspflichtigem Entgelt oder beitragspflichtiger Sozialleistung zugreifen zu können. Erst wenn dies festgestellt werden kann, ergibt sich die konkrete Höhe des Übergangsgeldes aus § 21 Abs. 4 S. 1 2. Hs SGB VI, nämlich in Höhe des Arbeitslosengeldes II, die je nach Bedarfssituation des Leistungsbeziehers ja durchaus unterschiedlich hoch ausfallen kann und damit auch Potential für Streitigkeiten mit sich bringen könnte. § 21 Abs. 4 SGB VI dient deshalb auch der Verwaltungsvereinfachung zur Abwicklung der Leistungszuständigkeit und Kostenträgerschaft (vgl. Kater, a.a.O., § 21 SGB VI, Rdnr 47).

51
Nach alledem war die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Bayreuth vom 18.09.2018 zurückzuweisen.

52
Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG iVm § 154 Verwaltungsgerichtsordnung - VwGO -. Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 52 Abs. 3 S. 1 Gerichtskostengesetz - GKG -.

53
Gründe, die Revision gemäß § 160 Abs. 2 Nrn 1 und 2 SGG zuzulassen, liegen nicht vor.