



Studientext Nr. 12

Stand 2023

Leistungen zur Teilhabe

Prof. Martin Löschau



Deutsche
Rentenversicherung

Bund

30
JAHRE STUDIENTEXTE

Einleitung

Allen Auszubildenden und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Aus- und Fortbildung der Rentenversicherungsträger stehen begleitend zum theoretischen Unterricht sowie zur Vertiefung und Vorbereitung auf Prüfungen zurzeit insgesamt 39 Studientexte zur Verfügung, die das prüfungsrelevante Recht der gesetzlichen Rentenversicherung abdecken und von Lehrkräften bzw. Fachkräften der gesetzlichen Rentenversicherung erstellt wurden.

Die Studientexte eignen sich nicht nur zum Nachlesen oder zur Nacharbeit, sondern auch zum Einsatz während des Unterrichts, auch als Grundlage für Arbeitsblätter, die von der Lehrkraft erstellt werden.

Dies bedeutet, dass

- die Lehrkraft den Text so gliedert, wie der Unterricht aufgebaut ist,
- dabei Lücken im Text zum Mitschreiben bleiben,
- kleinere Übungsaufgaben eingebaut werden und
- eine interessante Aufmachung gefunden wird.

Selbstverständlich können auch andere Adressatenkreise (wie z. B. Studierende des Studienganges Sozialversicherung (LL.B.), Inspektorenanwärter*innen, Fortzubildende sowie Sachbearbeiter*innen oder auch Rentenberater*innen) die Studientexte nutzen.

Durch ihren logischen Aufbau und den Einsatz vieler Hilfen werden auch diese Personen großen Nutzen an den Studientexten haben, insbesondere als wertvolles Informations- und Nachschlagewerk.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im folgenden Text weitestgehend auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Sollten Sie aus den Studientexten zitieren, bitten wir um folgende Quellenangabe:

Studientext der Deutschen Rentenversicherung, Nr. x, Titel, Ausgabe 20xx, S. x

Eine Übersicht der verfügbaren Studientexte finden Sie am Ende dieses Studientextes.

Inhalt

1.	Zweck der Leistungen zur Teilhabe	6
1.1	Rehabilitationssystem in Deutschland	6
1.1.1	Dezentralisierung durch historische Entwicklung	6
1.1.2	Rehabilitationsträger	7
1.1.3	Verbände der Rehabilitationsträger	9
1.2	Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe	9
1.2.1	Grundsatz „Teilhabeleistung vor Rente“	11
1.2.2	Präventionsgedanke	11
1.2.3	Rehabilitations- und Teilhabegedanke	12
1.2.4	Volkswirtschaftliche Bedeutung der Rehabilitation bzw. Teilhabe	13
2.	Teilhabeleistungen der Rentenversicherung	16
2.1	Teilhabeleistungen als Aufgabe der Rentenversicherung	16
2.2	Gliederung der Aufgaben in Ermessens- und Pflichtleistungen	16
2.3	Rechtliche Grundlagen für die Erbringung der Leistungen	18
2.3.1	Gesetze	19
2.3.2	Rechtsverordnungen	19
2.3.3	Gemeinsame Empfehlungen	20
2.3.4	Sonstige Vereinbarungen	20
2.3.5	Richtlinien	20
2.4	Arten der Teilhabeleistungen	21
2.5	Umfang und Ort der Leistungen	22
2.5.1	Leistungsumfang	23
2.5.2	Ort der Leistungen	23
3.	Leistungen zur Prävention	25
3.1	Begriff der Prävention	25
3.2	Präventionsleistungen der Rentenversicherung	25
3.3	Persönliche Voraussetzungen	26
3.4	Versicherungsrechtliche Voraussetzungen	27
4.	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	28
4.1	Art der Leistungserbringung	28
4.2	Einzelleistungen zur medizinischen Rehabilitation	29
4.2.1	Ärztliche Behandlung	30
4.2.2	Arznei- und Verbandmittel	30
4.2.3	Heilmittel	30
4.2.4	Psychotherapie	30
4.2.5	Hilfsmittel	30
4.2.6	Digitale Gesundheitsanwendungen	31
4.2.7	Belastungserprobung und Arbeitstherapie	31
4.3	Anschlussrehabilitation	32
4.4	Entwöhnungsbehandlung bei Suchtkranken	33
4.5	Stufenweise Wiedereingliederung	34
5.	Kinderrehabilitation	36

5.1	Zielsetzung der Kinderrehabilitation.....	36
5.2	Persönliche Voraussetzungen	37
5.3	Versicherungsrechtliche Voraussetzungen.....	38
5.4	Begriff des Kindes.....	38
6.	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	41
6.1	Art der Leistungserbringung.....	41
6.2	Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	42
6.2.1	Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes	42
6.2.2	Berufsvorbereitung.....	45
6.2.3	Unterstützte Beschäftigung	45
6.2.4	Berufliche Anpassung und Weiterbildung	46
6.2.5	Berufliche Ausbildung	46
6.2.6	Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit.....	47
6.2.7	Sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben.....	47
6.3	Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen	47
6.4	Auswahlverfahren	48
7.	Leistungen zur Nachsorge.....	50
7.1	Aufgabe und Bedeutung der Leistungen zur Nachsorge	50
7.2	Formen der Nachsorgeleistungen.....	50
7.3	Persönliche Voraussetzungen	51
7.4	Versicherungsrechtliche Voraussetzungen.....	51
8.	Zuständigkeitsregelungen	53
8.1	Zuständigkeitsabgrenzung der Rentenversicherungsträger gegenüber anderen Rehabilitationsträgern	53
8.1.1	Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Krankenversicherung.....	53
8.1.2	Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Unfallversicherung	53
8.1.3	Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Arbeitsförderung (Arbeitslosenversicherung)	54
8.1.4	Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Alterssicherung der Landwirte	54
8.1.5	Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Kriegsopferversorgung und entsprechenden Bereichen des sozialen Entschädigungsrechts	54
8.1.6	Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber dem Bund	55
8.1.7	Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Jugendhilfe und Eingliederungshilfe.....	55
8.2	Zuständigkeitsabgrenzung innerhalb der Rentenversicherung	55
8.3	Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX	56
9.	Mitwirkung des Leistungsberechtigten	58
9.1	Umfang der Mitwirkungspflichten	58
9.1.1	Aufklärung des Sachverhalts	58
9.1.2	Teilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Teilhabe am Arbeitsleben.....	59
9.2	Grenzen der Mitwirkung	59
9.3	Folgen fehlender Mitwirkung.....	60

9.3.1 Verzögerung oder Verhinderung der Sachaufklärung	60
9.3.2 Nichtteilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Teilhabe am Arbeitsleben	60
10. Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe	62
10.1 Persönliche Voraussetzungen	62
10.1.1 Erwerbsfähigkeit.....	63
10.1.2 Krankheit oder Behinderung.....	63
10.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen.....	63
10.2.1 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen für alle Leistungen zur Teilhabe	64
10.2.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen nur für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Prävention.....	65
10.2.3 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen nur für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	67
10.3 Ausschluss von Leistungen zur Teilhabe.....	67
10.4 Wiederholung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	69
LÖSUNGEN DER AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG	72
Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	76
Verfügbare Texte der Studententext-Reihe	77
Impressum	79

1. Zweck der Leistungen zur Teilhabe

LERNZIEL

- Sie können das gegliederte Organisationssystem zur Rehabilitation bzw. Teilhabe in Deutschland beschreiben und den Zweck der Leistungen zur Teilhabe erläutern.

1.1 Rehabilitationssystem in Deutschland

Deutschland besitzt ein hoch entwickeltes Rehabilitationssystem, mit dem Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen möglichst dauerhaft in die Gesellschaft und damit in das Arbeitsleben integriert werden können. Die Betroffenen sollen möglichst umfassend am Berufsleben und am Leben in der Gesellschaft teilhaben. Dieser Teilhabegedanke hat dazu geführt, dass der Gesetzgeber den Begriff „Rehabilitation“ seit 1.7.2001 überwiegend durch „Teilhabe“ ersetzt hat. Allerdings wird der Rehabilitationsbegriff unter anderem im medizinischen und organisatorischen Bereich weiter verwendet.

Die Leistungen zur Teilhabe werden dezentral von den einzelnen Sozialleistungsträgern (z.B. Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Agenturen für Arbeit) entsprechend ihren vom Gesetzgeber festgelegten Aufgaben und Zuständigkeiten ausgeführt. Aufgrund dieser Aufgabenverteilung besteht in Deutschland ein gegliedertes Organisationssystem für Leistungen zur Rehabilitation bzw. Teilhabe. Regelungen über Leistungen und Hilfen zur gesellschaftlichen und beruflichen Integration von Menschen mit (gegebenenfalls drohenden) Behinderungen, die von verschiedenen Rehabilitationsträgern erbracht werden, sind einheitlich im SGB IX zusammengefasst. Darüber hinaus sind für die gesetzliche Rentenversicherung die speziellen Vorschriften des SGB VI zu beachten.

1.1.1 Dezentralisierung durch historische Entwicklung

Bereits seit Einführung der deutschen Rentenversicherung vor über hundert Jahren durch das Gesetz über Invaliditäts- und Alterssicherung von 1889 gehört es zu den Aufgaben der Rentenversicherungsträger, bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch Leistungen zur Rehabilitation (damals „Heilverfahren“) eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Möglichkeit abzuwenden. Diese Aufgabe wurde 1911 in die Reichsversicherungsordnung (RVO) übernommen, die bis 1991 Rechtsgrundlage für die Durchführung der Rehabilitation in der damaligen Arbeiterrentenversicherung gewesen ist. Von den Anfängen der Rentenversicherung bis heute haben Gesetzgeber und Selbstverwaltungsorgane der Rentenversicherungsträger die Rehabilitation zielgerichtet der aktuellen Situation und den jeweiligen Bedürfnissen der Versicherten angepasst und weiterentwickelt (§ 6 Abs. 2 SGB IX).

Parallel zur Rentenversicherung wurde der Rehabilitationsgedanke frühzeitig auch in anderen Bereichen der sozialen Sicherung in die Praxis umgesetzt. Das gilt besonders für die Unfallversicherung, Kriegsopferversorgung (ab 2024 „Soziale Entschädigung“) und Krankenversicherung.

Nach Einführung der Arbeitslosenversicherung (1927) wurde in diesem Bereich die Berufsförderung als Rehabilitationsaufgabe durchgeführt. Später wurden die Alterssicherung der Landwirte sowie die Eingliederungshilfe (bzw. Sozialhilfe) und Jugendhilfe als weitere Sozialleistungsbereiche für Rehabilitationsaufgaben mit eingebunden. Aus der zum 1.1.2005 neu eingeführten Grundsicherung für Arbeitsuchende („Hartz IV“) kommen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als Leistungen zur Eingliederung in Arbeit nach § 16 Abs. 1 SGB II in Betracht.

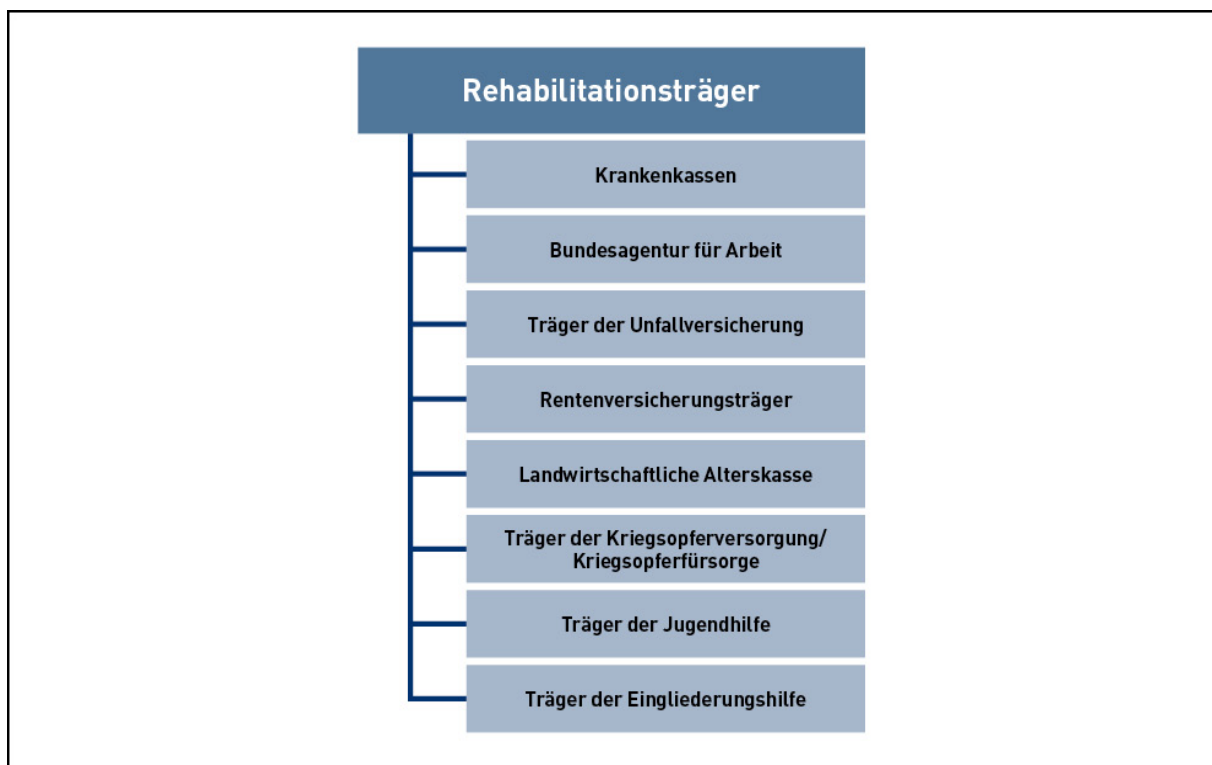
Um trotz der historisch gewachsenen Dezentralisierung und Spezialisierung der Rehabilitationsträger ein gleichartiges Leistungsspektrum zu gewährleisten, sind gemeinsame gesetzliche Grundsätze für die Leistungserbringung und die Notwendigkeit der Zusammenarbeit geschaffen worden (zunächst 1974 durch das RehaAnglG). Eine weitere Harmonisierung und Modernisierung des Rehabilitationsrechts erfolgte zum 1.7.2001 durch das SGB IX, das zum 1.1.2018 eine völlige Neufassung erhielt. Die Schaffung eines zentralen Rehabilitationsträgers ist mit dem SGB IX nicht verbunden.

1.1.2 Rehabilitationsträger

Die Leistungsträger, die die Rehabilitation bzw. Teilhabe in Deutschland nach einheitlichen Verfahrensgrundsätzen und mit angeglichenen Leistungen durchführen, sind in § 6 Abs. 1 SGB IX festgelegt.

Welche Körperschaften, Anstalten und Behörden im aktuell geltenden Recht zu den Rehabilitationsträgern im Sinne des SGB IX gehören, ist aus der nachfolgenden Abbildung 1 im Überblick dargestellt.

Abbildung 1: Rehabilitationsträger in Deutschland



Zu den **Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung** gehören gemäß § 21 SGB I:

- Ortskrankenkassen,
- Betriebskrankenkassen,
- Innungskrankenkassen,
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Krankenkasse,
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (Bereich Krankenversicherung),
- Ersatzkassen.

Private Krankenversicherungsunternehmen gehören nicht zu den Rehabilitationsträgern im vorstehenden Sinne.

Die in § 6 Abs. 1 SGB IX bereits konkret genannte **Bundesagentur für Arbeit** ist über ihre örtlichen Agenturen für Arbeit im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowohl Rehabilitationsträger der Arbeitsförderung („Arbeitslosenversicherung“) nach dem SGB III als auch Rehabilitationsträger der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II. Für den letztgenannten Bereich ergibt sich die Trägerschaft aus § 6 Abs. 3 SGB IX. Innerhalb der Grundsicherung kann anstelle der Bundesagentur für Arbeit auch ein zugelassener kommunaler Träger nach § 6a SGB II oder eine gemeinsame Einrichtung nach § 44b SGB II zuständig sein.

Zu den **Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung** gehören gemäß § 22 SGB I im Wesentlichen:

- Gewerbliche Berufsgenossenschaften,
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft,
- Unfallversicherung Bund und Bahn,
- Unfallkassen insbesondere der Feuerwehr sowie der Länder und Kommunen.

Zu den **Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung** gehören gemäß § 23 SGB I:

- Regionalträger der allgemeinen Rentenversicherung (z. B. Deutsche Rentenversicherung Nord),
- Deutsche Rentenversicherung Bund,
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Träger der Alterssicherung der Landwirte ist gem. § 23 SGB I die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Alterskasse.

Zu den **Trägern der Kriegsopferversorgung** und sonstigen sozialen Entschädigung gehören gemäß § 24 SGB I:

- Versorgungsämter,
- Landesversorgungsämter,
- Orthopädische Versorgungsstellen,
- Kreise und kreisfreie Städte,
- Hauptfürsorgestellen.

Hinweis: Die Träger der Kriegsopferversorgung/Kriegsopferfürsorge werden nach dem Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts ab 2024 in „Träger der Sozialen Entschädigung“ umbenannt.

Die **Träger der öffentlichen Jugendhilfe** werden durch Landesrecht bestimmt. Für die Wahrnehmung der Aufgaben errichtet jeder örtliche Träger ein Jugendamt und jeder überörtliche Träger ein Landesjugendamt (§ 69 SGB VIII).

Die **Träger der Eingliederungshilfe** werden ebenfalls durch Landesrecht bestimmt. Dabei können sich die Länder auch selbst oder Kommunen in ihrem Bereich benennen (§ 94 SGB IX). Für die Übergangszeit vom 1.1.2018 bis 31.12.2019 traten als Rehabilitationsträger die Träger der Sozialhilfe an die Stelle der Träger der Eingliederungshilfe, soweit sie zur Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach § 8 Nr. 4 SGB XII bestimmt sind (§ 241 Abs. 8 SGB IX).

1.1.3 Verbände der Rehabilitationsträger

Zur Abwicklung trägerübergreifender Aufgaben, z. B. der Zusammenarbeit, Abstimmungen, Vereinbarungen oder zur einheitlichen Rechtsanwendung, sind die Rehabilitationsträger in Verbänden zusammengeschlossen, die auf Bundesebene, aber zum Teil auch auf Landesebene arbeiten. Derartige Verbände sind unter anderem:

- Deutsche Rentenversicherung Bund,
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
- Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.

Die Spitzenverbände sind wiederum mit anderen Organisationsbereichen in der **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)** zusammengeschlossen (§ 39 SGB IX).

1.2 Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe

Das Recht auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gehört zum festen Bestandteil der sozialen Sicherung in Deutschland. Wegen ihrer besonderen Bedeutung ist die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen als soziales Recht im Allgemeinen Teil des SGB festgelegt und näher beschrieben (§§ 2 bis 10 SGB I). Soziale Rechte dienen der Erfüllung der Aufgaben des Sozialgesetzbuchs, also der Gewährleistung von Sozialleistungen zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit. In diesem Sinne haben Versicherte der Sozialversicherung unter anderem ein Recht auf die notwendigen Leistungen zum Schutz, zur Besserung und Wiederherstellung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit sollen vermieden oder vermindert werden.

1. Zweck der Leistungen zur Teilhabe

Aus dem sozialen Recht auf Teilhabe können Ansprüche aber nur dann hergeleitet werden, wenn die Voraussetzungen und Leistungen in den maßgebenden Rechtsvorschriften der jeweiligen Träger näher bestimmt sind. So ergeben sich in der Rentenversicherung Anspruch und Umfang der Teilhabeleistungen im Wesentlichen aus den §§ 1 bis 89 SGB IX sowie den §§ 9 bis 31 SGB VI.

Im SGB IX sind Aufgaben und Zielsetzung der Teilhabe – und damit Sinn und Zweck der hierfür vorgesehenen Leistungen – genauer beschrieben (§§ 1 und 4 SGB IX).

Danach lassen sich die Leistungen zur Teilhabe folgendermaßen definieren:

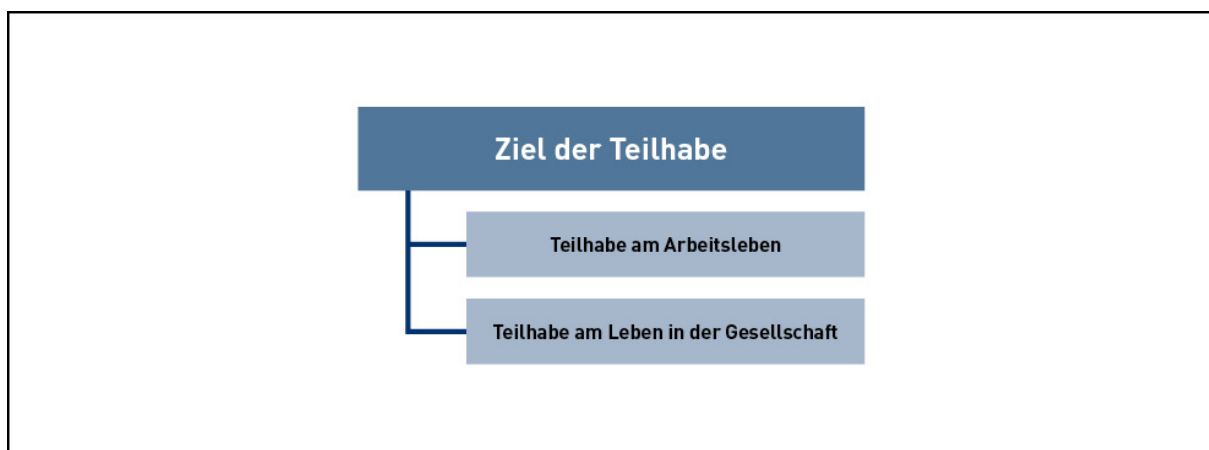
Leistungen zur Teilhabe sind alle Maßnahmen und Hilfen, mit denen bei Menschen mit körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft – einschließlich der Teilhabe am Arbeitsleben – gefördert oder gesichert wird.

Die Leistungen zur Teilhabe sollen Folgendes bewirken (§ 4 SGB IX):

- Abwendung, Beseitigung oder Minderung der Behinderung bzw. Verhütung ihrer Verschlimmerung oder Milderung ihrer Folgen,
- Vermeidung, Überwindung oder Minderung von Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit (oder Pflegebedürftigkeit) bzw. Verhütung einer Verschlimmerung oder Vermeidung von vorzeitigem Bezug anderer Sozialleistungen (z. B. Rente wegen Erwerbsminderung),
- Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben,
- Förderung der persönlichen Entwicklung und Ermöglichung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie der selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung.

Das eigentliche Ziel der Teilhabe ist demnach, Menschen mit Behinderung sowie von Behinderung bedrohte Menschen möglichst auf Dauer in das Arbeitsleben (Erwerbsleben) und in das Leben in der Gesellschaft zu integrieren (Abbildung 2).

Abbildung 2: Allgemeine Zielsetzung der Teilhabe



Durch die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben ist grundsätzlich bereits auch eine weitergehende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft mit eingeschlossen. Denn die Berufsausübung ist ein ganz wesentlicher Bestandteil des gesellschaftlichen Lebens. Außerdem hat die Integration in die Arbeitswelt regelmäßig die Einbeziehung in anderen sozialen Bereichen der Gesellschaft zur Folge. Da mit der Teilhabe am Arbeitsleben

1. Zweck der Leistungen zur Teilhabe

eine Teilhabe an der Gesellschaft verbunden ist, sind in einigen Sozialleistungsbereichen, z.B. in der Rentenversicherung, Leistungen allein zum Zwecke der Sozialen Teilhabe (§§ 113 ff. SGB IX) nicht vorgesehen. Derartige Leistungen sind aber aus der Unfallversicherung, Kriegsopferversorgung bzw. Kriegsopferfürsorge, Jugendhilfe und Eingliederungshilfe möglich.

Die Aufgabe (Zweck, Ziel) der Teilhabeleistungen innerhalb der Rentenversicherung entspricht weitgehend dem für alle Sozialleistungsbereiche geltenden Teilhabeziel. Bei der Frage der Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder Leistungsfähigkeit wird aber auf den rentenspezifischen Begriff der Erwerbsfähigkeit abgestellt (§§ 9, 10 SGB VI). Die Erwerbsfähigkeit ist auch das Kriterium, nach dem die Rentenansprüche wegen Erwerbsminderung geprüft werden (vgl. Abschnitt 10.1.1).

Das Eingliederungsziel bestimmt auch die Rangfolge zwischen Teilhabeleistung und Rentenleistung. Es gilt entsprechend § 9 SGB IX der Grundsatz „Teilhabeleistung vor Rente“ (vgl. Abschnitt 1.2.1). Darüber hinaus gilt im Bereich der Krankenversicherung zusätzlich das Prinzip „Teilhabeleistung vor Pflege“ (§ 11 Abs. 2 SGB V, § 31 SGB XI).

1.2.1 Grundsatz „Teilhabeleistung vor Rente“

Aus dem Rehabilitations- und Teilhabeziel leitet sich die Rangfolge zwischen Leistungen zur Teilhabe und Rente ab. Es gilt der Grundsatz „Teilhabeleistung vor Rente“ (früher auch „Rehabilitation vor Rente“). Der Vorrang der Teilhabeleistung ist von allen Rehabilitationsträgern zu beachten (§ 9 Abs. 2 SGB IX). Deshalb ist bei einem Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Entscheidung über den Rentenanspruch zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind (§ 9 Abs. 1 SGB IX). Wegen seiner besonderen Bedeutung ist der Vorrang der Leistungen zur Teilhabe gegenüber der Rentenleistung nochmals ausdrücklich in den Vorschriften der Rentenversicherung festgelegt (§ 9 Abs. 1 Satz 3 SGB VI).

Die Verwirklichung des Prinzips „Teilhabeleistung vor Rente“ wird in zahlreichen weiteren Regelungen der Rentenversicherung sichtbar:

- bei Anträgen auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erfolgt eine Prüfung, ob Teilhabeleistungen voraussichtlich (zur Abwendung des Rentenanspruchs) erfolgreich sind und gegebenenfalls das Anbieten solcher Leistungen (§ 115 Abs. 4 SGB VI),
- bei der Prüfung von Rentenansprüchen wegen Berufsunfähigkeit sind zumutbare Verweisungsberufe stets auch Tätigkeiten, für die der Versicherte mit Erfolg durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgebildet oder umgeschult wurde (§ 240 Abs. 2 SGB VI),
- bereits vorbeugende Erbringung von Leistungen zur Teilhabe bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit zur Abwendung von Rentenzahlungen (§ 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. a SGB VI),
- medizinische Präventionsleistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit, wenn erste gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden (§ 14 SGB VI),
- erleichterte versicherungsrechtliche Voraussetzungen bei vorliegender oder drohender Minderung der Erwerbsfähigkeit oder entsprechendem Rentenanspruch (§ 11 SGB VI).

1.2.2 Präventionsgedanke

Teilhabe im weiteren Sinne bedeutet heute nicht nur die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und damit die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben, sondern auch die

1. Zweck der Leistungen zur Teilhabe

Vorbeugung (Prävention) bei drohender Minderung der Leistungs- bzw. Erwerbsfähigkeit. Dass auch vorbeugende, also präventive Hilfen mit zu den Teilhabeleistungen gerechnet werden, wird bereits durch § 1 SGB IX bestätigt. Danach erhalten auch von Behinderung bedrohte Menschen Teilhabeleistungen nach dem SGB IX und den speziellen Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger. Die Einbeziehung von Leistungen zur Erhaltung der bisherigen Leistungsfähigkeit – also vorbeugende Leistungen – in das Rehabilitations- und Teilhaberecht ergibt sich außerdem unter anderem aus den allgemeinen Regelungen des SGB I sowie insbesondere aus § 3 SGB IX.

Prävention bedeutet Abwendung einer voraussichtlich später eintretenden Leistungsminderung durch vorbeugende Leistungen und damit die Vermeidung des Eintritts einer Behinderung bzw. eines vorzeitigen Rentenbezugs.

Die Prävention hat also für den Einzelnen den Vorteil, gesund und leistungsfähig zu bleiben bzw. eine Behinderung zu vermeiden. Außerdem liegt ihr der Gedanke zugrunde, dass es nutzbringender und kostengünstiger ist, die vorhandene Leistungsfähigkeit zu erhalten und nicht mit der medizinischen Leistung solange zu warten, bis der „Schadensfall“ (Verlust der Leistungsfähigkeit, Beginn der Behinderung) eingetreten ist. Durch das Präventionsgesetz von 2015 sind die Voraussetzungen für Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter und allen Lebensbereichen verbessert worden. Von diesem Gesetz betroffen sind vor allem die Krankenkassen.

Für die Rentenversicherung ist der Präventionsauftrag nicht nur im SGB IX, sondern auch in den §§ 9, 10 und 14 SGB VI enthalten:

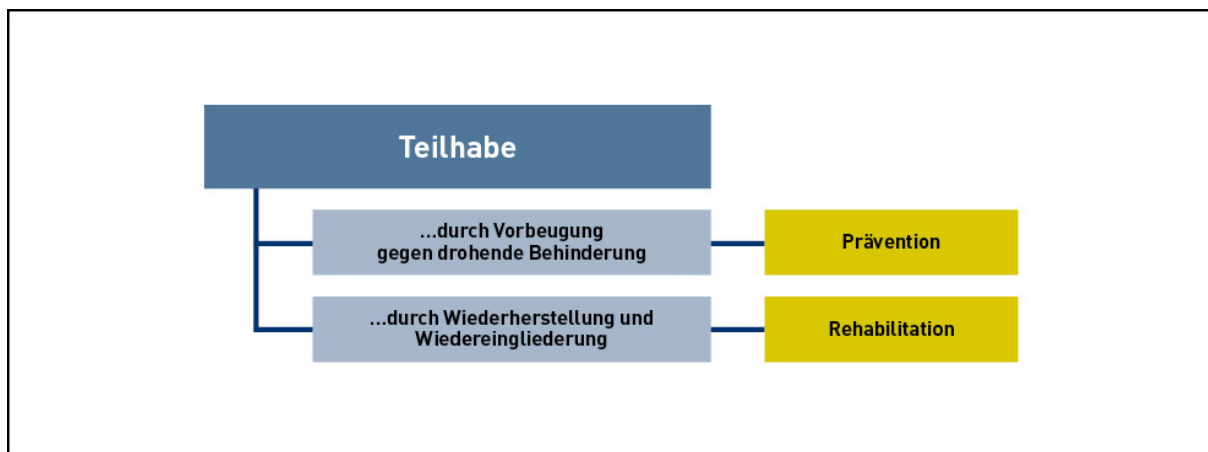
- a) Mit zu den Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe in der Rentenversicherung gehört es, vorbeugend den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken und dadurch ihre Beeinträchtigung oder das Ausscheiden des Versicherten aus dem Erwerbsleben zu verhindern (§ 9 Abs. 1 SGB VI). Der Inhalt dieser allgemeinen Regelung wird vor allem in § 10 SGB VI präzisiert.
- b) Die persönlichen, im Wesentlichen medizinischen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe sind auch dann erfüllt, wenn bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ihre Minderung (z. B. teilweise Erwerbsminderung) voraussichtlich abgewendet werden kann (§ 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. a SGB VI). In diesen Fällen sind Teilhabeleistungen zur Erhaltung der bisherigen Erwerbsfähigkeit – und damit präventiv – möglich.
- c) Als Leistungen zur Prävention haben die Träger der Rentenversicherung medizinische Leistungen auch für Versicherte zu erbringen, bei denen erste gesundheitliche Beeinträchtigungen vorhanden sind, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden (§ 14 Abs. 1 SGB VI).

1.2.3 Rehabilitations- und Teilhabegedanke

Der Rehabilitation im ursprünglichen Sinn liegt der Gedanke zugrunde, dass nach bereits eingetretener Gesundheitseinbuße bzw. nach bereits eingeschränkter oder verllorener Leistungsfähigkeit der Betroffene durch Leistungen in den alten (gesunden) Zustand zurückgeführt wird (Prinzip der Wiederherstellung). Dieser Gedanke schließt die erstmalige Eingliederung von Menschen mit Behinderungen mit ein. Nach heutigem Verständnis ist mit der medizinischen und beruflichen Rehabilitation die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft gemeint. Zu beachten ist dabei, dass die Leistungen zur Teilhabe vorbeugend die Prävention mit einbeziehen (vgl. auch Abbildung 3).

1. Zweck der Leistungen zur Teilhabe

Abbildung 3: Der Präventions- und Rehabilitationsgedanke



1.2.4 Volkswirtschaftliche Bedeutung der Rehabilitation bzw. Teilhabe

Das bereits beschriebene Ziel der Rehabilitation bzw. Teilhabe ist aus folgenden Gründen für die Volkswirtschaft von wesentlichem Nutzen:

- höherer Konsum (verstärkte Güternachfrage) des Betreuten durch seine berufliche Eingliederung (aus den daraus bezogenen Arbeitseinkünften ergibt sich als Folge eine Erhöhung der Produktion),
- stärkere Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz,
- weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten (Arbeitsunfähigkeit) am Arbeitsplatz,
- Angebot qualifizierter Arbeitnehmer für den Arbeitsmarkt nach erfolgreicher Aus- und Weiterbildung,
- Abwendung von Arbeitslosigkeit oder Berufslosigkeit,
- Ausgabenminderung der Sozialleistungsträger, z. B. Einsparung von Renten, Krankengeld, Behandlungskosten, Arbeitslosengeld, Pflegekosten, Sozialhilfe,
- Einnahmensteigerung der Sozialleistungsträger, z. B. Einzug von Pflichtbeiträgen zur Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung,
- höhere Steuereinnahmen infolge Berufstätigkeit,
- zusätzliche medizinische, verwaltungsmäßige und gewerbliche Einrichtungen mit den entsprechenden weiteren Arbeitsplätzen in den Rehabilitationsorten, z. B. Rehabilitations-Kliniken, Berufsförderungswerke, Fremdenverkehrsgewerbe, Gastronomie, Verkaufsläden,
- Steigerung des Bruttoinlandsprodukts, das heißt der Geldsumme der produzierten Güter und erbrachten Dienstleistungen in Deutschland.

ZUSAMMENFASSUNG

- In Deutschland hat sich ein gegliedertes Organisationssystem zur Rehabilitation bzw. Teilhabe mit verschiedenen Rehabilitationsträgern entwickelt. Als Rehabilitationsträger bestimmt das SGB IX: Krankenkassen, Bundesagentur für Arbeit, Unfallversicherungsträger, Rentenversicherungsträger, landwirtschaftliche Alterskasse, Träger der Kriegsopferversorgung/Kriegsopferfürsorge, Träger der Jugendhilfe und Eingliederungshilfe. Wegen der besonderen Bedeutung ist das Recht auf Teilhabe als soziales Recht im Sozialgesetzbuch verankert.

1. Zweck der Leistungen zur Teilhabe

- Die Leistungen zur Teilhabe sind Hilfen, mit denen bei Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft einschließlich der Teilhabe am Arbeitsleben gefördert wird.
- Aus dem Rehabilitations- und Teilhabeziel leitet sich der Grundsatz ab: „Teilhabeleistung vor Rente.“
- Mit den Teilhabeleistungen soll hauptsächlich eine Behinderung abgewendet, beseitigt bzw. gemindert oder eine Milderung ihrer Folgen erreicht werden. Hierdurch ergeben sich positive Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit und bezüglich der Zahlung vorzeitiger anderer Sozialleistungen (z. B. Frühverrentung kann vermieden werden).
- Neben dem ursprünglichen Rehabilitationsgedanken, der auf die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit abzielt, liegt dem Teilhabeziel auch der Präventionsgedanke, das heißt die Vorbeugung gegen drohende Leistungseinschränkung, zugrunde. Die realisierte Teilhabe ist nicht nur für den Betroffenen selbst, sondern auch für die Volkswirtschaft von Nutzen.

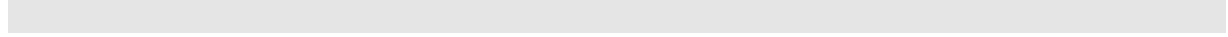
AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

1. Was versteht man allgemein unter dem gegliederten Rehabilitationssystem in Deutschland?
2. Zählen Sie acht Rehabilitationsträger (Oberbegriffe) auf.

Rehabilitationsträger

1. Zweck der Leistungen zur Teilhabe

3. Nennen Sie die Aufgabe (Ziel, Zweck) der Leistungen zur Teilhabe.
4. Beschreiben Sie die wirtschaftliche Bedeutung der erfolgreichen Teilhabe für die Rehabilitationsträger (zwei Aspekte).



2. Teilhabeleistungen der Rentenversicherung

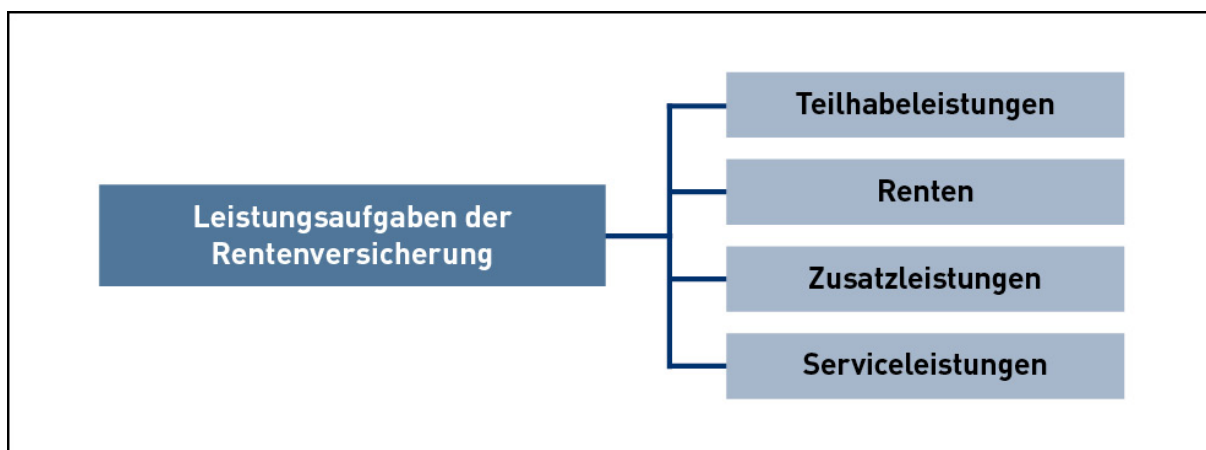
LERNZIELE

- Sie können den Unterschied zwischen Ermessens- und Pflichtleistungen erläutern und die Leistungsarten zur Teilhabe benennen.
- Sie können die rechtlichen Grundlagen für die Erbringung von Teilhabeleistungen aufzählen.

2.1 Teilhabeleistungen als Aufgabe der Rentenversicherung

Die Verwirklichung des sozialen Rechts auf Teilhabe ist den Rentenversicherungsträgern vom Gesetzgeber als Aufgabe auferlegt worden (§ 23 in Verbindung mit § 29 Abs. 2 SGB I). Danach können Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Nachsorge sowie sonstige Leistungen zur Teilhabe einschließlich wirtschaftlicher Hilfen (z. B. Übergangsgeld) in Anspruch genommen werden. In dem speziellen Recht der Rentenversicherung (SGB VI) sind die Leistungen zur Teilhabe als eine der Leistungsaufgaben dieses Sozialbereichs geregelt (siehe auch Abbildung 4).

Abbildung 4: Leistungsaufgaben der Rentenversicherung



2.2 Gliederung der Aufgaben in Ermessens- und Pflichtleistungen

Die Aufgaben der Sozialleistungsträger – und damit auch der Rentenversicherungsträger – sind in Ermessens- und Pflichtleistungen unterteilt (§§ 38 bis 40 SGB I).

Bei den Ermessensleistungen hat der Gesetzgeber nicht zwingend vorgeschrieben, dass unter bestimmten Voraussetzungen „automatisch“ ein bestimmter Anspruch besteht. Die Versicherungsträger sind vielmehr ermächtigt, bei der Entscheidung über die Sozialleistungen nach ihrem pflichtgemäßen Ermessen zu handeln.

Ein solches Ermessen wird eingeräumt, wenn im Gesetz geregelt ist, dass der Versicherungsträger die betreffende Leistung erbringen kann, darf oder soll. Diese Formulierungen verpflichten nicht zu Leistungen, sondern ermächtigen dazu. Im allgemeinen Sprachgebrauch werden Ermessensleistungen deshalb auch als „Kann-Leistungen“ bezeichnet. Sofern Leistungen erbracht werden „sollen“, ist das Ermessen des Trägers stark

eingeschränkt (in Richtung „müssen“). Nur in besonders begründeten Ausnahmefällen wird dann von einer Leistungsgewährung abgesehen werden können.

Für die Ermessensleistungen gilt allgemein folgende Definition:

Ermessensleistungen sind diejenigen Leistungen, auf die zwar kein gesetzlicher Anspruch besteht, die aber aufgrund gesetzlicher Ermächtigung vom Leistungsträger nach dem zugebilligten eigenen Ermessen erbracht werden können.

Von dem eingeräumten Ermessen muss der Leistungsträger gewissenhaft Gebrauch machen. Diese Verpflichtung zur „pflichtgemäßen Ausübung des Ermessens“ ist gesetzlich vorgeschrieben (§ 39 SGB I). Dabei hat der Leistungsträger sein Ermessen entsprechend dem Zweck der Ermächtigung auszuüben und die gesetzlich vorgegebenen Grenzen des Ermessens einzuhalten. Wird das Ermessen nicht in dieser Weise wahrgenommen, liegt Ermessens Fehlgebrauch oder Ermessensnichtgebrauch vor. Das zugestandene Ermessen darf also nicht zu Willkür oder Ungleichbehandlung führen.

Ermessensleistungen sind vom Gesetzgeber dann vorgesehen, wenn eine möglichst konkrete und zweckmäßige Anpassung der Rechtsanwendung an die besonderen Umstände des Einzelfalls sichergestellt werden soll, z. B. in einigen Bereichen der Leistungen zur Teilhabe. Ein Anspruch auf Ermessensleistungen besteht grundsätzlich erst mit der Bekanntgabe der Entscheidung, also des Bescheides (= Verwaltungsakt) an den Betroffenen (§ 40 Abs. 2 SGB I).

Pflichtleistungen sind dagegen Leistungen, die dem Leistungsträger ohne eigenen Ermessensspielraum vom Gesetzgeber vorgeschrieben werden. Der Anspruch auf Pflichtleistungen besteht, sobald die im Gesetz bestimmten Voraussetzungen vorliegen (§ 40 Abs. 1 SGB I). Der Anspruch auf Pflichtleistungen entsteht demnach unabhängig vom Tätigwerden der Verwaltung, das heißt beim Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen.

Für Pflichtleistungen gilt somit folgende Definition:

Pflichtleistungen sind diejenigen Sozialleistungen, auf die ein Anspruch besteht, sobald die im Gesetz aufgeführten Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Typische Pflichtleistungen aus der Rentenversicherung sind die Renten. Auf sie hat der Versicherte nach den jeweiligen Vorschriften über die einzelnen Rentenarten – die kein Ermessen enthalten – dem Grunde nach einen Rechtsanspruch (Stammrecht), sofern die vorgeschriebenen Voraussetzungen erfüllt sind.

Auch die Teilhabeleistungen der Rentenversicherung sind überwiegend Pflichtleistungen. So sind Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation (einschließlich Kinderrehabilitation), zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Nachsorge sowie sie ergänzende Leistungen bei Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ohne Ermessen zu erbringen (§ 9 SGB VI).

In einigen Bereichen, in denen es im Wesentlichen um das „Wie“ der Leistungen geht, ist vom Gesetzgeber jedoch ein Ermessungsspielraum eingeräumt. Durch den hiermit gegebenen Handlungsspielraum ist es dem Versicherungsträger möglich, besonders wirksame und individuelle Hilfen zu erbringen und diese schnell den sich ändernden Gegebenheiten anzupassen.

Die Tatsache, dass für die Leistungen zur Teilhabe in der Rentenversicherung in bestimmten Fällen ein Ermessen vorgesehen ist, ergibt sich aus verschiedenen Regelungen des SGB VI und SGB IX (vgl. Tabelle 1).

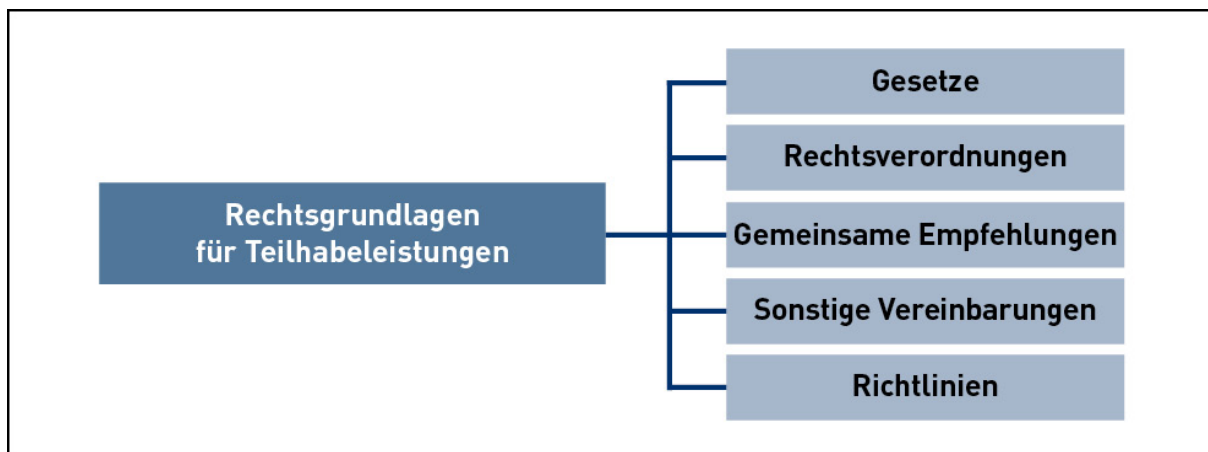
Tabelle 1: Regelungen über eingeräumtes Ermessen der Rentenversicherungsträger bei Leistungen zur Teilhabe

Vorschrift	Ermessensregelung
§ 13 Abs. 1 SGB VI (Leistungsumfang)	Der Rentenversicherungsträger bestimmt im Einzelfall Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen und die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen .
§ 31 SGB VI (Sonstige Leistungen)	Als sonstige Leistungen zur Teilhabe können erbracht werden ...
§ 28 SGB IX (Ausführung von Leistungen)	Der zuständige Rehabilitationsträger kann Leistungen zur Teilhabe allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern ... ausführen.
§ 31 SGB IX (Leistungsort)	Sach- und Dienstleistungen können auch im Ausland erbracht werden.
§ 44 SGB IX (Stufenweise Wiedereingliederung)	Im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung sollen die medizinischen und ergänzenden Leistungen erbracht werden.
§ 50 SGB IX (Leistungen an Arbeitgeber)	Zur Teilhabe am Arbeitsleben können die Rehabilitationsträger auch Leistungen an Arbeitgeber erbringen.
§ 53 SGB IX (Dauer von Leistungen)	Eine Förderung von Leistungen kann darüber hinaus erfolgen, wenn besondere Umstände dies rechtfertigen. Leistungen zur beruflichen Weiterbildung sollen in der Regel bei ganztägigem Unterricht nicht länger als zwei Jahre andauern.

2.3 Rechtliche Grundlagen für die Erbringung der Leistungen

Da das Rehabilitationssystem gegliedert ist (verschiedene Rehabilitationsträger) und die Leistungen zur Teilhabe teilweise auch im Ermessen der Sozialleistungsträger liegen, wurden über die zum Teil allgemein gehaltenen Gesetzesvorschriften hinaus weitere Rechtsgrundlagen zur zügigen und sachgerechten Leistungserfüllung notwendig (vgl. auch Abbildung 5). Diese weiteren Regelungen – neben Gesetzen und Rechtsverordnungen – sind überwiegend von den Rehabilitationsträgern im Rahmen der ihnen übertragenen Selbstverwaltung geschaffen worden.

Abbildung 5: Rechtliche Grundlagen für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe



2.3.1 Gesetze

Rechtliche Hauptgrundlage für die Erbringung der Leistungen zur Teilhabe sind die sie betreffenden Gesetzesvorschriften. Für die Rentenversicherung haben in diesem Zusammenhang im Wesentlichen folgende Gesetze Bedeutung:

- Sozialgesetzbuch I (SGB I) – z. B. Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten,
- Sozialgesetzbuch V (SGB V) – mit Regelungen der Krankenversicherung, die auch für die Rentenversicherung bedeutend sind (z. B. § 40 Abs. 4 SGB V für den Vorrang der Rentenversicherung bei medizinischer Rehabilitation),
- Sozialgesetzbuch VI (SGB VI) – mit den speziellen Regelungen zum Rehabilitations- und Teilhaberecht in der Rentenversicherung (insbesondere §§ 9 bis 32, 116 SGB VI),
- Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) – mit dem übergeordneten Rehabilitations- und Teilhaberecht, das für mehr als einen Rehabilitationsträger von Bedeutung ist (§§ 1 bis 89 SGB IX),
- Sozialgesetzbuch X (SGB X) – z. B. Verwaltungsverfahren, Fristberechnungen, Erstattungsansprüche.

2.3.2 Rechtsverordnungen

Rechtsverordnungen haben die gleiche rechtliche Wirkung wie Gesetze, werden aber nicht von der gesetzgebenden Gewalt (insbesondere Bundestag, Bundesrat), sondern von der ausführenden (exekutiven) Gewalt – z. B. Bundesregierung, Bundesministerium für Arbeit und Soziales – erlassen. Um einen Tatbestand durch Rechtsverordnung regeln zu können, bedarf es aufgrund des Rechtsstaatsprinzips einer gesetzlichen Ermächtigung (sogenannte Verordnungsermächtigung). Eine Rechtsverordnung darf keine neuen Leistungstatbestände schaffen, sondern nur die bereits im Gesetz bestehenden Verpflichtungen oder Ermächtigungen im Einzelnen näher ausgestalten bzw. präzisieren.

Im Rehabilitations- und Teilhaberecht gibt es z. B. entsprechende Verordnungsermächtigungen in den §§ 27, 30, 48, 49 und 89 SGB IX. In der Vergangenheit hat die Bundesregierung – mit Zustimmung des Bundesrats – von einer die Rentenversicherung betreffenden Verordnungsermächtigung Gebrauch gemacht und zur Leistungsangleichung bei den einzelnen Rehabilitationsträgern die Kraftfahrzeughilfe-Verordnung (KfzHV) erlassen (vgl. Abschnitt 6.2.1).

2.3.3 Gemeinsame Empfehlungen

Als untergesetzliche Regelungen sind nach dem SGB IX Gemeinsame Empfehlungen durch die Rehabilitationsträger vorgesehen (insbesondere gem. §§ 26 und 37 SGB IX). Durch sie sollen zum Teil sehr allgemein gehaltene gesetzliche Vorschriften präzisiert und ein einheitliches Rehabilitationsverfahren gewährleistet werden. Seit dem Jahr 2003 erfüllen die Rehabilitationsträger innerhalb des Rahmens der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) den Auftrag des Gesetzgebers, entsprechende Gemeinsame Empfehlungen zu vereinbaren. Unter anderem sind folgende Gemeinsame Empfehlungen in Kraft getreten:

Beispiele:

- Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ (mit Zuständigkeitsklärung),
- Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“,
- Gemeinsame Empfehlung „Prävention“,
- Gemeinsame Empfehlung „Teilhabe am Arbeitsleben“,
- Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“.

2.3.4 Sonstige Vereinbarungen

Um den gesetzlich vorgeschriebenen Leistungsauftrag zur Teilhabe zügig und sachgerecht erfüllen zu können, treffen die Rehabilitationsträger der verschiedenen Sozialleistungsbereiche genauere Regelungen auch durch sonstige Vereinbarungen. Diese müssen sich streng an den durch Gesetz, Rechtsverordnung (oder Verwaltungsvorschriften) vorgegebenen Rahmen halten.

Beispiele:

- Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining,
- Rahmenempfehlung zur ambulanten onkologischen Rehabilitation,
- Rahmenempfehlung zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation,
- Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“.

2.3.5 Richtlinien

Ähnlich wie Gemeinsame Empfehlungen oder sonstige Vereinbarungen haben auch die von den einzelnen Rehabilitationsträgern erstellten Richtlinien den Zweck, den gesetzlichen Leistungsauftrag zur Teilhabe zügig und sachgerecht umzusetzen. Die Richtlinien müssen sich gleichfalls streng an den durch Gesetz oder Rechtsverordnung (bzw. Verwaltungsvorschriften) vorgegebenen Rahmen halten.

2. Teilhabeleistungen der Rentenversicherung

Im Gegensatz zu den Gemeinsamen Empfehlungen gelten die Richtlinien in der Regel nur für einen Sozialleistungsbereich. Die Richtlinien sind entweder von der Selbstverwaltung der Versicherungsträger als autonomes, das heißt selbstgesetztes Recht (z. B. wenn die Richtlinien von der Vertreterversammlung bzw. Bundesvertreterversammlung als Legislativorgan gemäß § 33 Abs. 1 SGB IV beschlossen wurden) oder aber von der Verwaltung der Deutschen Rentenversicherung erlassen (z. B. bezüglich des § 32 Abs. 4 SGB VI). Die für die Rentenversicherung wichtigen Richtlinien betreffen entweder das gesamte Rehabilitations- und Teilhaberecht oder Teilbereiche davon wie die Befreiung von der Zuzahlung und die sonstigen Leistungen zur Teilhabe. Für die Leistungen zur Prävention, Kinderrehabilitation und Nachsorge waren bis 1.7.2018 im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch die Deutsche Rentenversicherung Bund gemeinsame Richtlinien für alle Rentenversicherungsträger zu erlassen (§ 14 Abs. 2, § 15a Abs. 5 und § 17 Abs. 2 SGB VI). Diesem Gesetzesauftrag ist die Rentenversicherung durch die gemeinsamen Richtlinien vom 28.6.2018 nachgekommen, die jeweils ab 1.7.2018 für nach dem 30.6.2018 gestellte Anträge gelten.

2.4 Arten der Teilhabeleistungen

Unter Beachtung der rechtlichen Grundlagen (vgl. Abschnitt 2.3) erbringen die Rentenversicherungsträger die verschiedenen Arten von Leistungen zur Teilhabe. Dabei sind Einschränkungen hinsichtlich des Umfangs und des Orts der Leistungen zu beachten.

Die Hauptleistungen zur Erfüllung des eigentlichen Rehabilitations- und Teilhabeauftrags sind für die Rentenversicherung in § 9 Abs. 1 SGB VI aufgeführt. Hierbei handelt es sich um:

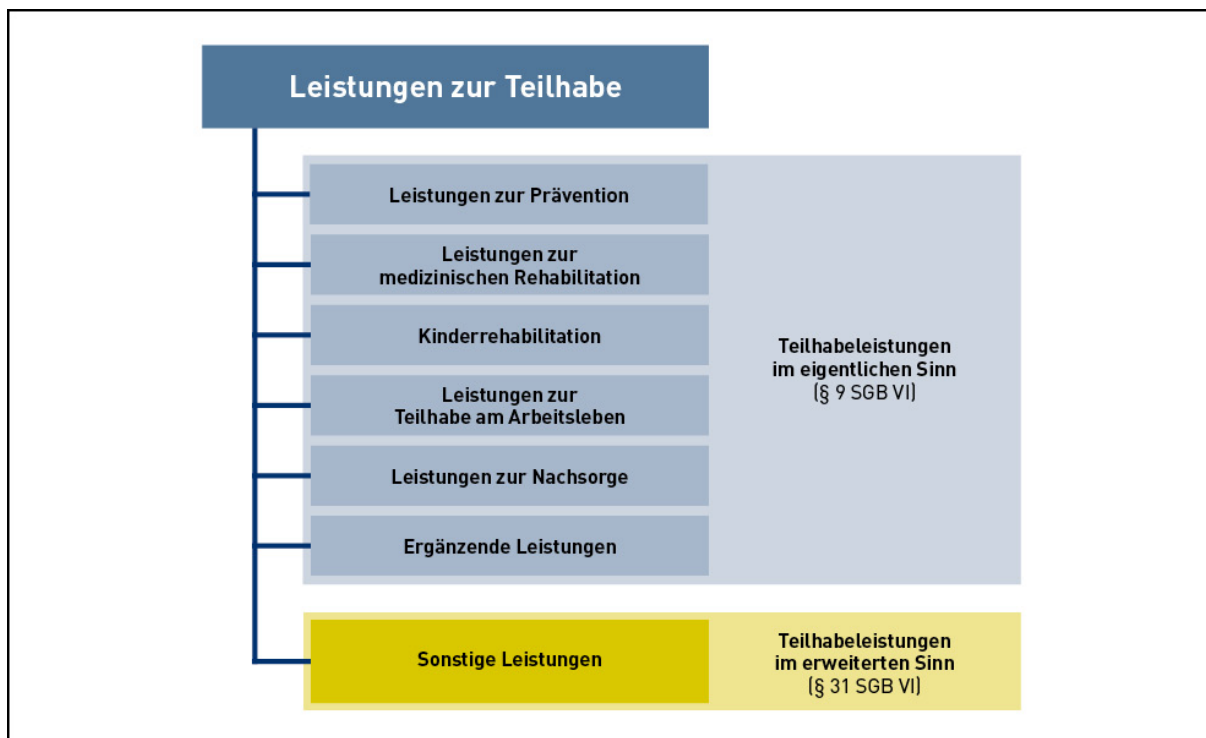
- Leistungen zur Prävention (§ 14 SGB VI, § 3 SGB IX),
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI, §§ 42 bis 47a SGB IX),
- Leistungen zur Kinderrehabilitation (§ 15a SGB VI),
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 16 SGB VI, §§ 49 bis 63 SGB IX),
- Leistungen zur Nachsorge (§ 17 SGB VI),
- Ergänzende Leistungen (§§ 20 ff. SGB VI, §§ 64 bis 74 SGB IX).

Darüber hinaus können von der Rentenversicherung zusätzlich noch sonstige Leistungen zur Teilhabe erbracht werden (§ 31 SGB VI). Durch sie wird der Teilhabegedanke über die eigentliche Bedeutung hinaus erweitert, z. B. durch onkologische Nachsorgeleistungen, und zwar auch an Altersrentner und Angehörige.

Die außerdem im SGB IX (§ 5) festgelegten Leistungen zur Teilhabe an Bildung (§ 75 SGB IX) und Leistungen zur Sozialen Teilhabe (§§ 76 ff. SGB IX) haben für die Rentenversicherung keine Bedeutung, sondern betreffen hauptsächlich die Träger der Kriegsopferversorgung/-fürsorge, Jugendhilfe und Eingliederungshilfe.

Vorgesehene Leistungen zur Teilhabe werden auf Antrag des Berechtigten auch durch ein Persönliches Budget (§ 29 SGB IX) ausgeführt, auf das der Antragsteller einen Rechtsanspruch hat. Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistung – in begründeten Ausnahmen auch in Form von Gutscheinen – erbracht. Mit der Auszahlung des Persönlichen Budgets an den Leistungsberechtigten gilt der Anspruch gegenüber dem Rehabilitationsträger insoweit als erfüllt.

Abbildung 6: Die verschiedenen Leistungen zur Teilhabe in der Rentenversicherung



Im Einzelnen sind die Leistungen zur Prävention in Kapitel 3, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Kapitel 4, die Leistungen zur Kinderrehabilitation in Kapitel 5, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Kapitel 6 und die Leistungen zur Nachsorge in Kapitel 7 dieses Studientextes dargestellt. Näheres über die ergänzenden Leistungen finden Sie im Studientext Nr. 13 „Übergangsgeld“ und im Studientext Nr. 14 „Ergänzende und sonstige Leistungen, Zuzahlung“.

2.5 Umfang und Ort der Leistungen

Bei der Bestimmung und Ausführung der verschiedenen Leistungen zur Teilhabe sind allgemeine Grundsätze hinsichtlich des Leistungsumfangs und des Leistungsorts zu beachten (§§ 13 SGB VI, 31 SGB IX).

2.5.1 Leistungsumfang

Den Umfang der Leistungen zur Teilhabe bestimmt der zuständige Rentenversicherungsträger nach pflichtgemäßem Ermessen unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 13 Abs. 1 SGB VI). Der Begriff „Leistungsumfang“ umfasst auch Art, Dauer, Beginn und Ausführung der Leistungen sowie die Festlegung der Rehabilitationseinrichtung, beispielsweise auf eine bestimmte Schwerpunktlinik oder ein geeignetes Berufsförderungswerk.

Die gesetzlichen Regelungen über den Umfang der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation enthalten Leistungsbeschränkungen und Abgrenzungen gegenüber der Krankenversicherung (§ 13 Abs. 2 SGB VI). Von den Rentenversicherungsträgern werden grundsätzlich in folgenden Fällen keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht:

- in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit (lediglich während der Ausführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation auftretende Behandlungsbedürftigkeit – bei sogenannter interkurrenter Erkrankung – wird mitbehandelt),
- anstelle sonst erforderlicher Krankenhausbehandlung,
- die dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse nicht entsprechen.

Eine gewisse Begrenzung des Leistungsumfangs beinhalten außerdem die Regelungen über die zulässige Höhe der finanziellen Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe (§§ 220, 287b SGB VI).

2.5.2 Ort der Leistungen

Grundsätzlich werden Leistungen zur Teilhabe nur im Inland (also in Deutschland) erbracht (§ 31 SGB IX).

Im Ausland können Sachleistungen zur Teilhabe aber auch erbracht werden, wenn sie dort bei mindestens gleicher Qualität und Wirksamkeit wirtschaftlicher ausgeführt werden. Ferner dürfen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im grenznahen Ausland erbracht werden, wenn sie für die Aufnahme oder Ausführung einer Berufstätigkeit erforderlich sind. Die „Grenznähe“ lässt sich nicht anhand einer bestimmten Kilometerzahl festlegen. Örtlich wird das ausländische Gebiet als grenznah anzusehen sein, das noch im Einzugsbereich der Tagespendler liegt. Uneingeschränkte Wirkung hat § 31 SGB IX aber nur für das vertragslose Ausland, weil sich durch Europäisches Gemeinschaftsrecht und das Recht mit sonstigen Vertragsstaaten Erweiterungen bezüglich der Ausführung von Teilhabeleistungen im Ausland ergeben.

ZUSAMMENFASSUNG

- Zu den Leistungsaufgaben der Rentenversicherung gehört – neben Renten, Zusatzleistungen und Serviceleistungen – die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe. Die Teilhabeleistungen sind überwiegend Pflichtleistungen. So sind Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Nachsorge sowie sie ergänzende Leistungen bei Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ohne Ermessen zu erbringen. Lediglich wenn es um den Leistungsumfang (einschließlich Dauer, Ausführung und Festlegung der Rehabilitationseinrichtung), also um das „Wie“ der Leistungen geht, ist vom Gesetzgeber dem Rentenversicherungsträger ein Ermessungsspielraum eingeräumt. Hauptsächlich werden die Leistungen im Inland ausgeführt. Neben den eigentlichen Leistungen zur Erfüllung der Rehabilitations- und Teilhabeaufgabe kommen zusätzlich auch sonstige Leistungen zur Teilhabe (§ 31 SGB VI) in Betracht.
- Rechtliche Grundlagen für die Leistungen zur Teilhabe sind Gesetze (z. B. SGB I, VI und IX), Rechtsverordnungen (z. B. Kraftfahrzeughilfe-Verordnung), Gemeinsame Empfehlungen, sonstige Vereinbarungen und Richtlinien der Rehabilitationsträger. Ergänzende Regelungen (z.B. hinsichtlich des Orts der Leistung) können sich durch Europäisches Gemeinschaftsrecht und dem Recht mit sonstigen Vertragsstaaten ergeben.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

5. Erklären Sie den Begriff „Ermessensleistungen“.
6. Zählen Sie die fünf Hauptleistungen zur Teilhabe für den Bereich der Rentenversicherung auf.
7. Nennen Sie die fünf rechtlichen Grundlagen (Oberbegriffe) für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe.
8. Schildern Sie, unter welchen Voraussetzungen Leistungen zur Teilhabe im (vertragslosen) Ausland erbracht werden dürfen.

3. Leistungen zur Prävention

LERNZIELE

- Sie können den im allgemeinen Sprachgebrauch verwendeten Begriff der Prävention erklären.
- Sie können das Ziel der Prävention für den Bereich der Rentenversicherung benennen.

3.1 Begriff der Prävention

Der in den Sozialgesetzen nicht näher definierte Begriff der Prävention bedeutet im allgemeinen Sprachgebrauch „Vorbeugung“ bzw. „Zuvorkommen“. Als Präventionsleistung im Gesundheits- und Teilhabebereich wird jede Maßnahme bezeichnet, die eine Beeinträchtigung der Gesundheit (durch Krankheit, Behinderung, Unfall) verhindern oder verzögern kann bzw. weniger wahrscheinlich werden lässt.

Im Teilhaberecht werden verschiedene Typen der Prävention unterschieden. Insbesondere sind hier die Primär- und die Sekundärprävention von Bedeutung. Die Primärprävention ist ausschließlich auf den (noch) gesunden Menschen bezogen. Durch zielgerichtete Maßnahmen sollen die Gesundheit gefördert und Krankheiten durch Beseitigung eines oder mehrerer Faktoren verhütet werden, die ursächlich für eine Krankheitsentstehung sind. Die Sekundärprävention betrifft vor allem die Krankheitsfrüherkennung und nachfolgende Behandlung. Sie richtet sich gegen bereits erkennbare individuelle Gesundheitsrisiken.

Für die Rehabilitationsträger ist der Vorrang der Prävention in § 3 SGB IX und für den Bereich der Rentenversicherung nochmals ausdrücklich in § 9 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB VI festgelegt. Danach haben die Rehabilitationsträger darauf hinzuwirken, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird. Die Verpflichtung der Rehabilitationsträger zur Prävention vor Rehabilitation wird in weiteren Vorschriften des SGB IX konkretisiert (§§ 4, 42, 47, 49 und 79 SGB IX).

3.2 Präventionsleistungen der Rentenversicherung

Über den allgemeinen Präventionsauftrag in § 3 SGB IX und § 9 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB VI hinaus hat der Gesetzgeber die Träger der Rentenversicherung präzisierend auch in § 14 SGB VI zur Prävention verpflichtet. Danach haben die Rentenversicherungsträger insbesondere präventiv, also vorbeugend, medizinische Leistungen zu erbringen, wenn Versicherte erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden. Damit ist folgende Zielsetzung bestimmt:

In der Rentenversicherung ist Ziel der Leistungen zur Prävention, die Erwerbsfähigkeit von Versicherten frühzeitig zu sichern.

Um hinsichtlich der medizinischen Leistungen zur Prävention eine einheitliche Rechtsanwendung durch alle Rentenversicherungsträger sicherzustellen, hat die Deutsche Rentenversicherung Bund im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung erlassen. Diese Richtlinie vom 28.6.2018 ist am 1.7.2018 für nach dem 30.6.2018 gestellte Anträge in Kraft getreten. In der Richtlinie sind Ziele, persönliche Voraussetzungen sowie Art und Umfang der medizinischen Leistungen zur Prävention näher ausgeführt (§ 14 Abs. 2 SGB VI).

3.3 Persönliche Voraussetzungen

Die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Prävention nach § 14 SGB VI haben die Versicherten erfüllt, falls die dortigen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen (§ 10 Abs. 3 SGB VI). Das bedeutet, dass die persönlichen Voraussetzungen gegeben sind, wenn der Versicherte erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweist, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden. Das ist der Fall, wenn der Versicherte eine Beschäftigung ausübt, die seine Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst. Aus diesem Grunde und gegebenenfalls weiterer negativer Einflussfaktoren müssen also bereits erste gesundheitliche Beeinträchtigungen erkennbar sein, die aber noch keinen Krankheitswert haben. Derartige gesundheitliche Beeinträchtigungen können sein:

- Beginnende Funktionsstörungen von Bewegungsorganen,
- Beginnende Funktionsstörungen von inneren Organen,
- Psychische Beeinträchtigungen.

Diese Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen können sich insbesondere durch Faktoren aus dem Arbeitsumfeld, wie Art und Umfang der Arbeitsbelastung oder Lärm am Arbeitsplatz ergeben. Gesundheitliche Beeinträchtigungen können aber auch ihre Ursache in der Person des Beschäftigten haben, beispielsweise als Folge emotional belastender Situationen im Berufsleben (z. B. Stress am Arbeitsplatz) oder wegen schwieriger Lebensumstände (z. B. Pflege von Angehörigen).

Die Präventionsleistungen sollen auf die gesundheitliche Verfassung, die individuelle Lebensführung und die Selbstkompetenz des Versicherten einwirken und so zur besseren Bewältigung der Anforderungen des Arbeits- und Berufslebens führen. Auf diese Weise soll vorbeugend erreicht werden, die Erwerbsfähigkeit des Versicherten zu erhalten und damit einem späteren Rehabilitationsbedarf bzw. frühzeitigen Rentenanspruch entgegenzuwirken. Die Leistungen zur Prävention sind vom Charakter her medizinische Leistungen, gelten im rechtlichen Sinne aber nicht als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI), weil sie diesen „vorgeschaltet“ sind. Deshalb gilt der erweiterte Grundsatz:

„Prävention vor Rehabilitation vor Rente“.

3.4 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Prävention, die ja den Charakter von medizinischen Leistungen haben, sind dementsprechend identisch mit denen für medizinische Leistungen zur Rehabilitation (§ 11 Abs. 1 und 2 SGB VI). So sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen beispielsweise erfüllt, wenn die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt ist oder in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung sechs Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit gezahlt sind (siehe im Einzelnen Kapitel 10).

ZUSAMMENFASSUNG

- Die Rentenversicherungsträger haben präventiv (vorbeugend) medizinische Leistungen zu erbringen, wenn Versicherte erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden.
- Ziel der Leistungen zur Prävention ist, die Erwerbsfähigkeit von Versicherten frühzeitig zu sichern.
- Die Präventionsleistungen sollen auf die gesundheitliche Verfassung, die individuelle Lebensführung und die Selbstkompetenz des Versicherten einwirken und so zur besseren Bewältigung der Anforderungen im Arbeits- und Berufsleben führen.
- Aufgrund des Vorrangs von Präventionsleistungen gilt der Grundsatz: „Prävention vor Rehabilitation vor Rente“.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

9. Erklären Sie den im allgemeinen Sprachgebrauch verwendeten Begriff „Prävention“.
10. Benennen Sie das Ziel der Prävention für den Bereich der Rentenversicherung.
11. Nennen Sie den Vorrang bei folgenden Leistungen: Rente, Rehabilitation, Prävention.

4. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

LERNZIEL

- Sie können die verschiedenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation feststellen und dabei zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Heilbehandlung sowie zwischen den Heil- und Hilfsmitteln unterscheiden.

4.1 Art der Leistungserbringung

Die Rentenversicherungsträger erbringen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Leistungen nach §§ 42 bis 47a SGB IX – ohne solche nach § 42 Abs. 2 Nr. 2 und § 46 SGB IX – (§ 15 Abs. 1 SGB VI). Für den Anspruch ist erforderlich, dass die persönlichen (medizinischen) und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§§ 10, 11 SGB VI) erfüllt sind und keine Ausschlussgründe nach § 12 SGB VI bestehen (siehe Kapitel 10). Im weiteren Sinne den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zugerechnet werden auch die Leistungen zur Kinderrehabilitation (Kapitel 5).

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in der Rentenversicherung in wesentlichem Umfang als stationäre Heilbehandlung durchgeführt (§ 15 Abs. 2 SGB VI). „Stationär“ bedeutet, dass der Versicherte während der Heilbehandlung durchgehend in einer Rehabilitationseinrichtung (z. B. Rehabilitationsklinik) mit Unterkunft einschließlich Übernachtung und Verpflegung untergebracht ist. Der Berechtigte erhält damit auch außerhalb der eigentlichen Therapiezeiten Leistungen.

Alternativ können die Rentenversicherungsträger auch ambulante Leistungen erbringen, soweit diese für die Eingliederung des Versicherten in das Erwerbsleben geeignet und ausreichend sind. „Ambulant“ bedeutet, dass der Versicherte nicht in einer Einrichtung untergebracht ist, sondern nur kurzzeitig an bestimmten Tagen, gegebenenfalls aber auch ganztägig (teilstationär) behandelt oder betreut wird. In der Rentenversicherung sind ambulante Leistungen z. B. bei Abhängigkeitskranken (also bei Alkohol-, Medikamenten- oder Drogensucht) oder im Rahmen der intensivierten Rehabilitationsnachsorge vorgesehen (siehe zur Nachsorge auch Kapitel 7).

Eine besondere Form ambulanter Leistung ist die sogenannte teilstationäre Rehabilitation. Bei dieser Form der medizinischen Leistungen nimmt der Versicherte tagsüber an der Heilbehandlung teil und hält sich nachts und gegebenenfalls an den Wochenenden zu Hause auf. Rehabilitation in teilstationärer Form kommt in Betracht, wenn diese aus medizinischer Sicht genauso erfolgreich ist wie die vollstationäre Leistung.

Grundsätzlich gilt hinsichtlich der Art der Leistungserbringung:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in der Rentenversicherung stationär oder ambulant erbracht. Es besteht kein Vorrang stationärer vor ambulanten medizinischen Leistungen.

Den Leistungsumfang – also Art, Dauer, Umfang, Beginn und Ausführung der medizinischen Rehabilitation – bestimmt im Einzelfall der zuständige Rentenversicherungsträger nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 13 Abs. 1 SGB VI). Dabei sind die gesetzlichen Vorgaben zu beachten. So ist die Wiederholung medizinischer Leistungen (sogenannte Wiederholungsheilbehandlung) grundsätzlich vor Ablauf von vier Jahren nach der Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen gemäß § 12 Abs. 2 SGB VI ausgeschlossen (vgl. Abschnitt 10.4). Ferner sollen die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Allgemeinen nur für längstens drei Wochen erbracht werden (§ 15 Abs. 3 SGB VI).

Betreute, die eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erhalten, müssen grundsätzlich für jeden Tag eine Zuzahlung leisten (§ 32 SGB VI und Zuzahlungs-Richtlinien); vgl. hierzu den Studententext Nr. 14 „Ergänzende und sonstige Leistungen, Zuzahlung“.

4.2 Einzelleistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die wichtigsten Einzelleistungen aus der Rentenversicherung, die grundsätzlich im Zusammenhang mit der eigentlichen Heilbehandlung erbracht werden, sind in den §§ 42 bis 47 SGB IX – ohne Leistungen zur Früherkennung bzw. Frühförderung für Kinder mit Behinderungen – zusammengefasst (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: Einzelleistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 42 bis 47a SGB IX)



4.2.1 Ärztliche Behandlung

Ärztliche Behandlung ist jede Form der Untersuchung, Betreuung und Behandlung durch den Arzt. Sie kann auch von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Krankengymnasten, Masseure, Therapeuten) unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden. Während der stationären Heilbehandlung werden alle auftretenden Krankheiten, sogenannte interkurrente Erkrankungen, mitbehandelt, soweit dies ärztlicherseits ohne Verlegung möglich ist.

4.2.2 Arznei- und Verbandmittel

Arzneien sind Substanzen, die im Gegensatz zu den Heilmitteln im Wesentlichen auf den inneren Organismus einwirken. Sie werden dem Körper durch Einnehmen, Einatmen, Einreiben oder Einspritzen zugeführt. Arzneimittel sind insbesondere dazu bestimmt, Krankheiten, Körperschäden oder krankhafte Beschwerden zu heilen, zu lindern, zu verhüten oder zu erkennen (§ 2 Arzneimittelgesetz). Hierzu gehören z. B. Tabletten, Zäpfchen, Tropfen, Säfte und Impfstoffe.

Verbandmittel sind Stoffe, die in der Regel dazu dienen, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken oder deren Körperflüssigkeiten aufzusaugen. Hierzu gehören z. B. Mullbinden, Wundverbände und Pflaster.

4.2.3 Heilmittel

Heilmittel unterscheiden sich von den Arzneimitteln im Wesentlichen dadurch, dass sie auf den Körper zum Zwecke der Heilung, Besserung oder Linderung äußerlich einwirken. Heilmittel sind z. B. Heilpflaster, Salben, Heilerde, Bäder, Massagen und Bestrahlungen. Aber auch die im Gesetz besonders hervorgehobene physikalische Therapie (z. B. Krankengymnastik), Sprach- und Beschäftigungstherapie zählen im weiteren Sinne dazu.

4.2.4 Psychotherapie

Die **Psychotherapie** ist als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung vorgesehen. Hierzu gehören Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung. Ferner fallen darunter Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz.

4.2.5 Hilfsmittel

Zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation gehört im Einzelfall die Versorgung mit technischen **Hilfsmitteln** wie z. B. mit Körperersatzstücken oder orthopädischen Hilfen. Mit einbezogen sind die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung. Auch die Ausbildung und Anweisung im Gebrauch der Hilfsmittel zählen dazu (§ 47 SGB IX).

Hilfsmittel werden im Gegensatz zu Heilmitteln nicht therapeutisch oder behandlungsmäßig zur Heilung oder Besserung einer Krankheit oder Behinderung eingesetzt. Sie haben die Aufgabe, deren Folgeerscheinungen erträglicher zu machen und Ersatz oder Ausgleich für die bestehende Funktionsbeeinträchtigung zu schaffen. Zu den Hilfsmitteln gehören z. B. orthopädisches Schuhwerk, Hörgeräte, Rollstühle, Sitzhilfen und Prothesen.

Die Ausstattung mit Hilfsmitteln ist allerdings meistens Aufgabe der Krankenversicherung im Rahmen der Krankenbehandlung. Als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung kommen diese ausnahmsweise in Betracht, wenn sie im Zusammenhang mit der eigentlichen Heilbehandlungsmaßnahme zum Erreichen des Rehabilitations- und Teilhabeziels tatsächlich erforderlich werden.

4.2.6 Digitale Gesundheitsanwendungen

Die digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) umfassen die im Verzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 139e Abs. 1 SGB V) aufgenommenen digitalen Anwendungen, sofern diese im Einzelfall aus einem der folgenden Gründe erforderlich sind (§ 47a Abs. 1 SGB IX):

- Vorbeugen einer drohenden Behinderung,
- Sicherung des Erfolgs der Heilbehandlung,
- Ausgleich einer Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens.

Im letztgenannten Fall dürfen die digitalen Gesundheitsanwendungen nicht die Funktion von allgemeinen Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens übernehmen.

Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht. Dabei handelt es sich beispielsweise um Apps, die Versicherte mit dem Smartphone oder Tablet nutzen. Einbezogen sind auch webbasierte Anwendungen, die über einen Internetbrowser auf einem PC oder Laptop laufen.

4.2.7 Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Die vom Gesetzgeber den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zugeordnete Belastungserprobung sowie die Arbeitstherapie liegen bereits im Grenzbereich zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufsvorbereitung) bzw. zur Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung im Rahmen des Verwaltungsverfahrens. Als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kommen sie insbesondere in Betracht, wenn nach längerer Krankheit geprüft werden soll, ob der Versicherte seinen alten Beruf wieder ausüben kann.

Ziel der **Belastungserprobung** ist es, den Leistungsumfang und die Anpassungsfähigkeit des Versicherten zu ermitteln sowie die Dauerbelastung für den Arbeitsplatz festzustellen. Hierzu dienen unter anderem Testverfahren mit Arbeitsproben, psychologische Untersuchungen und körperliche Leistungstests.

Ziel der **Arbeitstherapie** ist es, im Rahmen eines Leistungstrainings die Arbeitsbelastung zu stabilisieren oder zu verbessern. Ferner sollen die Arbeitsqualität erhöht und das Arbeitstempo angemessen gesteigert werden. Zusätzlich werden Fertigkeiten verbessert oder entwickelt, die für die berufliche Eingliederung notwendig sind.

4.3 Anschlussrehabilitation

Eine besondere Bedeutung in der medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherungsträger in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen hat die Anschlussrehabilitation erlangt. In der Praxis wird zumeist noch die frühere Bezeichnung „Anschlussheilbehandlung“ oder die Abkürzung „AHB“ verwendet. Es handelt sich bei der Anschlussrehabilitation nicht um eine besondere Art der Rehabilitation, sondern um ein spezielles Verfahren, das die Nahtlosigkeit zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation sicherstellen soll. Als Anschlussrehabilitation bezeichnet man vor allem stationäre Leistungen in AHB-Kliniken (Schwerpunktkliniken), die sich unmittelbar an eine von der Krankenkasse finanzierte Akutbehandlung im Krankenhaus bei bestimmten Erkrankungen wie z. B. Herzinfarkt anschließen. Zwischen beiden Behandlungsphasen darf grundsätzlich eine zeitliche Lücke von 14 Tagen nicht überschritten werden. Die Anschlussrehabilitation ist auch in Form von ambulanten Leistungen möglich.

Um im Interesse des Rehabilitationserfolgs eine möglichst nahtlose Verlegung vom Krankenhaus in die Rehabilitationsklinik zu ermöglichen, haben die Rentenversicherungsträger mit verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen schnelle, unbürokratische AHB-Verfahren vereinbart. Einige Rentenversicherungsträger praktizieren hierbei das Direkteinweisungsverfahren, andere das Schnelleinweisungsverfahren. Zu beachten ist, dass einige Krankenkassen ein eigenes Einweisungsverfahren haben.

Beim Direkteinweisungsverfahren wird der Versicherte, sofern dieser per Antrag der anschließenden Heilbehandlung zustimmt, in der Regel vom Krankenhaus aus, nach vorheriger – telefonischer – Absprache mit der AHB-Klinik, direkt dorthin verlegt. Die Entscheidung über die Einleitung der Anschlussrehabilitation trifft grundsätzlich der behandelnde Krankenhausarzt. Es braucht in der Regel vorher kein Bewilligungsbescheid abgewartet werden. Das hat zur Folge, dass die Entscheidung über Zuständigkeit und Kostenträgerschaft – sofern die Krankenkasse der entsprechenden AHB-Verfahrensvereinbarung beigetreten ist – regelmäßig erst nach der Anschlussrehabilitation getroffen wird.

Hierbei gilt:

- Sofern die persönlichen (medizinischen) und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen in der Rentenversicherung erfüllt sind und keine Ausschlussgründe vorliegen, übernimmt der Rentenversicherungsträger die Kosten.
- Sofern diese Voraussetzungen nicht vorliegen, übernimmt die jeweilige Krankenkasse für ihre Mitglieder die Kosten.

Beim Schnelleinweisungsverfahren prüft der zuständige Rentenversicherungsträger die Voraussetzungen vor Einleitung der Anschlussrehabilitation. Das Schnelleinweisungsverfahren lehnt sich also eng an das normale Antragsverfahren an. Eine Beschleunigung des Verfahrens wird jedoch dadurch erreicht, dass die Vorgänge vorrangig und in Sonderarbeitsgruppen bearbeitet werden.

Die Rentenversicherungsträger haben in einer gemeinsamen „Indikationsliste“ festgelegt, für welche Erkrankungen eine Anschlussrehabilitation möglich ist. Nach dieser Liste sind zahlreiche Indikationsgruppen mit über 60 Krankheitsbildern (Einzeldiagnosen) zugelassen.

4.4 Entwöhnungsbehandlung bei Suchtkranken

Die Behandlung und medizinische Rehabilitation von Suchtkranken gewinnt aufgrund der steigenden Zahl der Betroffenen immer mehr an Bedeutung. Bei den Suchtkranken wird unterschieden zwischen:

- Alkoholabhängigen,
- Medikamentenabhängigen,
- Drogenabhängigen,
- Mehrfachabhängigen.

Raucher werden von der Entwöhnungsbehandlung nicht erfasst.

Alkoholabhängige Kranke sind exzessive Trinker. Ihre Abhängigkeit vom Alkohol hat einen solchen Grad erreicht, dass sie deutliche körperliche, geistige oder seelische Störungen aufweisen. Regelmäßig liegen bei Abhängigkeitskranken Beeinträchtigungen der Gesundheit, ihrer mitmenschlichen Beziehungen und ihrer sozialen bzw. wirtschaftlichen Funktionen vor.

Medikamentenabhängige Kranke sind Personen, die regelmäßig und missbräuchlich Medikamente einnehmen. Die Personen sind von diesen Stoffen in solcher Weise abhängig, dass sie durch Verlust der Selbstkontrolle deutlich körperliche, geistige oder seelische Störungen aufweisen. Regelmäßig liegen Beeinträchtigungen der Gesundheit, der mitmenschlichen Beziehungen und der sozialen bzw. wirtschaftlichen Funktionen vor.

Drogenabhängige Kranke sind Personen, die regelmäßig sogenannte Rauschgifte, z. B. Heroin oder LSD, einnehmen. Die Personen sind von diesen Mitteln in solcher Weise abhängig, dass sie durch Verlust der Selbstkontrolle deutlich körperliche, geistige oder seelische Störungen aufweisen. Regelmäßig liegen auch hier Beeinträchtigungen der Gesundheit, der mitmenschlichen Beziehungen und der sozialen bzw. wirtschaftlichen Funktionen vor.

Mehrfachabhängige sind Personen, die regelmäßig von mehr als einem Suchtmittel, z. B. Alkohol und Drogen, abhängig sind.

Von einer Abhängigkeit ist auszugehen, wenn eines der folgenden Merkmale vorliegt:

- Unfähigkeit zur Abstinenz oder
- Verlust der Selbstkontrolle oder
- Periodisches Auftreten eines der beiden Symptome.

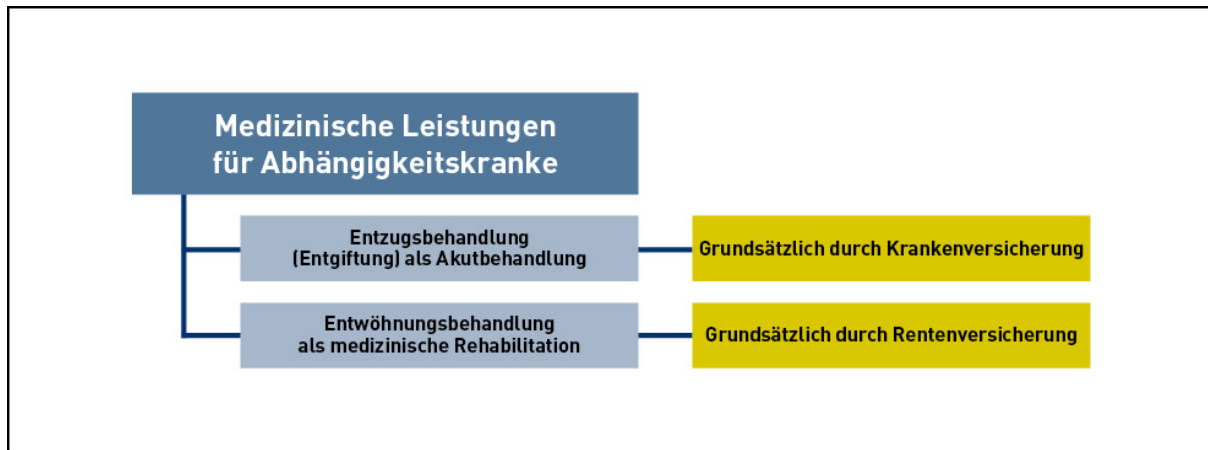
Da die Sucht (Süchtigkeit, Abhängigkeit) zu den Krankheiten im Sinne des Sozialversicherungsrechts gehört, kommen stationäre Behandlungen sowohl in der Krankenversicherung als auch in der Rentenversicherung infrage. Die Zuständigkeitsabgrenzungen bei stationären Leistungen sind in der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ geregelt. In Abbildung 12_08 sind die grundsätzlichen Zuständigkeiten bei Abhängigkeitskranken dargestellt.

Man unterscheidet bei der Behandlung von Abhängigkeitskranken zwischen Entzugs- (Entgiftungs-) und Entwöhnungsbehandlung. Für die Entzugsbehandlung ist grundsätzlich die Krankenversicherung im Rahmen der Krankenbehandlung zuständig. Bei der Entwöhnungsbehandlung, also der eigentlichen Rehabilitationsphase durch die Rentenversicherungsträger, müssen die üblichen persönlichen und versicherungsrechtlichen

Voraussetzungen erfüllt sein, und es dürfen keine Ausschlussgründe vorliegen (vgl. Kapitel 10). Zusätzlich sind noch die folgenden vier speziellen Voraussetzungen erforderlich:

- Entgiftung bereits durchgeführt oder nicht erforderlich,
- keine Möglichkeit einer erfolgreichen ambulanten Behandlung,
- Motivation des Betroffenen,
- Bereitschaft zur Nachsorge.

Abbildung 8: Zuständigkeiten bei medizinischen Leistungen für Abhängigkeitskranke



Besonders bei Abhängigkeitskranken führen die Rentenversicherungsträger auch ambulante Leistungen zur Rehabilitation, z. B. Therapiegespräche, durch bzw. übernehmen hierfür die Kosten (Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“). Als begleitende psychosoziale Hilfe zur weiteren Stabilisierung der Persönlichkeit kommt in der Nachsorgephase als medizinische Rehabilitation auch die Unterbringung in sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften, Nachsorgegemeinschaften bzw. Übergangswohnheimen in Betracht.

4.5 Stufenweise Wiedereingliederung

Arbeitsunfähige Arbeitnehmer, die nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Berufstätigkeit teilweise verrichten können, sollen durch eine schrittweise Wiederaufnahme ihrer alten Tätigkeit besser in das Erwerbsleben eingegliedert werden (§ 44 SGB IX). Diese Möglichkeit, die bis 30.6.2001 nur in der Krankenversicherung vorgesehen war (§ 74 SGB V), besteht seitdem für sämtliche Rehabilitationsträger der medizinischen Rehabilitation. Sie sollen medizinische und ergänzende Leistungen entsprechend der genannten Zielsetzung erbringen. Der Wiedereingliederungsprozess vollzieht sich bei dieser Rehabilitationsform im Wesentlichen innerhalb der Betriebe. In der Öffentlichkeit ist die stufenweise Wiedereingliederung vielfach unter der Bezeichnung „Hamburger Modell“ bekannt.

Hierbei ist zu beachten:

- Die stufenweise Wiedereingliederung erfolgt aus therapeutischen Gründen.
- Sie dient der Erprobung und dem Training der Leistungsfähigkeit des arbeitsunfähigen Arbeitnehmers an seinem bisherigen Arbeitsplatz.

In der Rentenversicherung hat die stufenweise Wiedereingliederung Bedeutung, wenn sie für den Arbeitsunfähigen im unmittelbaren Anschluss nach der medizinischen Hauptleistung durchgeführt wird. Die stufenweise Wiedereingliederung stellt sich dann als Bestandteil einer in der Zusammenschau einheitlichen Gesamtmaßnahme dar. Der unmittelbare zeitliche

4. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Zusammenhang ist nach Auffassung der Rentenversicherungsträger noch gegeben, wenn die stufenweise Wiedereingliederung innerhalb von vier Wochen nach der Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung bzw. dem Ende der medizinischen Hauptleistung beginnt. Der Rentenversicherungsträger kann in diesen Fällen die weitere Unterhaltssicherung durch Weiterzahlung eines Übergangsgeldes als ergänzende Leistung sicherstellen (§ 71 Abs. 5 SGB IX).

ZUSAMMENFASSUNG

- Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden als stationäre oder ambulante Heilbehandlung erbracht. Die eigentliche medizinische Rehabilitation setzt sich aus verschiedenen Einzelleistungen zusammen, z. B.: ärztliche Behandlung, Arzneimittel, Therapien, Heil- und Hilfsmittel.
- Besonderheiten sind bei der Anschlussrehabilitation (Anschlussheilbehandlung – AHB) nach Krankenhausaufenthalt und bei der Entwöhnungsbehandlung von Suchtkranken bei Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit zu beachten.
- Als weitere Form der Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist in der Rentenversicherung die stufenweise Wiedereingliederung („Hamburger Modell“) vorgesehen, die eine Weiterzahlung des Übergangsgeldes ermöglicht.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

12. Zählen Sie die wichtigsten Einzelleistungen zur medizinischen Rehabilitation auf.
13. Erklären Sie den Begriff „Heilmittel“.
14. Erklären Sie den Begriff „Hilfsmittel“.
15. Nennen Sie diejenige Leistung zur medizinischen Rehabilitation, bei der die Einleitung des Rehabilitationsverfahrens aufgrund von Vereinbarungen zwischen Rentenversicherungs- und Krankenversicherungsträgern besonders schnell erfolgt.

5. Kinderrehabilitation

LERNZIELE

- Sie können Bedeutung und Zielsetzung der Kinderrehabilitation erklären.
- Sie können die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Kinderrehabilitation benennen.

5.1 Zielsetzung der Kinderrehabilitation

Die Leistungen zur Kinderrehabilitation (früher „Kinderheilbehandlung“) bilden eine Sonderform der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15a SGB VI). Sie sind von den Rentenversicherungsträgern stationär oder ambulant als Pflichtleistung zu erbringen, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind und kein Leistungsausschluss vorliegt. Über das „Wie“ entscheidet der zuständige Versicherungsträger nach pflichtgemäßem Ermessen. Die stationären Leistungen werden in der Regel für mindestens vier Wochen erbracht. Die Vierjahresfrist nach § 12 Abs. 2 SGB VI für eine Wiederholungsrehabilitation gilt nicht (§ 15a Abs. 4 SGB VI), weil bei Kindern die körperliche und geistige Entwicklung schneller als bei Erwachsenen verläuft und daher früher ein erneuter Rehabilitationsbedarf entstehen kann. Um den Erfolg der Kinderrehabilitation zu sichern, haben die Rentenversicherungsträger im Bedarfsfall auch Leistungen zur Nachsorge nach § 17 SGB VI zu erbringen (§ 15a Abs. 2 Satz 2 SGB VI).

Insbesondere bei chronisch kranken Kindern (und Jugendlichen) ist davon auszugehen, dass früh einsetzende Leistungen zur Kinderrehabilitation meistens einen positiven Einfluss auf die künftige Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt haben. Entsprechende Leistungen sollen dazu beitragen, dass die erkrankten Kinder in der Lage sind, durch eine spätere berufliche Tätigkeit ihr Leben eigenständig und selbstbestimmt möglichst unabhängig von staatlichen Unterstützungsleistungen zu führen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Aussicht besteht, gesundheitliche Einschränkungen, die eine Teilhabe an Schule und Ausbildung mit dem Ziel der Erreichung des allgemeinen Arbeitsmarkts erschweren, durch medizinische Rehabilitationsleistungen zu beseitigen oder weitgehend zu kompensieren.

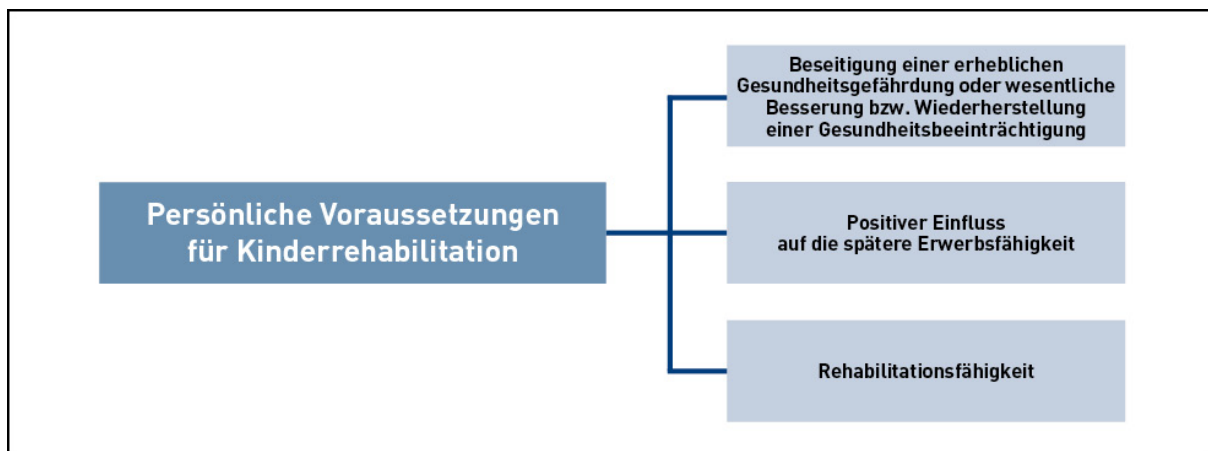
Um hinsichtlich der Leistungen zur Kinderrehabilitation eine einheitliche Rechtsanwendung durch alle Rentenversicherungsträger sicherzustellen, hat die Deutsche Rentenversicherung Bund im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales die gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung vom 28.6.2018 erlassen. Diese ist am 1.7.2018 in Kraft getreten. Sie gilt für Anträge nach dem 30.6.2018. Die Richtlinie beschreibt Ziele, persönliche Voraussetzungen sowie Art und Umfang der medizinischen Leistungen zur Kinderrehabilitation (§ 15a Abs. 5 SGB VI).

5.2 Persönliche Voraussetzungen

Die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Kinderrehabilitation nach § 15a SGB VI haben die Kinder erfüllt, wenn die dortigen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen (§ 10 Abs. 3 SGB VI). Das bedeutet, dass die persönlichen Voraussetzungen gegeben sind, falls durch diese Leistungen voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und dies ihre spätere Erwerbsfähigkeit positiv beeinflussen kann (§ 15a Abs. 1 Satz 2 SGB VI). Das ist insbesondere der Fall, wenn Aussicht besteht, durch die Leistungen gesundheitliche Einschränkungen, die eine Teilhabe an Schule und Ausbildung erschweren, zu beseitigen oder weitgehend zu kompensieren. Auf diese Weise soll den Kindern eine spätere Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglicht werden. In den Einrichtungen der Kinderrehabilitation gibt es vielfältige Konzepte zur medizinischen Rehabilitation von Kindern, die die unterschiedlichen Krankheiten, das Alter, den späteren Berufswunsch der Kinder und weitere Komponenten im Interesse eines möglichst nachhaltigen Erfolgs der Leistungen berücksichtigen. Die allgemein nach § 10 SGB VI für Leistungen zur Teilhabe geltenden persönlichen Voraussetzungen betreffen Versicherte im berufsfähigen Alter und sind bei der Kinderrehabilitation nicht zu beachten.

Außerdem muss Rehabilitationsfähigkeit vorliegen. Sie ist gegeben, wenn eine ausreichende körperliche und psychosoziale Belastbarkeit vorliegt und keine Anhaltspunkte für eine fehlende soziale Integrationsfähigkeit bestehen.

Abbildung 9: Persönliche Voraussetzungen für Kinderrehabilitation



5.3 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Kinderrehabilitation aus der Rentenversicherung sind über das Versicherungsverhältnis der Eltern für folgende Kinder erfüllt (§ 15a Abs. 1 SGB VI):

- Kinder von Versicherten,
- Kinder von Beziehern einer Altersrente oder einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit,
- Kinder, die eine Waisenrente beziehen.

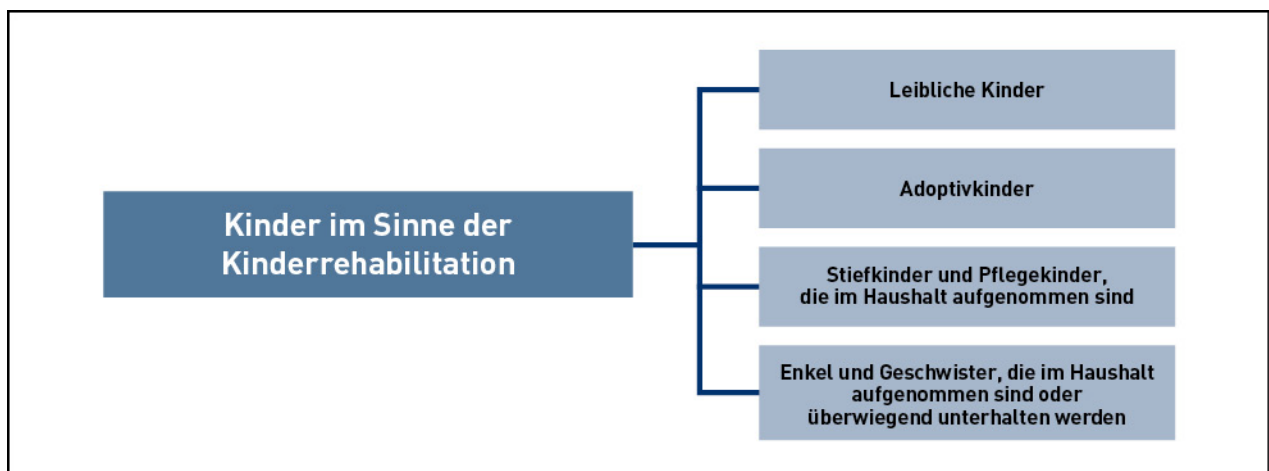
Leistungen für Kinder von Versicherten setzen nach § 11 Abs. 2 Satz 4 SGB VI voraus, dass der Versicherte die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren oder die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfüllt. Danach sind Versicherte im Sinne des § 15a Abs. 1 SGB VI z. B. nach § 11 Abs. 2 SGB VI auch diejenigen, die in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung sechs Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (siehe im Einzelnen Abschnitt 10.2).

Sollte ein Kind bzw. Jugendlicher bereits aus einem eigenen Versicherungsverhältnis die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 SGB VI für Leistungen zur Teilhabe erfüllen, dann besteht ein Wahlrecht zwischen den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI und den Leistungen zur Kinderrehabilitation nach § 15a SGB VI.

5.4 Begriff des Kindes

Wer als Kind im Sinne der Regelungen zur Kinderrehabilitation anzusehen ist, ist in § 15a Abs. 3 SGB VI geregelt. Danach werden als Kinder auch Kinder im Sinne des § 48 Abs. 3 SGB VI berücksichtigt. Neben den Kindern nach dem Familienrecht, also leiblichen Kindern sowie Adoptivkindern, sind somit auch in den Haushalt aufgenommene Stief- und Pflegekinder und außerdem Enkel und Geschwister der Versicherten und Versichertenrentner, die in deren Haushalt aufgenommen sind oder von ihnen überwiegend unterhalten werden, mitzuzählen.

Abbildung 10: Kinder im Sinne der Regelungen zur Kinderrehabilitation



Bei den grundsätzlich zum berechtigten Personenkreis für Kinderrehabilitation zählenden Kindern sind wie im Waisenrentenrecht entsprechend § 48 Abs. 4 und 5 SGB VI altersmäßige Regelungen zu beachten (§ 15a Abs. 3 Satz 2 SGB VI). Danach werden die Kinder über das (vollendete) 18. Lebensjahr hinaus bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres berücksichtigt, wenn sie sich z. B. in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder freiwilliges ökologisches Jahr leisten oder wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten. Bei Unterbrechung oder Verzögerung der Schul- bzw. Berufsausbildung durch den gesetzlichen Wehrdienst oder Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst erhöht sich die Altersbegrenzung (27 Jahre) um die Zeit der Dienstleistung, höchstens um einen der Dauer des gesetzlichen Grundwehrdienstes oder Zivildienstes entsprechenden Zeitraum.

Ein bestimmtes Mindestalter der Kinder ist für Kinderrehabilitation gesetzlich nicht vorgeschrieben. Deshalb können die betreffenden Leistungen auch kleinen Kindern gewährt werden, sofern sie einer solchen Heilbehandlungsmaßnahme körperlich, geistig, seelisch und sozial „gewachsen“ sind, also Rehabilitationsfähigkeit besteht. Kinder haben einen gesetzlichen Anspruch auf Mitaufnahme einer Begleitperson (z. B. Mutter), wenn dies für die Durchführung oder den Erfolg der Leistung notwendig ist. Bei kleinen Kindern wird das regelmäßig der Fall sein. Im Rahmen einer notwendigen familienorientierten Rehabilitation werden die Familienangehörigen (in der Regel Eltern und Geschwister) in den Rehabilitationsprozess mit einbezogen (§ 15a Abs. 2 Satz 1 SGB VI).

ZUSAMMENFASSUNG

- Ziel der Kinderrehabilitation ist es, durch früh einsetzende medizinische Leistungen einen positiven Einfluss auf die künftige Erwerbsfähigkeit auszuüben. Das Kind soll dadurch in die Lage versetzt werden, durch eine spätere berufliche Tätigkeit das Leben eigenständig und selbstbestimmt zu führen.
- Die persönlichen Voraussetzungen sind erfüllt, wenn durch die Kinderrehabilitation voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine bereits beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert bzw. wiederhergestellt werden kann. Außerdem ist erforderlich, dass sich eine spätere Erwerbsfähigkeit voraussichtlich positiv beeinflussen lässt.
- Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind über das Versicherungsverhältnis der Eltern zu erfüllen, und zwar für folgende Kinder: Kinder von Versicherten, Kinder von Beziehern einer Altersrente oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und Waisenrentenbezieher.
- Kinder im Sinne der Kinderrehabilitation sind leibliche Kinder und Adoptivkinder, ferner Stiefkinder und Pflegekinder, die im Haushalt aufgenommen sind sowie Enkel und Geschwister, die im Haushalt aufgenommen sind oder überwiegend unterhalten werden.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

16. Erläutern Sie das Ziel der Kinderrehabilitation.
17. Benennen Sie die persönlichen Voraussetzungen für eine Kinderrehabilitation.
18. Nennen Sie die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Kinderrehabilitation.
19. Welche Kinder sind von den Regelungen der Kinderrehabilitation betroffen?

6. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

LERNZIEL

- Sie können die verschiedenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben feststellen.

6.1 Art der Leistungserbringung

Die Rentenversicherungsträger erbringen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach den §§ 49 bis 54 sowie den §§ 57 und 60 SGB IX (§ 16 SGB VI). Für den Anspruch ist erforderlich, dass die persönlichen (medizinischen) und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§§ 10, 11 SGB VI) erfüllt sind und keine Ausschlussgründe nach § 12 SGB VI bestehen (siehe Kapitel 10).

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (früher: „berufsfördernde Leistungen“) umfassen entsprechend dem allgemeinen Teilhabeziel alle erforderlichen nichtmedizinischen Hilfen, mit denen die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit erhalten, gebessert oder (wieder)hergestellt werden soll. Das Ziel ist eine möglichst dauerhafte Einbindung in die Berufswelt und damit in einen besonders wichtigen Teil der Gesellschaft. Kernziel ist aber die Teilhabe am Arbeitsleben (§ 49 SGB IX).

Entsprechend der Art der Leistung und ihrer Ausführung gilt in Abgrenzung zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben („berufliche Rehabilitation“) Folgendes:

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zielen nicht in erster Linie auf die Besserung des Gesundheitszustandes ab, sondern sollen die Befähigung zur Ausübung einer Berufstätigkeit auf nichtmedizinische Weise, z. B. durch Weiterbildung, verschaffen. Allerdings kommen ergänzend auch medizinische und psychologische Hilfen in Betracht (§ 49 Abs. 6 SGB IX).

Bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist sowohl eine stationäre als auch eine nichtstationäre Leistungserbringung möglich. Der bei der medizinischen Rehabilitation gebräuchliche Begriff „ambulant“ wird hier im Allgemeinen weniger verwendet.

Sofern es Art und Schwere der Behinderung bzw. die Sicherung des Teilhabeziels erfordern, werden bestimmte Leistungen (z. B. Aus- und Weiterbildung) stationär in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, insbesondere in Berufsförderungswerken, erbracht. Die stationäre Leistungserbringung erfolgt internatsmäßig und schließt die notwendige Unterbringung und Verpflegung mit ein, sofern eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder elterlichen Haushalts – z. B. aufgrund der Entfernung zur Bildungseinrichtung – erforderlich ist (§ 49 Abs. 7 SGB IX).

Erfolgt keine vollstationäre Unterbringung, so werden notwendige Verpflegung und Fahrkosten zur Bildungseinrichtung vom Rehabilitationsträger übernommen.

Bei verschiedenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – z. B. den Zuschüssen zum Kraftfahrzeug (Kfz-Hilfe) – stellt sich die Frage der „stationären“ Leistungserbringung aufgrund des Charakters der Leistung nicht.

6.2 Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die wichtigsten Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind in § 49 Abs. 3 SGB IX zusammengefasst (siehe Abbildung 11).

Abbildung 11: Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 49 Abs. 3 SGB IX)



6.2.1 Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes

Ziel dieser Leistungen ist es, den vorhandenen Arbeitsplatz (auch Teilzeitarbeitsplatz) des Menschen mit (gegebenenfalls drohender) Behinderung zu sichern oder ihn in die Lage zu versetzen, einen neuen Arbeitsplatz auszufüllen. Hierzu gehört als persönliche Hilfe die individuelle Beratung des Betroffenen und seines Arbeitgebers bzw. der Mitarbeiter. Mit zu diesem Leistungskomplex zählt auch die Förderung der Arbeitsaufnahme. Als Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes (einschließlich der Mobilitätshilfen) kommen insbesondere Kostenübernahmen in folgenden Bereichen in Betracht:

- Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen,
- Kraftfahrzeughilfe,
- Fahrkostenbeihilfe,
- Trennungskostenbeihilfe,
- Übergangsbeihilfe,
- Umzugskostenbeihilfe,
- Wohnungshilfen,
- Arbeitsassistenten,
- Leistungen an Arbeitgeber.

Arbeitsausrüstung und Hilfsmittel

Die Kostenübernahme für Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen ist vorgesehen, wenn hierdurch eine dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben erreicht wird. Voraussetzung ist, dass die Kosten der Arbeitsausrüstung (Arbeitskleidung, Arbeitsgeräte) üblicherweise vom Arbeitnehmer (nicht Arbeitgeber) zu tragen sind. Die Hilfsmittel und technischen Arbeitshilfen müssen zum Ausgleich der Behinderung bei der Berufsausübung oder Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sein.

Kraftfahrzeughilfe

Als besonders wichtige Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben kann die Kraftfahrzeughilfe nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung (KfzHV) gewährt werden. Sie ist eine finanzielle Hilfe zur:

- Beschaffung eines Kraftfahrzeugs,
- behinderungsbedingten Zusatzausstattung,
- Erlangung einer Fahrerlaubnis.

Besondere persönliche Voraussetzung für die Kfz-Hilfe ist, dass der Versicherte wegen seiner Behinderung auf ein Auto zum Erreichen des Arbeitsplatzes oder zur Berufsausübung angewiesen ist. Die Höhe der Kfz-Hilfe ist vom Kaufpreis des Fahrzeugs und von den Einkommensverhältnissen des Berechtigten abhängig.

Beträgt das monatliche Nettoeinkommen eines Versicherten der alten oder neuen Bundesländer höchstens 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 Abs. 1 SGB IV), so werden grundsätzlich 100 Prozent des Kaufpreises (= Bemessungsbetrag) – in der Regel bis zum Höchstbetrag von 22.000 EUR – als Kfz-Hilfe geleistet. Bei einem Nettoeinkommen von über 75 Prozent der Bezugsgröße entfällt der Zuschuss zum Kraftfahrzeug. Bei Einkünften unterhalb der schädlichen Verdienstgrenze beträgt der Zuschuss je nach Einkommenshöhe zwischen 100 und 16 Prozent des Kaufpreises (§ 6 KfzHV).

Zur Kfz-Hilfe wird auch die behinderungsbedingte Zusatzausstattung des Fahrzeugs gerechnet. Die notwendigen Kosten werden in voller Höhe übernommen. Finanziert werden können im Bedarfsfall z. B.: automatisches Getriebe, Lenkhilfe, Bremskraftverstärker, Spezialsitz.

Zu den Kosten, die für die Erlangung eines Führerscheins (Fahrerlaubnis) anfallen, wird Menschen mit Behinderung gegebenenfalls eine einkommensabhängige Finanzierungshilfe geleistet. Sofern bestimmte Grenzbeträge nicht überschritten sind, werden die betreffenden Kosten – je nach Höhe des Nettoeinkommens – in voller Höhe bzw. zu zwei Dritteln oder einem Drittel übernommen.

Fahrkostenbeihilfe

Bei dieser Leistung werden in Ausnahmefällen für die ersten sechs Monate der Beschäftigung unzumutbar hohe Kosten der täglichen Fahrt zwischen Wohnung und Arbeitsstelle teilweise übernommen, wenn dies zur beruflichen Eingliederung des Menschen mit Behinderung oder zur Erhaltung seines Arbeitsplatzes erforderlich ist.

Trennungskostenbeihilfe

Diese Hilfe kann für die ersten sechs Monate der Beschäftigung geleistet werden, wenn die auswärtige Arbeitsaufnahme des behinderten Arbeitnehmers eine von seiner Familie getrennte Haushaltsführung notwendig macht.

Übergangsbeihilfe

Durch die Übergangsbeihilfe soll bei neuer Arbeitsaufnahme der Lebensunterhalt des Menschen mit Behinderung und seiner Familie bis zur ersten vollen Lohn- oder Gehaltszahlung sichergestellt werden. Sie kommt nur ausnahmsweise in Betracht, wenn der künftige Arbeitgeber keine Abschlagszahlung auf das erste Arbeitsentgelt leistet und dies für den Versicherten zu einer besonderen Härte führt.

Umzugskostenbeihilfe

Ist wegen Arbeitsaufnahme oder zur Erhaltung des Arbeitsplatzes ein Umzug erforderlich, weil eine Berufstätigkeit am Wohnort nicht möglich ist, können die erforderlichen Reisekosten des Arbeitnehmers mit Behinderung und seiner Familie sowie die Transportkosten für den Hausrat übernommen werden.

Wohnungskostenbeihilfe

Hierunter fällt die gegebenenfalls anteilige Kostenübernahme für behinderungsbedingte Um- und Ausbaumaßnahmen von Wohnungen, sofern deren Notwendigkeit zwingend mit der Erlangung oder Erhaltung eines Arbeitsplatzes zusammenhängt. Die finanzielle Förderung setzt voraus, dass die Wohnungskosten für eine Teilhabe am Arbeitsleben benötigt werden, insbesondere wenn die baulichen Änderungen zum Erreichen des Arbeits- oder Ausbildungsorts notwendig sind. Die Übernahme von Wohnungskosten kann im Einzelfall als begleitende Hilfe im Arbeitsleben auch in den Aufgabenbereich der Integrationsämter fallen.

Arbeitsassistenz

Als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben – und zwar als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes für schwerbehinderte Menschen – ist auch in der Rentenversicherung die Kostenübernahme für eine notwendige Arbeitsassistenz bis zur Dauer von drei Jahren vorgesehen (§ 49 Abs. 8 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 SGB IX).

Ausgeführt wird die notwendige Arbeitsassistenz durch das zuständige Integrationsamt. Dieses Amt hat gegenüber dem zuständigen Rentenversicherungsträger einen Erstattungsanspruch hinsichtlich seiner Aufwendungen (§ 49 Abs. 8 SGB IX). Über den rehabilitativen Bereich hinaus haben schwerbehinderte Menschen im Rahmen der Zuständigkeit des Integrationsamts für die begleitende Hilfe im Arbeitsleben einen Anspruch auf Übernahme der Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz (§ 185 Abs. 5 SGB IX).

Bei der Arbeitsassistenz unterstützen Arbeitsassistenten die Integration von Menschen mit Schwerbehinderung im Arbeitsleben. Diese Assistenten sind nicht nur bei der Klärung der Fähigkeiten und Neigungen des betroffenen Arbeitnehmers behilflich, sondern unterstützen und begleiten ihn auch aktiv am Arbeitsplatz während der beruflichen Entwicklung.

Leistungen an Arbeitgeber

Leistungen an Arbeitgeber (§ 50 SGB IX) gehören im weiteren Sinne ebenfalls zu den Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes. Es kommen insbesondere folgende Förderungen in Betracht, wenn hierdurch Menschen mit Behinderungen dauerhaft ein Arbeitsplatz gesichert werden kann:

- Ausbildungszuschüsse,
- Eingliederungszuschüsse,
- Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb,
- Kostenerstattung für befristete Probebeschäftigung.

Die Ausbildungszuschüsse richten sich nach der Schwere der Behinderung und erreichen im Einzelfall die Höhe der Ausbildungsvergütung des letzten Ausbildungsjahres. Zur dauerhaften beruflichen Eingliederung können zwecks Einarbeitung Eingliederungshilfen (Zuschüsse) von grundsätzlich bis zu 50 Prozent (maximal 70 Prozent) des Tariflohnes bis zu einem Jahr (in Ausnahmen bis zu zwei Jahren) gewährt werden. Die zusätzlichen Zuschüsse für behinderungsgerechte Arbeitshilfen und Einrichtungen (z. B. Auffahrrampen, Treppenlifte) im Betrieb kommen infrage, wenn eine Einzelperson betroffen ist und ein Anspruch auf entsprechende Leistungen nach anderen Vorschriften nicht besteht. Bei befristeten Probebeschäftigungen (zur Feststellung der Eignung des Menschen mit Behinderung) können die im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis stehenden Kosten in teilweiser oder voller Höhe für in der Regel maximal drei Monate übernommen werden.

6.2.2 Berufsvorbereitung

Diese Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben ist für Versicherte vorgesehen, die sich – bedingt durch ihre Behinderung – beruflich neu orientieren müssen. Die Berufsvorbereitung soll günstigere Voraussetzungen für eine nachfolgende qualifizierte berufliche Bildungsmaßnahme (z. B. Umschulung) schaffen. Die Berufsvorbereitung hat damit die Aufgabe einer Vorförderung. Sie kommt als ambulante Teilzeitförderung oder als stationäre Vollzeitförderung in Betracht.

Als Berufsvorbereitung können Leistungen gewährt werden, die dem Betreuten die für die Aufnahme einer Berufsausbildung noch fehlenden Grundkenntnisse vermitteln. Zur Berufsvorbereitung gehören die berufsbezogenen Förderungslehrgänge in Deutsch und Rechnen, Lehrgänge zur Verbesserung der Eingliederungsmöglichkeiten und Grundausbildungslehrgänge, z. B. blindentechnische Grundausbildung oder Ableseurse für Gehörlose.

6.2.3 Unterstützte Beschäftigung

Ziel der Unterstützten Beschäftigung (§ 55 SGB IX) ist es, Menschen mit Behinderungen bei besonderem Unterstützungsbedarf mit den an ihre Leistungsfähigkeit angepassten Bedingungen durch die Teilhabeleistungen beruflich so weiter zu entwickeln, dass eine Eingliederung in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich wird.

In der Rentenversicherung kommt im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung eine individuelle betriebliche Qualifizierung in Betracht, soweit sie wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlich ist. Die Leistungen zur individuellen betrieblichen Qualifizierung werden als Angebot in den Betrieben wirksam und sollen Menschen mit Behinderung vorrangig bei der Einarbeitung und Qualifizierung auf einem betrieblichen Arbeitsplatz unterstützen.

6.2.4 Berufliche Anpassung und Weiterbildung

Mit den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird fast jede erdenkliche Eingliederungshilfe in Form von Wissensvermittlung und beruflicher Bildung möglich, sofern sie zur dauerhaften Integration ins Berufsleben erforderlich ist. Die berufliche Weiterbildung soll grundsätzlich bei Ganztagsunterricht nicht länger als zwei Jahre dauern (§ 53 Abs. 2 SGB IX).

Berufliche Anpassung ist Vermittlung von Kenntnissen, Fertigkeiten und Erfahrungen, um:

- eingetretene Lücken im beruflichen Wissen zu schließen,
- berufliches Wissen wiederzuerlangen bzw. den technischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Erfordernissen und deren Entwicklung anzupassen oder
- eine andere Tätigkeit im erlernten Beruf auszuüben.

Auf diese Weise kann der Versicherte, der wegen seiner Behinderung vorübergehend aus dem Berufsleben ausgeschieden ist und so die berufliche und technische Entwicklung nicht selbst miterlebt hat, seine Kenntnisse und Fähigkeiten der fortgeschrittenen Entwicklung anpassen. Damit wird eine dauerhafte Wiedereingliederung ins Erwerbsleben möglich.

Die **berufliche Weiterbildung** verbessert die berufliche Qualifikation, indem theoretische und praktische Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt werden. Entweder wird auf bereits vorhandenem Wissen aufgebaut („Fortbildung“), sodass es sogar zu einem beruflichen Aufstieg kommen kann. Oder es erfolgt eine völlige berufliche Neuorientierung („Umschulung“). Sie ist für Versicherte vorgesehen, die wegen ihrer Behinderung nicht mehr ihrem bisherigen Beruf nachgehen können. Ihnen werden Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt, die einen Übergang in eine andere behinderungsgerechte berufliche Tätigkeit mit neuen Arbeitsinhalten ermöglichen. Die Weiterbildung soll mit einem qualifizierenden Abschluss enden.

6.2.5 Berufliche Ausbildung

Die **berufliche Ausbildung** ist für Menschen mit Behinderungen vorgesehen, die bisher keine Tätigkeit in einem erlernten Beruf ausgeübt haben. Leistungen dieser Art sind insbesondere: die betriebliche Ausbildung (z. B. Lehrverhältnis) und die außerbetriebliche Ausbildung (z. B. in Berufsförderungswerken, Fachschulen). Es gibt auch Mischformen zwischen beiden Ausbildungsarten.

6.2.6 Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit

Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gehört auch die Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit (§ 49 Abs. 3 Nr. 6 SGB IX). Die vom Gesetzgeber seit 2018 gewählte Formulierung „Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit“ hat die im Vorgängerrecht enthalten gewesene Leistungsbezeichnung „Gründungszuschuss entsprechend § 93 des Dritten Buches“ abgelöst. Eine Leistungskorrektur ist damit nicht gemeint. Mit der geänderten Formulierung sollte lediglich ein sprachlicher Gleichklang mit den anderen Nummern des § 49 Abs. 3 SGB IX vollzogen werden, die ebenfalls nur allgemein die Leistungen der aktiven Arbeitsförderung benennen und sich nicht konkret auf einzelne Vorschriften des SGB III beziehen.

Maßnahme zur Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit ist weiterhin der **Gründungszuschuss** entsprechend § 93 SGB III. Der Gründungszuschuss ist für bisherige Arbeitnehmer vorgesehen, die durch Aufnahme einer leidensgerechten selbstständigen, hauptberuflichen Tätigkeit die Arbeitslosigkeit beendet haben. Die Geldleistung ist zur Sicherung des Lebensunterhalts und zur sozialen Sicherung für die Zeit nach der Existenzgründung möglich. Für diese an sich in der Arbeitsförderung (Arbeitslosenversicherung) angesiedelte Leistung kommen auch die Rentenversicherungsträger bei Erfüllung der Voraussetzungen wegen ihres grundsätzlichen gegenüber der Bundesagentur für Arbeit bestehenden Vorrangs (§ 22 Abs. 2 SGB III) für die Leistungserbringung in Betracht.

Der Gründungszuschuss wird für die Dauer von sechs Monaten geleistet. Die Zahlung erfolgt als Zuschuss in Höhe des Betrags, den der Betreffende zuletzt als Arbeitslosengeld bezogen hat, zuzüglich 300 EUR monatlich. Eine Verlängerung des Bezugszeitraums um weitere neun Monate in reduzierter Zuschusshöhe von 300 EUR monatlich ist möglich.

6.2.7 Sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben

Die sonstigen Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben sollen Menschen mit Behinderungen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit ermöglichen oder erhalten (§ 49 Abs. 3 Nr. 7 SGB IX). Die entsprechenden Leistungen lassen sich nicht immer von den Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes trennen (vgl. Abschnitt 6.2.1).

6.3 Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen

Die anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) sind Einrichtungen zur Teilhabe und Eingliederung am bzw. ins Arbeitsleben. Sie haben unter anderem die Aufgabe, Personen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, eine Berufsausbildung und Beschäftigung anzubieten und das Erreichen der auch im Teilhaberecht verankerten Zielsetzung zu ermöglichen (§ 219 SGB IX). Die Leistungen werden erbracht, um die Leistungs- bzw. Erwerbsfähigkeit der Betroffenen zu erhalten, zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen. Außerdem soll die Persönlichkeit weiterentwickelt werden, alles mit dem Ziel, die Beschäftigung dieser Menschen zu ermöglichen oder zu sichern (§ 56 SGB IX). Die Werkstätten nehmen diejenigen Menschen mit Behinderungen auf, die die Aufnahmevoraussetzungen erfüllen, wenn Leistungen zur Teilhabe durch die Rehabilitationsträger gewährleistet sind (§ 220 SGB IX).

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen die Kostenübernahme im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen. Die Voraussetzungen hierfür sind in § 57 SGB IX aufgeführt:

6. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- Im **Eingangsverfahren** müssen die Leistungen zur Teilhabe erforderlich sein, um die Eignung des Versicherten für die Aufnahme in die Werkstatt festzustellen. Die Dauer dieser Leistung beträgt in der Regel drei Monate (im Einzelfall Verkürzung auf bis zu vier Wochen).
- Im **Berufsbildungsbereich** müssen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sein, um den Versicherten zu befähigen, die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit so weit wie möglich zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen. Außerdem muss zu erwarten sein, dass danach ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbracht wird. Die Höchstdauer dieser Leistung beträgt zwei Jahre (zunächst Bewilligung für ein Jahr).

Im **Arbeitsbereich** der Werkstätten sind Leistungen aus der Rentenversicherung nicht vorgesehen (§ 63 SGB IX).

Alternativ zu Werkstätten für behinderte Menschen können auch **andere Leistungsanbieter** im Sinne des § 60 SGB IX für entsprechende Leistungen zur beruflichen Bildung vom Rentenversicherungsträger in Anspruch genommen werden (§ 16 SGB VI). Diese Alternative gilt für Menschen mit Behinderungen, die Anspruch auf Leistungen nach § 57 SGB IX, also im Eingangsverfahren oder Berufsbildungsbereich haben.

6.4 Auswahlverfahren

Bei der Auswahl der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeiten sowie die Arbeitsmarktlage angemessen zu berücksichtigen. Das Auswahlverfahren schließt eine eventuell erforderliche Abklärung der Eignung oder Arbeitserprobung mit ein (§ 49 Abs. 4 SGB IX). Die beiden letztgenannten Aufgaben gehören nicht zu den eigentlichen Teilhabeleistungen. Sie ergänzen lediglich das Einleitungsverfahren (Verwaltungsverfahren) im Rahmen der anstehenden beruflichen Teilhabeleistung. Das bedeutet, hierauf aufbauend werden in der Regel auf einen bestimmten Beruf ausgerichtete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bewilligt. Abklärung der Eignung und Arbeitserprobung dienen somit der Feststellung, welche weiteren Wege zur beruflichen Teilhabe am besten geeignet sind.

Die **Abklärung der Eignung** hat die Aufgabe, das Leistungsvermögen des Betreuten, seine Eignung und Neigung sowie die behinderungsbedingten Auswirkungen auf die spätere berufliche Tätigkeit zu klären und zu beurteilen.

Die **Arbeitserprobung** hat zum Ziel, bei weitgehend geklärter Eignung für einen anderen Beruf Zweifelsfragen hinsichtlich bestimmter Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatzanforderungen zu lösen.

Bei Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben soll der zuständige Rentenversicherungsträger vor Ausführung entsprechender Leistungen zunächst die Bundesagentur für Arbeit am Verwaltungsverfahren beteiligen. Damit werden besondere Erfahrungen und Fachkompetenz dieses Trägers auf dem Gebiet der Arbeits- und Berufsförderung in die Entscheidung des Rentenversicherungsträgers einbezogen.

Auf Anforderung des Rentenversicherungsträgers fertigt die Bundesagentur für Arbeit (örtliche Agentur für Arbeit) eine gutachtliche Stellungnahme an. Sie geht auch auf die Frage der arbeitsmarktlischen Zweckmäßigkeit ein (§ 54 SGB IX). An diese Stellungnahme ist der Rentenversicherungsträger nicht automatisch gebunden. Regelmäßig wird der Rentenversicherungsträger dem Gutachten aber folgen.

ZUSAMMENFASSUNG

- Die Rentenversicherungsträger erbringen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn diese aus gesundheitlichen Gründen für eine dauerhafte Integration ins Berufsleben erforderlich sind. Diese Leistungen verbessern in der Regel nicht den Gesundheitszustand, sondern befähigen auf nichtmedizinische Weise, eine Berufstätigkeit auszuüben. Bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kann die Bundesagentur für Arbeit (bzw. die örtliche Agentur für Arbeit) in das verwaltungsmäßige Rehabilitationsverfahren des Rentenversicherungsträgers mit einbezogen werden.
- Die berufliche Rehabilitation setzt sich aus verschiedenen Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zusammen, z. B.: Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes (insbesondere Kfz-Hilfe), Berufsvorbereitung oder berufliche Weiterbildung. Eignung, Neigung und bisherige berufliche Tätigkeiten sowie die Arbeitsmarktlage sind bei der Auswahl der geeigneten Leistungen zu berücksichtigen. In das Auswahlverfahren einbezogen werden Abklärung der Eignung und Arbeitserprobung (beides keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im eigentlichen Sinne, sondern Verwaltungsmaßnahmen), mit denen Leistungsvermögen und Arbeitsplatzanforderungen abgeklärt werden.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

20. Erklären Sie den Unterschied zwischen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.
21. Zählen Sie die wichtigsten Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf.
22. Welche drei Leistungsarten sind unter dem Begriff „Kraftfahrzeughilfe“ zusammengefasst?
23. Erklären Sie den Begriff „Weiterbildung“.

7. Leistungen zur Nachsorge

LERNZIEL

- Sie können die Aufgabe der Leistungen zur Nachsorge beschreiben.

7.1 Aufgabe und Bedeutung der Leistungen zur Nachsorge

Die Rentenversicherungsträger haben im Anschluss an eine von ihnen erbrachte Leistung zur Teilhabe nachgehende Leistungen zu gewähren, wenn dies erforderlich ist, um den Erfolg der vorangegangenen Teilhabeleistung zu sichern. Diese nachgehenden Sicherungsmaßnahmen werden als Leistungen zur Nachsorge bezeichnet (§ 17 Abs. 1 Satz 1 SGB VI). Grundsätzlich sollen sie nicht später als drei Monate nach Beendigung der vorhergehenden Teilhabeleistung beginnen. Die Leistungen zur Nachsorge können zeitlich begrenzt werden (§ 17 Abs. 1 Satz 2 SGB VI). Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass sie im Ausnahmefall auch zeitlich unbegrenzt in Betracht kommen. Grundsätzlich enden Nachfolgeleistungen aber spätestens zwölf Monate nach Ende der vorhergehenden Leistung. Der Umfang einer zeitlichen Begrenzung richtet sich nach den im Einzelfall zu berücksichtigenden Erfordernissen.

Ein nicht unerheblicher individueller Nachsorgebedarf im Zusammenhang mit vorangegangenen Teilhabeleistungen ergibt sich, weil viele körperliche und psychische Erkrankungen eine gesundheitsbezogene Veränderung des bisherigen Verhaltens- und Lebensstils des betroffenen Versicherten erfordern. Die gesundheitsorientierte veränderte Lebensführung lässt sich aber oftmals im Rahmen der zeitlich befristeten originären Rehabilitationsleistung nicht hinreichend festigen, sodass zeitnah intensivierende Nachsorgeleistungen erforderlich sind. Eine erfolgreiche Nachsorge im Anschluss an Leistungen zur Teilhabe hat in diesen Fällen einen bedeutenden Einfluss auf den Erfolg der vorangegangenen Teilhabeleistung und damit für die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit. Außerdem kann eine erfolgreiche Nachsorge einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung von Krankheits- und späteren Rehabilitationskosten leisten.

Um hinsichtlich der Leistungen zur Nachsorge eine einheitliche Rechtsanwendung durch alle Rentenversicherungsträger sicherzustellen, hat die Deutsche Rentenversicherung Bund im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung erlassen (§ 17 Abs. 2 SGB VI). Die Richtlinie vom 11.5.2017 ist am 1.7.2018 für nach dem 30.6.2018 gestellte Anträge in Kraft getreten. In dieser Richtlinie sind Ziele, persönliche Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Leistungen zur Nachsorge näher ausgeführt.

7.2 Formen der Nachsorgeleistungen

Nachsorgeleistungen kommen zeitnah im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben in stationärer und ambulanter Form in Betracht. Auch telefonische Nachsorge wird bereits erfolgreich praktiziert. Leistungen zur Nachsorge sind auch im Anschluss an Leistungen zur Kinderrehabilitation zu erbringen, wenn dies zur Sicherung des Rehabilitationserfolgs erforderlich ist (§ 15a Abs. 2 Satz 2 SGB VI). Über das „Wie“ der Nachsorgeleistungen entscheidet der Rentenversicherungsträger nach pflichtgemäßem Ermessen. Dabei ist jeweils auf den individuellen Einzelfall (z. B. bisheriger Abhängigkeitskranker) abzustellen. Mit den abgestimmten Nachsorgeleistungen sollen verstärkt Eigeninitiativen gefördert, Selbsthilfepotentiale geweckt und gestärkt und die Rehabilitanden in den Alltag eingebunden werden. Zu den von der Deutschen Rentenversicherung konzipierten Nachsorgeprogrammen gehört z. B. die Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA).

Arten der Nachsorgeleistungen können z. B. sein:

- Ernährungsberatung und -schulung,
- Maßnahmen zur Verhaltensänderung (z. B. Nikotinentwöhnung, Stressbewältigung),
- Krankengymnastik,
- Schmerzbewältigungstraining,
- Psychotherapie.

7.3 Persönliche Voraussetzungen

Die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Nachsorge nach § 17 SGB VI haben die Versicherten oder die Kinder erfüllt, wenn die dortigen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen (§ 10 Abs. 3 SGB VI). Das bedeutet, dass die persönlichen Voraussetzungen gegeben sind, falls die Nachsorgeleistungen für den Betreffenden erforderlich sind, um den Erfolg der vorangegangenen Leistung zur Teilhabe (Hauptleistung) zu sichern.

7.4 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Für Leistungen zur Nachsorge hat der Gesetzgeber keine eigenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorgesehen. Sie sind entbehrlich, weil die Nachsorge als nachgehende Maßnahme unmittelbar an die Hauptleistung anschließt, für die die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 SGB VI bereits geprüft wurden.

ZUSAMMENFASSUNG

- Aufgabe der Leistungen zur Nachsorge ist es, den Erfolg einer vorangegangenen Leistung zur Teilhabe zu sichern. Dies soll durch eine gesundheitsbezogene Veränderung des bisherigen Verhaltens- und Lebensstils erreicht werden.
- Leistungen zur Nachsorge können in stationärer und ambulanter Form erbracht werden.
- Leistungen zur Nachsorge können zeitlich begrenzt werden. Mit den auf den Einzelfall abgestimmten Nachsorgemaßnahmen sollen verstärkte Eigeninitiativen gefördert, Selbsthilfepotentiale geweckt und gestärkt werden sowie eine bessere Einbindung in den Alltag bewirken.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

24. Welche gesetzliche Aufgabe haben die Leistungen zur Nachsorge?
25. Zählen Sie drei Arten von Nachsorgeleistungen auf.
26. Welche Wirkungen sind durch die Nachsorgeleistungen beim Betroffenen beabsichtigt?

8. Zuständigkeitsregelungen

LERNZIEL

- Sie können feststellen, welcher Rehabilitationsträger außerhalb und innerhalb der Rentenversicherung zuständig ist.

8.1 Zuständigkeitsabgrenzung der Rentenversicherungsträger gegenüber anderen Rehabilitationsträgern

Die Zuständigkeit eines Rehabilitationsträgers richtet sich entsprechend dem gegliederten System der Rehabilitation nach § 6 SGB IX und den für die Rentenversicherung geltenden speziellen Leistungsgesetzen. Danach wird die Zuständigkeit nach Art der Leistungen zur Teilhabe (siehe Leistungsgruppen 1 bis 5 des § 5 SGB IX) und durch die jeweiligen Ursachen der Behinderung, Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreis (z. B. Versicherter der Träger der Rentenversicherung erbringen bei Erfüllung der Voraussetzungen die in Abschnitt 2.4 aufgeführten Leistungen zur Teilhabe (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX, § 9 Abs. 1 SGB VI).

8.1.1 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Krankenversicherung

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind gegenüber den Krankenkassen die Träger der Rentenversicherung vorrangig zuständig (§§ 9, 15 SGB VI in Verbindung mit § 40 Abs. 4 SGB V). Die Träger der Krankenversicherung können derartige Leistungen grundsätzlich nur erbringen, wenn die persönlichen oder versicherungsrechtlichen Voraussetzungen in der Rentenversicherung nicht erfüllt sind (z. B. nicht rentenversichert) oder dort Ausschlussgründe vorliegen (z. B. Beamter). Eine gleichrangige Zuständigkeit zwischen Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen besteht jedoch bei Leistungen zur Prävention, Kinderrehabilitation und Nachsorge. In diesen Fällen ist der Rehabilitationsträger zuständig, bei dem die Leistung beantragt wurde.

Weitere Zuständigkeitsabgrenzungen zwischen Trägern der Renten- und Krankenversicherung ergeben sich aus § 13 Abs. 2 SGB VI:

- Grundsätzlich werden von der Rentenversicherung keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit erbracht. Lediglich während der stationären Rehabilitation auftretende akute Zwischen-Erkrankungen, sogenannte interkurrente Erkrankungen, werden seitens der Rentenversicherung mitbehandelt, falls dies ohne Verlegung möglich ist. Für ambulante Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) und Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) ist – in Abgrenzung zu Teilhabeleistungen aus der Rentenversicherung – die Krankenversicherung zuständig.
- Ebenfalls keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind von der Rentenversicherung anstelle sonst erforderlicher Krankenhausbehandlung zu erbringen.

Diese grundsätzlichen Abgrenzungskriterien werden auch im Zusammenhang mit dem Verfahren zur Durchführung der Anschlussrehabilitation (Anschlussheilbehandlung – AHB) und bei der Behandlung von Suchtkranken beachtet.

8.1.2 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Unfallversicherung

Bei Arbeitsunfällen (einschließlich Wegeunfälle) und Berufskrankheiten sind die erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben vorrangig von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaften,

Unfallkassen) zu erbringen (§§ 1, 26 SGB VII). Dementsprechend sind Leistungen zur Teilhabe aus der Rentenversicherung nicht zulässig, wenn der Versicherte aufgrund der Unfallschädigung gleichartige Leistungen von einem Träger der Unfallversicherung erhalten kann (Ausschluss nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI).

8.1.3 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Arbeitsförderung (Arbeitslosenversicherung)

Die Bundesagentur für Arbeit (bzw. ihre örtliche Agentur für Arbeit) als Träger der Arbeitsförderung (Arbeitslosenversicherung) darf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nur erbringen, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist (§ 22 Abs. 2 SGB III). Somit ist die Bundesagentur für Arbeit gegenüber den Rentenversicherungsträgern nachrangig zuständig. Das gilt auch in ihrer Eigenschaft als Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

Die grundsätzliche Vorrangigkeit der Rentenversicherungsträger führt jedoch nicht zwangsläufig dazu, dass diese in jedem Fall vor der Bundesagentur für Arbeit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durchzuführen haben. Sollten die erschwerten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§ 11 SGB VI) der Rentenversicherung nicht erfüllt sein, stellt sich für diesen Bereich nicht die Frage der Leistungserbringung. Zuständig ist dann – trotz „Nachrangigkeit“ – grundsätzlich die Bundesagentur für Arbeit, auch wenn beispielsweise keine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt wurden.

8.1.4 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Alterssicherung der Landwirte

Die landwirtschaftliche Alterskasse (bei der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau) als Träger der Alterssicherung der Landwirte führt für ihre versicherten Landwirte und deren versicherte mitarbeitende Familienangehörige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (sowie zur Prävention und Nachsorge) unter den gleichen Voraussetzungen wie die Rentenversicherung durch (§§ 7 bis 10 ALG).

Sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sowohl in der Alterssicherung der Landwirte als auch in der Rentenversicherung erfüllt, ist der Sozialleistungsbereich zuständig, bei dem zuerst der Antrag gestellt wurde.

8.1.5 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Kriegsopferversorgung und entsprechenden Bereichen des sozialen Entschädigungsrechts

Bei Gesundheitsschäden im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts (dem Bereich der Sozialversorgung zugeordnet) sind die erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben vorrangig von den Trägern der Kriegsopferversorgung/ Kriegsopferfürsorge (Versorgungsämter) bzw. den sonstigen sozialen Versorgungsverwaltungen zu erbringen (§§ 1, 10, 11, 26 ff. BVG). Die Zuständigkeit dieser Versorgungsverwaltungen ist nicht auf kriegsbedingte Versorgungsschäden nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) beschränkt. Denn im Laufe der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg ist dieses Gesetz durch verschiedene weitere Gesetze für entsprechend anwendbar erklärt worden. Mit Wirkung vom 1.1.2024 werden Kriegsopferversorgung bzw. -fürsorge sowie das BVG durch „Soziale Entschädigung“ sowie durch das neue SGB XIV abgelöst. Bis dahin sind nach derzeitigem Recht bei benötigten Teilhabeleistungen insbesondere folgende Personengruppen vom sozialen Entschädigungs- bzw. Versorgungsrecht erfasst:

- Deutsche bei Gesundheitsschäden, die durch militärischen oder militärähnlichen Dienst (z. B. Soldat im Zweiten Weltkrieg), durch Kriegseinwirkung (z. B. Bomben), Kriegsgefangenschaft oder Internierung entstanden sind (BVG),
- Soldaten der Bundeswehr bei Wehrdienstbeschädigung (Soldatenversorgungsgesetz – SVG),
- Zivildienstleistende bei Zivildienstbeschädigung (Zivildienstgesetz – ZDG),
- Politische Häftlinge der ehemaligen DDR bei Haftschäden (Häftlingshilfegesetz – HHG),
- Impfgeschädigte (Infektionsschutzgesetz – IfSG),
- Opfer von Gewalttaten bei hierdurch erlittenen Gesundheitsschäden (Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten – OEG).

Dementsprechend sind Leistungen zur Teilhabe aus der Rentenversicherung nicht zu erbringen, wenn der Versicherte aufgrund einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts gleichartige Leistungen von einem Träger der Entschädigungs- bzw. Versorgungsverwaltung erhalten kann (Ausschluss nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI).

8.1.6 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber dem Bund

Leistungen zur Teilhabe werden aus der Rentenversicherung nicht für Versicherte erbracht, wenn die Betroffenen wegen eines Einsatzunfalls, der Ansprüche nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz (EinsatzWVG) begründet, nach diesem Gesetz gleichartige Leistungen zur Sicherstellung der Weiterverwendung oder zur beruflichen Eingliederung erhalten können (Ausschluss nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI). Leistungsansprüche ergeben sich dann gegenüber dem Bund (der jedoch kein Rehabilitationsträger im Sinne des SGB IX ist).

8.1.7 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Jugendhilfe und Eingliederungshilfe

Die Träger der Jugendhilfe (SGB VIII) und der Eingliederungshilfe (SGB IX Teil 2) sind gegenüber den anderen Rehabilitationsträgern – und somit gegenüber den Rentenversicherungsträgern – grundsätzlich nachrangig zuständig.

8.2 Zuständigkeitsabgrenzung innerhalb der Rentenversicherung

In der **allgemeinen Rentenversicherung** sind für die Erfüllung der Aufgaben die Regionalträger, die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zuständig (§ 126 SGB VI). Grundsätzlich ist für Versicherte derjenige Rentenversicherungsträger zuständig, der durch die Datenstelle der Rentenversicherung bei der Vergabe der Versicherungsnummer festgelegt worden ist.

Diese Festlegung erfolgt in mehreren Schritten nach einem **Zuordnungsschlüssel**, und zwar 55 Prozent für Regionalträger, 40 Prozent für Deutsche Rentenversicherung Bund und 5 Prozent für Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (§ 127 SGB VI). Die örtliche Zuständigkeit der Regionalträger richtet sich bei Leistungsansprüchen im Wesentlichen nach dem Wohnsitz des Betroffenen im Zeitpunkt der wirksamen Antragstellung (§ 128 SGB VI). In der allgemeinen Rentenversicherung ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See hauptsächlich für Beschäftigte der Deutschen Bahn AG und in der Seefahrt zuständig (§ 129 SGB VI). Als Träger der **knappschaftlichen Rentenversicherung** ist sie außerdem im Wesentlichen für Beschäftigte in knappschaftlichen Betrieben zuständig (§ 133 SGB VI).

8. Zuständigkeitsregelungen

8.3 Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX

Die Zuständigkeitsvielfalt darf nicht dazu führen, dass sich die Ausführung notwendiger Leistungen zur Teilhabe verzögert. Deshalb ist im Interesse einer schnellen Leistungserbringung ein beschleunigtes Verfahren zur Zuständigkeitsklärung vorgesehen. Werden bei dieser Prüfung die vom Gesetzgeber vorgegebenen Weiterleistungsfristen nicht eingehalten, kann dies im Interesse einer schnellen Leistungserbringung zu einer Leistungszuweisung an den fristüberschreitenden Rehabilitationsträger führen, obwohl dieser an sich gar nicht zuständig ist. Es besteht dann aber die Möglichkeit eines Erstattungsanspruchs gegenüber dem an sich tatsächlich zuständigen Rehabilitationsträger (§ 16 SGB IX).

Grundsätzlich muss der Rehabilitationsträger, bei dem der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe gestellt ist, innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang feststellen, ob er zuständig ist. Sollte das nicht der Fall sein, hat er den Antrag unverzüglich – also ohne schuldhaftes Zögern – an den seiner Meinung nach zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten. Muss für diese Feststellung erst noch die Ursache der Behinderung (z. B. Arbeitsunfall) geklärt werden, ist der Antrag dem Rehabilitationsträger zuzuleiten, der die Leistung zur Teilhabe ohne Rücksicht auf die Ursache zu erbringen hat (§ 14 Abs. 1 SGB IX).

Ist innerhalb der Zweiwochenfrist die Zuständigkeitsprüfung erfolgt und hat der zuerst angegangene Rehabilitationsträger den Antrag wegen fehlender eigener Zuständigkeit an einen anderen Träger weitergeleitet, dann muss dieser – ungeachtet seiner eigenen Einschätzung zur Frage der tatsächlichen Zuständigkeit – die Teilhabeleistungen erbringen, sofern diese in seinem Leistungsspektrum vorgesehen sind und ein Rehabilitationsbedarf besteht. Dem Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet wurde, ist insoweit ein weiteres Abgaberecht verwehrt, er hat jedoch gegebenenfalls einen Erstattungsanspruch. Sollte die Leistung jedoch überhaupt nicht in seinem Leistungsspektrum enthalten sein, besteht die Möglichkeit, den Antrag nochmals einvernehmlich an den tatsächlich zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten, dem dann die Leistungspflicht obliegt (§ 14 Abs. 3 SGB IX).

Die Rehabilitationsträger haben nach § 26 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX Gemeinsame Empfehlungen zu vereinbaren, wie Leistungen zur Teilhabe nach § 14 (und § 15) SGB IX koordiniert werden. Die Gemeinsamen Empfehlungen werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Bundesländern vereinbart (§ 26 Abs. 7 SGB IX). Die aktuelle Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ enthält auch verbindliche Empfehlungen zur Zuständigkeitsklärung und der Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens.

ZUSAMMENFASSUNG

- Die Vielzahl von Rehabilitationsträgern erfordert Zuständigkeitsregelungen. Bei der Zuständigkeitsabgrenzung der Rentenversicherungsträger gegenüber den anderen Trägern bestimmen neben Art der Leistungen auch Ursache der Behinderung, Zugehörigkeit zu bestimmten Personenkreisen und Vor- bzw. Nachrangigkeit die Zuständigkeit.
- Innerhalb der Rentenversicherung richtet sich die Zuständigkeit nach den Vorschriften des SGB VI (§§ 125 ff.). In der allgemeinen Rentenversicherung sind für die Erfüllung der Aufgaben die Regionalträger, die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zuständig. Die genaue Zuordnung erfolgt über die Vergabe der Versicherungsnummer. Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist außerdem Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung.
- Im Interesse einer schnellen Leistungserbringung muss der Rehabilitationsträger, bei dem der Antrag gestellt ist, innerhalb von zwei Wochen seine Zuständigkeit prüfen und gegebenenfalls den Antrag unverzüglich weiterleiten (§ 14 SGB IX).

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

27. Stellen Sie fest, welcher Rehabilitationsträger in den nachfolgenden Fällen für die Leistung zuständig ist. Die persönlichen bzw. versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind erfüllt.

- a) stationäre Rehabilitation aufgrund eines Arbeitsunfalls,
- b) Akutbehandlung im Krankenhaus wegen Entgiftung,
- c) stationäre Rehabilitation wegen Rheuma,
- d) Weiterbildung (Umschulung) wegen Kreislauferkrankung.

28. Für den in einem knappschaftlichen Betrieb beschäftigten Otto Fux werden Beiträge zur knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlt. Der Versicherte stellt am 27.2.2023 einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe aus der Rentenversicherung.

Stellen Sie fest, welcher Rentenversicherungsträger für die Leistungen zur Teilhabe zuständig ist.

9. Mitwirkung des Leistungsberechtigten

LERNZIEL

- Sie können den Umfang der Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten sowie die Rechtsfolgen fehlender Mitwirkung erläutern.

9.1 Umfang der Mitwirkungspflichten

Um das Ziel der Leistungen zur Teilhabe, nämlich

- den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken und
- ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder die Wiedereingliederung zu ermöglichen,

zu erreichen, bedarf es bestimmter Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten. Werden diese Pflichten nicht erfüllt, kann es zu Rechtsnachteilen für den Betroffenen kommen.

Die Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten sind im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuchs genannt (§§ 60 ff. SGB I). Sie betreffen die Aufklärung des Sachverhalts und die Verpflichtung zur Teilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Grundgedanke der Mitwirkungspflicht ist, dass das Sozialstaatsprinzip nicht nur Ansprüche begründet, sondern auch soziale Verpflichtungen des Einzelnen gegenüber der Allgemeinheit enthält. So ist mit dem Recht auf Sozialleistungen die grundsätzliche Pflicht zur Abwendung oder Minderung der Schädigungsursachen verbunden, die die Leistungen begründen.

9.1.1 Aufklärung des Sachverhalts

Der Versicherte hat die Pflicht, im notwendigen Maße an der Aufklärung des Sachverhalts, der für die Feststellung der Leistungen zur Teilhabe erforderlich ist, mitzuwirken (§§ 60 bis 62 SGB I). Deshalb muss der Betreffende alle Tatsachen wahrheitsgemäß angeben und Auskünften durch Dritte, z. B. den Hausarzt oder den Arbeitgeber, zustimmen, die für die Frage der Rehabilitation bzw. Teilhabe rechtserheblich sind (§ 60 SGB I). Erforderliche Beweismittel, wie ärztliche Gutachten, Sozialberichte oder Röntgenbilder, sind zu benennen bzw. vorzulegen.

Sollte es im Einzelfall für die Entscheidung über die Teilhabeleistung erforderlich sein, hat der Versicherte auf Verlangen des Rentenversicherungsträgers persönlich zu erscheinen (§ 61 SGB I). Diese Aufforderung kann an den Versicherten ergehen, wenn es notwendig ist, den Antrag mündlich zu erörtern, oder um bestimmte für die Entscheidung wichtige Maßnahmen einzuleiten.

Soweit es für die Entscheidung über die Teilhabeleistung erforderlich ist, hat sich der Versicherte auf Verlangen des Rentenversicherungsträgers auch ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen (§ 62 SGB I). Diese können notwendig sein, um festzustellen, welche Hilfen überhaupt infrage kommen oder ob eine Erfolgsaussicht der beantragten Leistungen besteht.

9.1.2 Teilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Teilhabe am Arbeitsleben

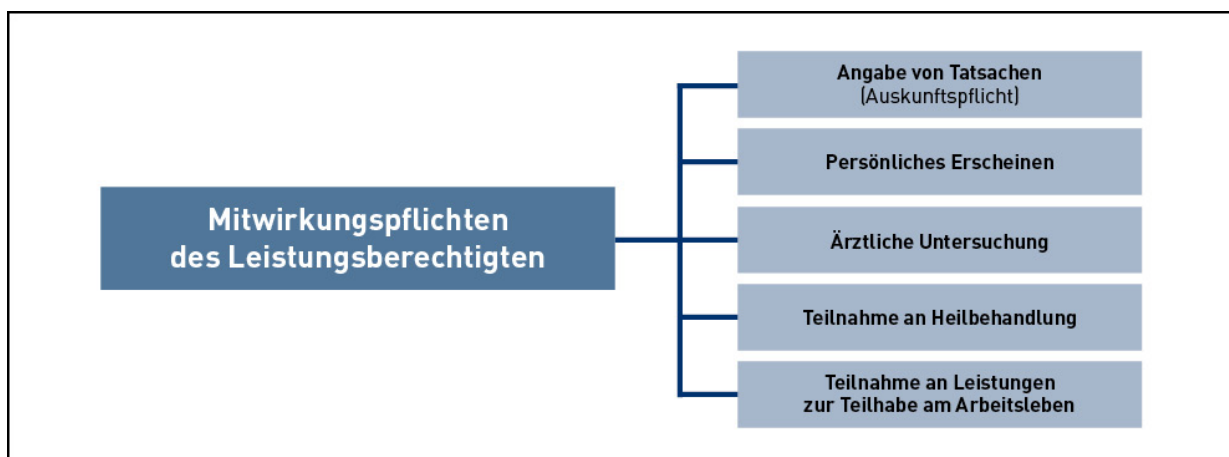
Die wichtigste Mitwirkungspflicht des Versicherten im Bereich der Teilhabeleistungen bezieht sich auf seine Teilnahme an notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 63 und 64 SGB I).

Der Versicherte soll Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen, wenn zu erwarten ist, dass damit eine Besserung des Gesundheitszustands herbeigeführt oder eine Verschlechterung verhindert wird (§ 63 SGB I). Diese Mitwirkungspflicht erschöpft sich nicht darin, dass der Betreffende die Leistungen passiv in Anspruch nimmt. Vielmehr muss er nach Kräften am Rehabilitations- bzw. Teilhabeerfolg mitarbeiten. Besondere Bedeutung erlangt die Pflicht zur Mitwirkung des Leistungsberechtigten, wenn dieser selbst keine Teilhabeleistungen beantragt hat, sondern ihm solche im Zuge des Rentenverfahrens angeboten werden.

Angemessenen Wünschen des Versicherten, z. B. die Zuweisung eines bestimmten Rehabilitationsorts oder die Ausklammerung bestimmter Zeiten, soll der Rentenversicherungsträger im Interesse des Rehabilitations- bzw. Teilhabeerfolgs nach Möglichkeit entsprechen. Sie dürfen dem Ziel der Rehabilitation und Teilhabe nicht entgegenstehen (§§ 33 SGB I, 8 SGB IX).

Auf Verlangen des zuständigen Rentenversicherungsträgers soll der Versicherte auch an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen (§ 64 SGB I). Die Aufforderung zur Teilnahme an solchen Leistungen wird der Versicherte – z. B. im Zuge des Rentenverfahrens – nur erhalten, wenn bei angemessener Berücksichtigung seiner beruflichen Neigung und seiner Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, dass sie die Erwerbsfähigkeit auf Dauer erhalten oder wiederherstellen.

Abbildung 12: Die Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten (§§ 60 bis 64 SGB I)



9.2 Grenzen der Mitwirkung

Der Versicherte ist nicht zur generellen Mitwirkung verpflichtet. Die genannten Mitwirkungspflichten finden ihre Grenzen in der Zumutbarkeit der Leistung und körperlichen Unversehrtheit des Leistungsberechtigten (§ 65 SGB I).

Keine Mitwirkungspflicht des Betroffenen besteht in folgenden Fällen:

- Erfüllung steht in keinem angemessenen Verhältnis zur Teilhabeleistung,
- Unzumutbarkeit aus einem wichtigen Grund,
- Rentenversicherungsträger kann sich die erforderlichen Kenntnisse mit geringerem Aufwand beschaffen,
- Behandlungen oder Untersuchungen schließen einen Schaden für Leben bzw. Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit aus,
- Behandlungen oder Untersuchungen sind mit erheblichen Schmerzen verbunden,
- Behandlungen oder Untersuchungen sind mit einem erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit verbunden (z. B. bei Operation),
- Angaben setzen Leistungsberechtigten oder nahestehende Personen der Gefahr einer strafrechtlichen Verfolgung oder eines Ordnungswidrigkeitsverfahrens aus.

In diesen Fällen darf der Versicherte die Mitwirkung berechtigt verweigern. Nachteilige Folgen der fehlenden Mitwirkung entstehen ihm nicht.

9.3 Folgen fehlender Mitwirkung

Kommt jemand seinen bestehenden Mitwirkungspflichten pflichtwidrig nicht nach, können sich für ihn nachteilige Rechtsfolgen ergeben (§ 66 SGB I). Diese Nachteile treten jedoch nicht ein, wenn der Berechtigte die Mitwirkung zu Recht verweigern darf (vgl. Abschnitt 9.2).

Nachteilige Rechtsfolgen können sich für den Leistungsberechtigten bei fehlender Mitwirkung ergeben, wenn er

- pflichtwidrig die mögliche Sachaufklärung verzögert bzw. verhindert oder
- pflichtwidrig an einer zumutbaren Heilbehandlung oder Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht teilnimmt.

9.3.1 Verzögerung oder Verhinderung der Sachaufklärung

Kommt der Versicherte seiner Mitwirkungspflicht, Tatsachen anzugeben, Beweismittel zu benennen bzw. einzureichen oder sich untersuchen zu lassen, nicht nach, so verzögert oder verhindert er damit unter Umständen pflichtwidrig die mögliche Aufklärung des Sachverhalts. Der Rentenversicherungsträger ist dann berechtigt, von weiteren eigenen Ermittlungen abzusehen und nach vorherigem schriftlichem Hinweis auf die Folgen, den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe abzulehnen. Bereits bewilligte Leistungen können versagt oder entzogen werden (§ 66 Abs. 1 SGB I). Wird die Mitwirkung später nachgeholt, kann der Rentenversicherungsträger die versagten oder entzogenen Leistungen bei Erfüllung der Voraussetzungen nachträglich erbringen (§ 67 SGB I).

9.3.2 Nichtteilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Teilhabe am Arbeitsleben

Kommt der Versicherte seiner Mitwirkungspflicht zur Durchführung einer zumutbaren Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht nach, kann sich aufgrund seines pflichtwidrigen Verhaltens für ihn ein Bedarf an kostenaufwändigen anderen Sozialleistungen ergeben. Andere Sozialleistungen innerhalb oder außerhalb der Rentenversicherung sind z. B.: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Krankengeld oder Arbeitslosengeld. Diese Leistungen können vom zuständigen Leistungsträger (z. B. Rentenversicherungsträger, Krankenkasse, Agentur für Arbeit) ganz oder teilweise versagt

bzw. entzogen werden, das heißt die Zahlung wird unter Umständen abgelehnt (§ 66 Abs. 2 SGB I).

Voraussetzung für die Versagung oder Entziehung ist, dass unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass wegen der Weigerung des Versicherten die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wurde. Zwischen der Weigerung des Versicherten, die angebotene Leistung zur Teilhabe ausführen zu lassen und der zur anderen Sozialleistung führenden Beeinträchtigung muss also ein ursächlicher Zusammenhang bestehen.

Bei Versagung oder Entziehung der Sozialleistung ist auch hier zu beachten, dass der Leistungsberechtigte vorher auf diese Folge schriftlich hingewiesen wurde und er seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist (§ 66 Abs. 3 SGB I). Wird die Mitwirkung später nachgeholt, kann der Leistungsträger die versagte oder entzogene Leistung bei Erfüllung der Voraussetzungen nachträglich erbringen (§ 67 SGB I).

Der Versicherte kann die Folgen fehlender Mitwirkung (Versagung oder Entziehung anderer Leistungen) nicht dadurch umgehen, dass er auf die von ihm nicht gewünschte Teilhabeleistung verzichtet. Zwar ist ein Verzicht auf Sozialleistungen zulässig (§ 46 Abs. 1 SGB I). Das gilt allerdings nicht, wenn dadurch andere belastet oder Rechtsvorschriften umgangen werden. In diesen Fällen ist der Verzicht unwirksam (§ 46 Abs. 2 SGB I). Ein Verzicht auf notwendige Leistungen zur Teilhabe würde zur Umgehung gesetzlicher Vorschriften (z. B. hinsichtlich der Mitwirkungspflichten und des Prinzips „Teilhabeleistung vor Rente“) führen und Leistungsträger belasten. Der Verzicht wäre daher insoweit unwirksam.

ZUSAMMENFASSUNG

- Für den Versicherten gibt es beim Verwaltungsverfahren hinsichtlich der Leistungen zur Teilhabe Mitwirkungspflichten. Sie bestehen darin, dass er zur Aufklärung des Sachverhalts beiträgt und dabei auch ärztliche Untersuchungen akzeptiert. An angebotenen – zumutbaren – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hat er grundsätzlich teilzunehmen.
- Keine Mitwirkungspflicht besteht bei Unzumutbarkeit, z. B. bei Schaden für Gesundheit, oder bei erheblichem Eingriff in die körperliche Unversehrtheit (= Grenzen der Mitwirkung).
- Werden Mitwirkungspflichten nicht erfüllt, ergeben sich unter Umständen nachteilige Rechtsfolgen. Diese bestehen in der Ablehnung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe oder im Versagen bzw. Entziehen anderer Sozialleistungen (z. B. Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit), die nunmehr erforderlich wären.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

29. Zählen Sie die verschiedenen Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten im Zusammenhang mit dem Verfahren auf Feststellung von Leistungen zur Teilhabe auf.
30. Erklären Sie die Bezeichnung „Grenzen der Mitwirkungspflicht“, und nennen Sie die typischen Beispiele.
31. Erläutern Sie die Rechtsfolgen bei fehlender Mitwirkung.

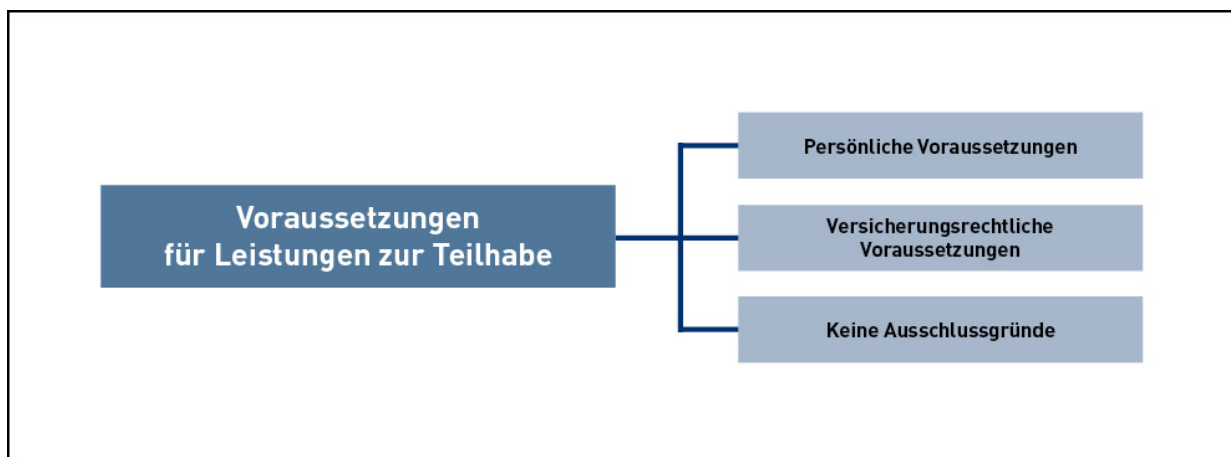
10. Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe

LERNZIEL

- Sie können feststellen, ob die Voraussetzungen für Teilhabeleistungen vorliegen und gegebenenfalls Ausschlussgründe bestehen.

Teilhabeleistungen aus der Rentenversicherung sind zu erbringen, wenn sowohl die persönlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB VI) als auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§ 11 SGB VI) erfüllt sind und keine Ausschlussgründe (§ 12 SGB VI) vorliegen.

Abbildung 13: Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe aus der Rentenversicherung



10.1 Persönliche Voraussetzungen

Als persönliche Voraussetzungen bezeichnet man im Wesentlichen die medizinischen Erfordernisse, die für Teilhabeleistungen aus der Rentenversicherung vorliegen müssen. Diese persönlichen Voraussetzungen sind (§ 10 SGB VI):

- a) erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge Krankheit oder körperlicher, geistiger bzw. seelischer Behinderung (also gesundheitliche Gründe) und
- b) Erfolgsaussicht der Leistungen zur Teilhabe
 - durch voraussichtliche Abwendung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit) oder
 - durch voraussichtliche wesentliche Besserung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit oder Abwendung einer wesentlichen Verschlechterung (bei bereits geminderter Erwerbsfähigkeit) oder
 - durch Erhalt oder Erwerb des (Teilzeit-) Arbeitsplatzes mittels Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (bei teilweiser Erwerbsminderung).

Die Erwerbsfähigkeit des Versicherten muss also erheblich gefährdet oder gemindert sein, und es muss außerdem eine Erfolgsaussicht der Teilhabeleistung bestehen. Von einer Erfolgsaussicht ist auszugehen, wenn der Erfolg der Teilhabeleistung überwiegend – also über 50 Prozent – wahrscheinlich ist. Zur Klärung der medizinischen Fragen wird der ärztliche Dienst eingeschaltet.

Für Leistungen zur Prävention, Kinderrehabilitation und Nachsorge (§§ 14, 15a, 17 SGB VI) haben die Versicherten oder die Kinder die persönlichen Voraussetzungen bei Vorliegen der dortigen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt (§ 10 Abs. 3 SGB VI; vgl. dazu Abschnitte 3.3, 5.2 und 7.3).

10.1.1 Erwerbsfähigkeit

Unter der Erwerbsfähigkeit versteht man die Fähigkeit des Versicherten, sich unter Ausnutzung der Arbeitsmöglichkeiten, die sich ihm nach seinen Kenntnissen sowie körperlichen und geistigen Fähigkeiten im gesamten Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, einen Erwerb zu verschaffen. Gemeint ist damit die Fähigkeit zum Erwerb von Einkünften aus einer Beschäftigung oder Tätigkeit, also aus einer Erwerbstätigkeit. Hieraus erzielte Einkünfte werden als Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Lohn oder Gehalt bezeichnet.

Es muss eine erhebliche Gefährdung oder Minderung dieser Erwerbsfähigkeit vorliegen. Erhebliche Gefährdung ist anzunehmen, wenn nach dem erwarteten Verlauf der Krankheit oder der Behinderung eine Minderung der Erwerbsfähigkeit innerhalb von drei Jahren zu erwarten ist. Bei Minderung der Erwerbsfähigkeit ist als der „schwerere Fall“ eine nicht unwesentliche Einbuße in der Leistungsfähigkeit bereits eingetreten.

10.1.2 Krankheit oder Behinderung

Die Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit muss auf Krankheit bzw. körperliche, geistige oder seelische Behinderung zurückzuführen sein. Das bedeutet, dass die persönlichen Voraussetzungen nur erfüllt sein können, wenn gesundheitliche Gründe für die Leistungseinschränkung ausschlaggebend sind. Liegen andere Gründe – z. B. Arbeitslosigkeit wegen Abbaus von Arbeitsplätzen – für die Minderung der Erwerbsfähigkeit vor, sind in Betracht kommende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus der Rentenversicherung nicht zu erbringen (zuständig dann grundsätzlich Bundesagentur für Arbeit mit Leistungen aus der Arbeitsförderung bzw. der Grundsicherung für Arbeitsuchende).

Krankheit ist ein vorübergehender regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand, bei dem die geordneten Funktionsabläufe im menschlichen Körper oder Geist gestört sind. Normalerweise setzt Krankheit Behandlungsbedürftigkeit voraus oder hat Arbeitsunfähigkeit zur Folge. Für den Rehabilitationsbereich ist dies aber nicht Bedingung.

Behinderung ist ein voraussichtlich über sechs Monate andauernder und für das Lebensalter abweichender atypischer Zustand mit körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen. Dieser Zustand führt in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren zu Einschränkungen an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft (§ 2 Abs. 1 SGB IX).

10.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind in § 11 SGB VI geregelt. Sie sind für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Prävention und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilweise unterschiedlich.

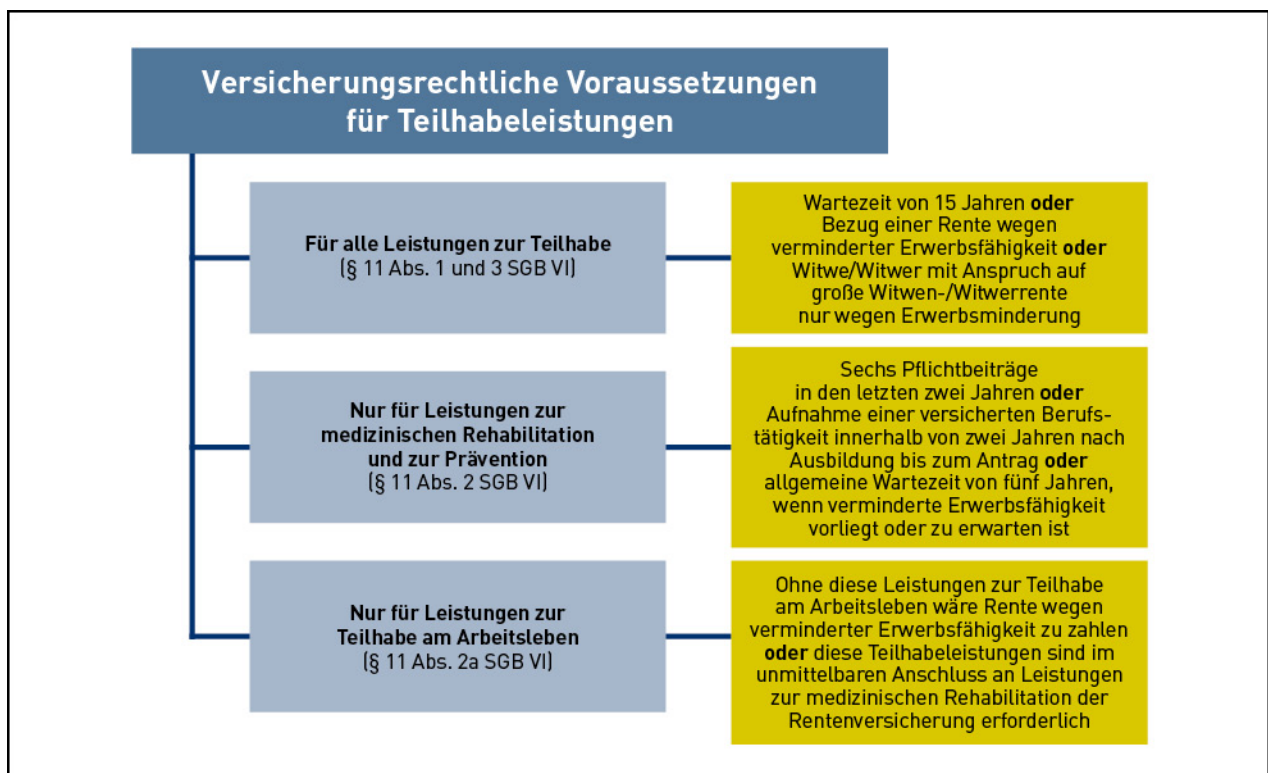
Für die medizinische Rehabilitation und die Prävention gelten die Absätze 1, 2 und 3 der Vorschrift, während für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Absätze 1, 2a und 3 maßgebend sind. Es genügt, wenn wahlweise eine der infrage kommenden Voraussetzungen erfüllt ist. Eine bestimmte Rangfolge ist vom Gesetzgeber nicht festgelegt.

Für die Kinderrehabilitation (§ 15a SGB VI) an Kinder von Versicherten werden die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen über das versicherte Elternteil erfüllt (siehe dazu Abschnitt 5.3).

Für Leistungen zur Nachsorge (§ 17 SGB VI) ist auf das Ergebnis der Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der vorausgegangenen Hauptleistung abzustellen.

Bei der Beurteilung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen kommt es jeweils auf den Zeitpunkt der wirksamen Antragstellung an. Soweit der Rentenversicherungsträger von Amts wegen Teilhabeleistungen erbringen will, gilt der Tag der Zustimmung des Versicherten als Zeitpunkt der Antragstellung (§ 115 Abs. 4 SGB VI).

Abbildung 14: Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe aus der Rentenversicherung (§ 11 SGB VI)



10.2.1 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen für alle Leistungen zur Teilhabe

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind für alle Arten der Leistungen zur Teilhabe einschließlich zur Prävention erfüllt, wenn der Versicherte die Wartezeit von 15 Jahren bei Antragstellung erreicht hat (§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI). Als Wartezeit bezeichnet man die für die jeweilige Rentenart erforderliche Mindestversicherungszeit (§ 34 Abs. 1 SGB VI). Die 15 Jahre setzen sich aus 180 Kalendermonaten anrechenbarer Zeiten im Sinne des § 51 Abs. 1 und 4 SGB VI zusammen, das heißt aus Beitragszeiten (Pflichtbeiträge und freiwillige

10. Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe

Beiträge) und Ersatzzeiten (§ 250 SGB VI). Gegebenenfalls kommen noch Wartezeitmonate aus Versorgungsausgleich, Rentensplitting oder geringfügiger Beschäftigung hinzu (§ 52 SGB VI).

Wegen Einzelheiten zur Wartezeit sowie zu den Beitrags- und Ersatzzeiten wird auf die Studententexte Nr. 19 „Wartezeiten“ und Nr. 23 „Versorgungsausgleich“ verwiesen.

Alternativ sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Teilhabeleistungen auch dann erfüllt, wenn bei Antragstellung eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezogen wird (§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI). Hierunter fallen die Renten wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung (§§ 43, 240 SGB VI) und im Bereich der knappschaftlichen Rentenversicherung außerdem die Rente für Bergleute (§ 45 SGB VI). Wegen Einzelheiten zu diesen Renten wird auf den Studententext Nr. 17 „Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit“ verwiesen.

Darüber hinaus sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für überlebende Ehegatten erfüllt, die im Zeitpunkt der Antragstellung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, z. B. teilweiser Erwerbsminderung, Anspruch auf große Witwen- oder Witwerrente nach § 46 SGB VI haben (§ 11 Abs. 3 SGB VI). Diese Regelung bedeutet, dass auch nichtversicherte Personen Leistungen zur Teilhabe erhalten können. Sie gelten dann – nur für das Rehabilitations- und Teilhaberecht – als Versicherte.

Die verminderte Erwerbsfähigkeit muss beim überlebenden Ehegatten der alleinige Grund für den Anspruch auf die große Witwen- oder Witwerrente sein (§ 46 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB VI). Wer bei Antragstellung bereits das maßgebende Lebensalter (Vollendung des 45./47. Lebensjahres) erreicht hat oder ein Kind erzieht, erfüllt diese Voraussetzung nicht. Dies ist in dem Prinzip „Teilhabeleistung vor Rente“ begründet (vgl. Abschnitt 1.2.1). Denn nur, wenn die verminderte Erwerbsfähigkeit der alleinige Grund für den Anspruch auf die große Rente ist, kann diese Rente nach Beseitigung der Erwerbsminderung in die kleine Witwen- bzw. Witwerrente „umgewandelt“ werden bzw. der Witwen- oder Witwerrentenanspruch entfällt vollständig, weil die Zweijahresfrist nach § 46 Abs. 1 Satz 2 SGB VI bereits abgelaufen ist. Der Anspruch auf die große Witwen- oder Witwerrente braucht nur dem Grunde nach zu bestehen. Ein fehlender Zahlungsanspruch infolge Einkommensanrechnung (§ 97 SGB VI) ist unschädlich. Hinsichtlich des Anspruchs auf große Witwen- bzw. Witwerrente wird auf den Studententext Nr. 18 „Renten wegen Todes“ verwiesen.

10.2.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen nur für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Prävention

Lediglich für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Prävention – also nicht für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen außerdem unter den Bedingungen des § 11 Abs. 2 SGB VI erfüllt.

Es genügt, wenn in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung mindestens sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen belegt sind (§ 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB VI). Pflichtbeiträge in diesem Sinne sind sämtliche Arten von Beiträgen, die wegen Versicherungspflicht in der Rentenversicherung gezahlt sind oder als gezahlt gelten (§ 11 Abs. 2 Satz 2 SGB VI in Verbindung mit der Gleichstellungsklausel in § 55 Abs. 2 SGB VI). Außer den Pflichtbeiträgen aufgrund einer versicherten Beschäftigung oder Tätigkeit (§§ 1, 2 SGB VI) gehören also z. B. auch Pflichtbeiträge aufgrund von Wehr- bzw. Zivildienstpflicht (§ 3 Satz 1 Nr. 2 SGB VI), Sozialleistungsbezugs (§ 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI) oder wegen Kindererziehung (§ 56 SGB VI) dazu.

Der Zweijahreszeitraum berechnet sich nach § 26 SGB X in Verbindung mit den §§ 187 und 188 BGB und endet somit am Tag vor der Antragstellung. Die „Feiertagsregelung“ des § 26 Abs. 3 SGB X gilt bei dieser „Rückwärtsfrist“ nicht.

Beispiel:

Antrag auf Leistungen zur Teilhabe	21.6.2023
Zweijahreszeitraum	21.6.2021 bis 20.6.2023

Der Zweijahreszeitraum verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Bürgergeld nach dem SGB II (§ 11 Abs. 2 Satz 3 SGB VI).

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch erfüllt, wenn der Versicherte innerhalb von zwei Jahren nach dem Ende einer Ausbildung eine pflichtversicherte Beschäftigung oder Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt hat (§ 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VI). Der Antragsteller muss also grundsätzlich von der erstmaligen Aufnahme der Berufstätigkeit nach der Ausbildung bis zur Antragstellung ununterbrochen versicherungspflichtig beschäftigt oder tätig gewesen sein. Nicht erforderlich ist, dass die Berufstätigkeit stets bei demselben Arbeitgeber ausgeübt wurde.

Unter Ausbildung ist die Schul- und Berufsausbildung zu verstehen. Ein erfolgreicher Abschluss ist nicht notwendig. Von einer Ausbildung im Sinne der Rentenversicherung ist aber nur auszugehen, wenn Zeit und Arbeitskraft hierdurch überwiegend (mehr als 20 Stunden pro Woche) in Anspruch genommen werden. Bei mehreren Ausbildungen ist von der letzten Ausbildung auszugehen.

Beispiel:

Schul Ausbildung	1.7.2011 bis 30.6.2013
versicherte Beschäftigung	1.11.2015 bis 31.3.2018
Studium	1.10.2021 bis 15.3.2022 (Abbruch)
versicherte Beschäftigung	2.6.2023 bis 31.7.2023
Antrag auf Leistungen zur Teilhabe	20.7.2023

Die versicherte Beschäftigung ist fristgerecht am 2.6.2023 innerhalb des maßgebenden Zweijahreszeitraums (16.3.2022 bis 15.3.2024) aufgenommen worden. Die Beschäftigung wurde auch ununterbrochen bis zur Antragstellung ausgeübt. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und für Leistungen zur Prävention sind erfüllt.

Normalerweise muss das versicherte Arbeitsverhältnis bis zur Antragstellung bestehen. Alternativ reicht es aber aus, wenn der Versicherte bei vorher beendeter versicherter Beschäftigung oder Tätigkeit im unmittelbaren Anschluss daran ohne Unterbrechung bis zur Antragstellung arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen ist. In diesem Fall muss der Zeitraum zwischen Aufnahme der versicherten Berufstätigkeit innerhalb von zwei Jahren nach Ausbildungsende und dem Antrag lückenlos mit Pflichtbeiträgen, Arbeitsunfähigkeits- und Arbeitslosenzeiten belegt sein.

Beispiel:

Schulausbildung	11.4.2019 bis 31.3.2021
versicherte Beschäftigung	1.3.2023 bis 15.4.2023
Arbeitsunfähigkeit	16.4.2023 bis 30.7.2023
Antrag auf Leistungen zur Teilhabe	10.7.2023

Die versicherte Beschäftigung ist fristgerecht am 1.3.2023 innerhalb des maßgebenden Zweijahreszeitraums (1.4.2021 bis 31.3.2023) aufgenommen worden. Im unmittelbaren Anschluss an diese Beschäftigung liegt bis zum Antrag Arbeitsunfähigkeit vor. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und für Leistungen zur Prävention sind erfüllt.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch von demjenigen erfüllt, der vermindert erwerbsfähig (also insbesondere teilweise oder voll erwerbsgemindert) ist oder bei dem dies in absehbarer Zeit (innerhalb von drei Jahren) zu erwarten ist, wenn die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren bei Antragstellung erreicht ist (§ 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB VI). Diese Wartezeit setzt sich aus 60 Kalendermonaten anrechenbarer Zeiten im Sinne des § 51 Abs. 1 und 4 SGB VI – also Beitrags- und Ersatzzeiten – und den Wartezeitmonaten aus Versorgungsausgleich, Rentensplitting oder geringfügiger Beschäftigung (§ 52 SGB VI) zusammen (vgl. hierzu den Studententext Nr. 19 „Wartezeiten“ und Studententext Nr. 23 „Versorgungsausgleich“). Die allgemeine Wartezeit kann auch vorzeitig erfüllt sein (§ 53 SGB VI).

10.2.3 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen nur für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 11 Abs. 2a SGB VI auch dann erfüllt, wenn

- ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu zahlen wäre oder
- diese Leistungen unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung erforderlich sind.

Diese Sonderregelungen bewirken eine Zuständigkeitsverlagerung von der Arbeitsförderung (Arbeitslosenversicherung) zur Rentenversicherung. Denn auch solche Versicherten, die keine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (§§ 43, 45, 240 SGB VI) beziehen, können bereits dann Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus der Rentenversicherung erhalten, wenn sie Anspruch auf eine solche Rente hätten. Dies gilt unabhängig davon, ob ein Rentenantrag gestellt ist.

Ebenso kann der Rentenversicherungsträger nach durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im unmittelbaren Anschluss daran erforderliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen. In diesem Fall wird das gesamte Leistungsverfahren innerhalb der Rentenversicherung durchgeführt. Dies fördert den zügigen und kontinuierlichen Ablauf der Teilhabeleistungen.

10.3 Ausschluss von Leistungen zur Teilhabe

Trotz Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind Leistungen zur Teilhabe aus der Rentenversicherung unzulässig, wenn Ausschlussgründe vorliegen (§ 12 Abs. 1 SGB VI). Zum Leistungsausschluss kommt es, falls aus anderen

Sozialleistungsbereichen oder sonstigen Sicherungssystemen vorrangig entsprechende Leistungen zu erbringen sind oder das Erwerbsleben aus Altersgründen bereits abgeschlossen ist.

Keine Leistungen zur Teilhabe werden aus der Rentenversicherung für Versicherte in folgenden Fällen erbracht:

- Bei Teilhabeleistungen wegen eines Arbeitsunfalls (einschließlich Wegeunfall), einer Berufskrankheit bzw. einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts oder bei Leistungen zur Eingliederung nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz aufgrund eines Einsatzunfalls.

In diesen Fällen haben vorrangig die Träger der Unfallversicherung bzw. Träger der Kriegsopferversorgung/Kriegsopferfürsorge oder der Bund die Leistungen zu erbringen (vgl. Kapitel 8.1.2, 8.1.5 und 8.1.6).

- Bei Bezug oder Beantragung einer Altersrente von wenigstens zwei Dritteln (66,6667 Prozent) der Vollrente.

In diesen Fällen ist aufgrund des Anteils der Altersrente davon auszugehen, dass das Erwerbsleben im Wesentlichen abgeschlossen und eine dauerhafte Eingliederung in das Berufsleben nicht mehr möglich ist. Wird ein Antrag auf Altersrente erst nach Beendigung der Teilhabeleistung gestellt, erfolgt kein rückwirkender Leistungsausschluss. Teilrenten im Umfang von weniger als zwei Dritteln der Vollrente sind – unabhängig vom Alter des Versicherten – ebenfalls kein Ausschlussgrund.

- Bei einer ausgeübten Beschäftigung, aus der nach beamtenrechtlichen oder beamtenrechtsähnlichen Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist.

Hiervon sind z. B. Beamte (auf Lebenszeit), Richter und Dienstordnungs-Angestellte betroffen. Für sie sind hinsichtlich des Schutzes bei Erwerbsminderung oder Alter z. B. die beamtenmäßigen Sondersysteme zuständig. Bei Rehabilitationsbedarf haben diese Personen einen Beihilfeanspruch gegen den öffentlich-rechtlichen Dienstherrn oder Arbeitgeber bzw. Ansprüche auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gegenüber ihrer Krankenkasse. Liegen bei einem Beamten auf Widerruf oder auf Probe Versorgungsanwartschaften noch nicht vor, kann er bei Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen Teilhabeleistungen aus der Rentenversicherung erhalten.

- Bei Personen, die als Bezieher einer Altersversorgung versicherungsfrei sind.

Hiervon sind z. B. Ruhestandsbeamte wegen Alters betroffen. Bei ihnen ist das eigentliche Erwerbsleben bereits abgeschlossen. Wer aus anderen Gründen als wegen Erreichens der Altersgrenze eine Versorgung erhält, z. B. wegen Dienstunfähigkeit, ist von dem Leistungsausschluss nicht betroffen.

- Bei Personen, die eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn der Altersrente gezahlt wird.

Hiervon sind Bezieher von Vorruhestandsleistungen betroffen, die aus dem aktiven Erwerbsleben ausgeschieden sind.

- Bei Untersuchungshäftlingen und Strafgefangenen.

Bei diesen Personen sind rehabilitative Maßnahmen unter Beachtung besonderer Sicherheitsvorkehrungen durch das Strafvollzugsgesetz geregelt. Als Ausnahme sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus der Rentenversicherung bei erleichtertem Strafvollzug, z. B. tagsüber Beschäftigung außerhalb der Haftanstalt, sowie jeder Art der Leistungen zur Rehabilitation bzw. Teilhabe bei Aussetzung des Strafvollzugs bzw. der Untersuchungshaft zulässig.

10.4 Wiederholung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Im weiteren Sinne zählt zu den Ausschlussregelungen auch die Vorschrift über den frühestmöglichen Beginn von Wiederholungsheilbehandlungen (§ 12 Abs. 2 SGB VI).

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden grundsätzlich nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen zur Rehabilitation erbracht, wenn deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind. Der Vierjahreszeitraum berechnet sich nach § 26 SGB X in Verbindung mit den §§ 187 und 188 BGB und beginnt am Folgetag der Entlassung aus der vorherigen Heilbehandlung. Die „Feiertagsregelung“ nach § 26 Abs. 3 SGB X ist hier nicht anzuwenden, weil dies eine Benachteiligung des Versicherten bedeuten würde (spätere Wiederholungsrehabilitation).

Beispiel:

Medizinische Rehabilitation (Heilbehandlung)	18.8.2019 bis 21.9.2019
Vierjahreszeitraum	22.9.2019 bis 21.9.2023

Die nächste gleichartige oder ähnliche Leistung zur medizinischen Rehabilitation kann somit grundsätzlich erst am 22.9.2023 beginnen.

Gleichartige („solche“) oder ähnliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die bei der Bestimmung des Vierjahreszeitraums für Wiederholungsheilbehandlungen beachtet werden müssen, sind insbesondere:

- Stationäre oder ambulante medizinische Rehabilitation (Heilbehandlung) der verschiedenen Sozialleistungsträger oder sonstigen öffentlich-rechtlichen Stellen,
- Sonstige Leistungen zur Teilhabe nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI, also Leistungen zur onkologischen Nachsorge),
- Ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen (§ 40 Abs. 1 SGB V),
- Stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung der Krankenversicherung (§ 40 Abs. 2 SGB V),
- Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 1 SGB V) in Form einer Mutter- bzw. Vater-Kind-Maßnahme,
- Ambulante Heilkuren sowie Heilbehandlungen, für die nach den Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes Zuschüsse gezahlt werden.

Nicht zu den gleichartigen oder ähnlichen Leistungen zählen Krankenbehandlungen in Form von ambulanter ärztlicher Behandlung, Krankenhausbehandlung und Vorsorgeleistungen. Auch die Leistungen zur Prävention vom RV-Träger (§ 14 SGB VI) führen nicht zum Leistungsausschluss des § 12 Abs. 2 SGB VI.

Die Vierjahresfrist für die Wiederholung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation muss nicht generell eingehalten werden. Ein früherer Beginn ist zulässig, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen nach ärztlicher Beurteilung dringend erforderlich sind. Derartige gesundheitliche Gründe können z. B. sein:

- Neue Krankheiten oder Behinderungen,
- Erhebliche Verschlimmerung der bisherigen Krankheiten oder Behinderungen,

10. Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe

- Erforderliche Anschlussrehabilitation,
- Drohender Eintritt der Erwerbsminderung.

Leistungen zur Kinderrehabilitation sind von der vierjährigen Ausschlussfrist nicht betroffen (§ 15a Abs. 4 Satz 2 SGB VI).

ZUSAMMENFASSUNG

- Leistungen zur Teilhabe können Versicherte aus der Rentenversicherung nur erhalten, wenn sowohl die persönlichen als auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind und keine Ausschlussgründe vorliegen.
- Als persönliche Voraussetzungen werden die medizinischen Bedingungen bezeichnet. Diese setzen erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit und eine Erfolgsaussicht der Teilhabeleistungen voraus.
- Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen schreiben den notwendigen Umfang an Versicherungszeiten oder bestimmte Rentenansprüche vor. So haben Versicherte mit einer Wartezeit von 15 Jahren und Rentner wegen verminderter Erwerbsfähigkeit die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für sämtliche Leistungen zur Teilhabe erfüllt. Für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gibt es darüber hinaus noch erleichterte Möglichkeiten, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zu erfüllen.
- Zu einem Ausschluss von Teilhabeleistungen aus der Rentenversicherung kommt es, wenn bestimmte andere Stellen vorrangig entsprechende Leistungen zu erbringen haben oder der Betreffende altersbedingt bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist. Leistungsausschluss bedeutet auch, dass grundsätzlich die Wiederholung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erst nach vier Jahren zulässig ist.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

- Nennen Sie die beiden persönlichen Hauptvoraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe.
- Definieren Sie den Begriff „Erwerbsfähigkeit“.
- Entscheiden Sie durch Ankreuzen, für welche Leistungen zur Teilhabe (A = Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, B = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

	A	B
a) 13 Pflichtbeiträge wegen Kindererziehung in den letzten zwei Jahren	☐	☐
b) allgemeine Wartezeit (Erwerbsminderung vorläufig nicht zu erwarten)	☐	☐
c) allgemeine Wartezeit (Erwerbsminderung in zwei Jahren zu erwarten)	☐	☐
d) Bezug einer Rente wegen voller Erwerbsminderung	☐	☐

10. Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe

- | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| e) | Wartezeit von 15 Jahren | ☐ | ☐ |
| f) | Anspruch auf große Witwenrente
wegen Vollendung des 45./47. Lebensjahres
und gleichzeitig teilweiser Erwerbsminderung | ☐ | ☐ |
35. Der Regierungsoberinspektor Erwin H. (Beamter auf Lebenszeit) benötigt dringend Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Er möchte sie aus der Rentenversicherung erhalten, weil er dort vor seiner Beamtenzeit 15 Beitragsjahre zurückgelegt hat.
- Prüfen Sie, ob Teilhabeleistungen aus der Rentenversicherung bewilligt werden können.
36. Ein Versicherter erhielt vom 18.6. bis 21.7.2020 eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation.
- Stellen Sie fest, ab wann grundsätzlich gleichartige Leistungen wiederholt werden können.

LÖSUNGEN DER AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

1. Im gegliederten Rehabilitationssystem gibt es keinen für alle Sozialleistungsbereiche zuständigen zentralen Leistungsträger. Die Leistungen zur Rehabilitation bzw. Teilhabe werden von verschiedenen Rehabilitationsträgern erbracht.

2.

Rehabilitationsträger
Krankenkassen (oder Träger der Krankenversicherung)
Bundesagentur für Arbeit (oder Agenturen für Arbeit)
Träger der Unfallversicherung (oder Berufsgenossenschaften)
Rentenversicherungsträger
Landwirtschaftliche Alterskasse (oder Träger der Alterssicherung der Landwirte)
Träger der Kriegsopferversorgung/Kriegsopferfürsorge (oder Versorgungsämter)
Träger der Jugendhilfe
Träger der Eingliederungshilfe (oder Träger der Sozialhilfe)

3. Aufgabe der Teilhabe ist es, außer der Erhaltung auch die Besserung oder Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit zu bewirken. Eigentlicher Zweck (Ziel) der Leistungen zur Teilhabe in Beruf und Gesellschaft ist die Integration von Menschen mit Behinderung.
4. Die erfolgreiche Teilhabe hat für die Rehabilitationsträger folgende wirtschaftliche Bedeutung:
- a) Ausgabenminderung (z. B. Einsparung von Renten) und
 - b) Einnahmensteigerung (z. B. Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung).
5. Auf Ermessensleistungen („Kann-Leistungen“) besteht kein gesetzlicher Anspruch. Sie können aufgrund gesetzlicher Ermächtigung vom Versicherungsträger nach eigenem (pflichtgemäß ausgeübten) Ermessen erbracht werden.
6. Die fünf Hauptleistungen zur Teilhabe sind: Leistungen zur Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Nachsorge und ergänzende Leistungen.
7. Die rechtlichen Grundlagen sind: Gesetze, Rechtsverordnungen, Gemeinsame Empfehlungen, sonstige Vereinbarungen und Richtlinien.
8. Im (vertragslosen) Ausland ist die Ausführung von Leistungen zur Teilhabe möglich, wenn sie bei gleicher Qualität wirtschaftlicher ist. Außerdem können im grenznahen Ausland Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden, wenn sie für die Aufnahme einer Beschäftigung notwendig sind.
9. Prävention im allgemeinen Sprachgebrauch bedeutet Vorbeugung bzw. Zuvorkommen.

10. In der Rentenversicherung ist das Ziel der Prävention, die Erwerbsfähigkeit von Versicherten frühzeitig zu sichern.
11. Es besteht folgender Vorrang: Prävention vor Rehabilitation vor Rente.
12. Die wichtigsten Einzelleistungen zur medizinischen Rehabilitation sind: ärztliche Behandlung, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Psychotherapie, Hilfsmittel, Belastungserprobung und Arbeitstherapie.
13. Heilmittel wirken äußerlich auf den Körper und dienen der Heilung, Besserung oder Linderung.
14. Hilfsmittel dienen dem Ausgleich der durch die Behinderung bedingten körperlichen Beeinträchtigungen. Diese Mittel haben keine Heilwirkung.
15. Anschlussrehabilitation bzw. Anschlussheilbehandlung (AHB).
16. Ziel der Kinderrehabilitation ist es, durch früh einsetzende medizinische Leistungen einen positiven Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit auszuüben.
17. Persönliche Voraussetzung für die Kinderrehabilitation ist, dass voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine bereits beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert bzw. wiederhergestellt werden kann. Außerdem ist erforderlich, dass die spätere Erwerbsfähigkeit positiv beeinflusst werden kann.
18. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Kinderrehabilitation sind erfüllt, wenn es sich um ein Kind des Versicherten, eines Beziehers von Altersrente bzw. Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder den Bezieher einer Waisenrente handelt. Versicherte in diesem Sinne ist derjenige, der die allgemeine Wartezeit oder die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische Leistungen zur Rehabilitation erfüllt.
19. Kinder im Sinne der Kinderrehabilitation sind leibliche Kinder und Adoptivkinder, außerdem Stiefkinder und Pflegekinder, die im Haushalt aufgenommen sind sowie Enkel und Geschwister, die im Haushalt aufgenommen sind oder überwiegend unterhalten werden.
20. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verbessern im Gegensatz zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der Regel nicht den Gesundheitszustand, sondern sie sollen auf nichtmedizinische Weise (z. B. durch Weiterbildung) den Versicherten in die Lage versetzen, eine Berufstätigkeit auszuüben.
21. Die wichtigsten Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind: Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung und Weiterbildung und berufliche Ausbildung (weitere richtige Antworten: Unterstützte Beschäftigung, Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit, sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe, Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen).

22. Zur Kraftfahrzeughilfe gehören:
- a) finanzielle Hilfe zur Beschaffung eines Kraftfahrzeugs,
 - b) behinderungsbedingte Zusatzausstattung,
 - c) finanzielle Hilfe zur Erlangung eines Führerscheins (Fahrerlaubnis).
23. Die Weiterbildung verbessert die berufliche Qualifikation, indem neue Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt werden. Entweder wird auf bereits vorhandenes Wissen aufgebaut („Fortbildung“), oder es erfolgt eine völlige berufliche Neuorientierung („Umschulung“).
24. Aufgabe der Leistungen zur Nachsorge ist es, den Erfolg einer vorangegangenen Leistung zur Teilhabe zu sichern.
25. Arten der Nachsorgeleistungen sind z. B. Ernährungsberatung, Maßnahmen zur Verhaltensänderung, Krankengymnastik, Schmerzbewältigungstraining (drei Nennungen).
26. Als Wirkungen sind beabsichtigt: Förderung verstärkter Eigeninitiative, Weckung und Stärkung von Selbsthilfepotentialen, bessere Einbindung in den Alltag.
27. Es ergeben sich folgende Zuständigkeiten:
- a) Berufsgenossenschaft,
 - b) Krankenkasse,
 - c) Rentenversicherungsträger,
 - d) Rentenversicherungsträger.
28. Der Versicherte ist in einem knappschaftlichen Betrieb beschäftigt, daher ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zuständig (§ 133 SGB VI).
29. Für den Leistungsberechtigten bestehen folgende Mitwirkungspflichten: Aufklärung des Sachverhalts (Angabe von Tatsachen, Übersendung von Beweismitteln, persönliches Erscheinen, Akzeptieren ärztlicher Untersuchungen) und Teilnahme an angebotenen – notwendigen – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Heilbehandlung) und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.
30. „Grenzen der Mitwirkungspflicht“ bedeutet, dass der Versicherte in bestimmten Fällen die Mitwirkung ohne Rechtsnachteile verweigern darf. Beispiele: Versicherungsträger kann sich die Kenntnisse leichter selbst beschaffen – Unzumutbarkeit – Behandlungen mit Gefahr für Leben oder Gesundheit – Behandlungen mit erheblichen Schmerzen – erheblicher Eingriff in die körperliche Unversehrtheit – Gefahr strafrechtlicher Verfolgung.
31. Bei pflichtwidriger fehlender Mitwirkung kann es zur Ablehnung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe (bei mangelnder Mitwirkung an der Sachaufklärung) und zur Versagung oder Entziehung anderer Sozialleistungen (bei Nichtteilnahme an angebotenen Leistungen zur Teilhabe) kommen.

32. Die persönlichen Hauptvoraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe sind: erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit und Erfolgsaussicht der Teilhabeleistung.
33. Erwerbsfähigkeit ist die Fähigkeit des Versicherten, im Rahmen seiner Kenntnisse und Fähigkeiten Einkünfte aus Erwerbstätigkeit zu erzielen.
- 34.
- | | A | B |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| a) 13 Pflichtbeiträge wegen Kindererziehung in den letzten zwei Jahren | ☒ | ☐ |
| b) allgemeine Wartezeit
(Erwerbsminderung vorläufig nicht zu erwarten) | ☐ | ☐ |
| c) allgemeine Wartezeit
(Erwerbsminderung in zwei Jahren zu erwarten) | ☒ | ☐ |
| d) Bezug einer Rente wegen voller Erwerbsminderung | ☒ | ☒ |
| e) Wartezeit von 15 Jahren | ☒ | ☒ |
| f) Anspruch auf große Witwenrente
wegen Vollendung des 45./ 47. Lebensjahres
und gleichzeitig teilweiser Erwerbsminderung | ☐ | ☐ |
35. Auch wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, ist der Beamte auf Lebenszeit von Leistungen zur Teilhabe aus der Rentenversicherung ausgeschlossen, weil er Anwartschaft auf beamtenrechtliche Versorgung hat.
36. Die Wiederholung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist grundsätzlich nicht vor Ablauf von vier Jahren möglich. Der Versicherte kann daher erneut Leistungen ab 22.7.2024 erhalten (Vierjahresfrist: 22.7.2020 bis 21.7.2024).

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Rehabilitationsträger in Deutschland.....	7
Abbildung 2: Allgemeine Zielsetzung der Teilhabe	10
Abbildung 3: Der Präventions- und Rehabilitationsgedanke	13
Abbildung 4: Leistungsaufgaben der Rentenversicherung.....	16
Abbildung 5: Rechtliche Grundlagen für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe	19
Abbildung 6: Die verschiedenen Leistungen zur Teilhabe in der Rentenversicherung	22
Abbildung 7: Einzelleistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 42 bis 47a SGB IX).....	29
Abbildung 8: Zuständigkeiten bei medizinischen Leistungen für Abhängigkeitskranke	34
Abbildung 9: Persönliche Voraussetzungen für Kinderrehabilitation	37
Abbildung 10: Kinder im Sinne der Regelungen zur Kinderrehabilitation	38
Abbildung 11: Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 49 Abs. 3 SGB IX).....	42
Abbildung 12: Die Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten (§§ 60 bis 64 SGB I)	59
Abbildung 13: Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe aus der Rentenversicherung.....	62
Abbildung 14: Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe aus der Rentenversicherung (§ 11 SGB VI)	64
 Tabelle 1: Regelungen über eingeräumtes Ermessen der Rentenversicherungsträger bei Leistungen zur Teilhabe	 18

Verfügbare Texte der Studentext-Reihe

Nr. 1	Dietzel	Sozialversicherung
Nr. 2	Schindler	Versicherungspflicht
Nr. 3	Petrikowski * Hillig	Beitrags- und Meldewesen
Nr. 4	Loukidou	Selbständige
Nr. 5	Rosenbusch	Versicherungsfreiheit
Nr. 6	Sibum	Freiwillige Versicherung
Nr. 7	Jungbauer	Nachversicherung
Nr. 8	Brinkers	Wirksamkeit der Beitragszahlung
Nr. 9	Hiller	Beitragserstattung
Nr. 10	Bozidarevic	Anerkennung von Beitragszeiten
Nr. 11	Hunold	Fremdrentenrecht
Nr. 12	Löschau	Leistungen zur Teilhabe
Nr. 13	Prohaska	Übergangsgeld
Nr. 14	Greif * Kapp	Ergänzende und sonstige Leistungen, Zuzahlung
Nr. 15	Mellmann * Knobloch	Rentantragsverfahren
Nr. 16	Lennecke * Limbeck	Renten wegen Alters
Nr. 17	Benen * Traube	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
Nr. 18	Brettschneider	Renten wegen Todes
Nr. 19	Strotmann	Wartezeiten
Nr. 20	Begert	Rentenrechtliche Zeiten
Nr. 21	Beckwermert	Rentenberechnung
Nr. 22	Viergutz	Zusammentreffen von Renten und Einkommen
Nr. 23	Hentschke	Versorgungsausgleich
Nr. 24	Gries	Pfändung, Abtretung, Aufrechnung von Renten
Nr. 25	Konrad * Schmidt	Rentenzahlverfahren, Vorschüsse und Verzinsung
Nr. 26	Stempfhuber	Erstattungsansprüche der Leistungsträger
Nr. 27	Dopheide * Bartelt	Verwaltungsverfahren I (SGB I)
Nr. 28	Matthäus	Verwaltungsverfahren II (SGB X)
Nr. 29	Zepke	Krankenversicherung der Rentner
Nr. 30	Gutzler	Über- und zwischenstaatliches Recht, Auslandsrenten
Nr. 31	Kubowicz * Ruder * Seeg	Datenverarbeitung in der Rentenversicherung

Nr. 32	Schulmeister	Datenschutz in der Rentenversicherung
Nr. 33	Brüßeler	Arbeits- und Dienstrecht
Nr. 34	Becker	Knappschaftsrecht I: Versicherung und Beitrag
Nr. 35	Stehr * Böttcher	Knappschaftsrecht II: Leistungen
Nr. 36	Schmidt-Kühlewind	Sozialgerichtsgesetz
Nr. 37	Löw	Arbeitskreis für Informationstechnologie in der GRV (wird nicht mehr aufgelegt)
Nr. 38	Jäger * Reich	Lern- und Arbeitstechniken
Nr. 39	Jäger * Reich	Kommunikation – Kooperation
Nr. 40	Sibinski	Altersvorsorge

Impressum

	1. Auflage 1993
	28. Auflage 2023
Rechtsstand	1.1.2023
Autor	Martin Löschau – Deutsche Rentenversicherung Bund
Fachgutachter	Marc Prietzel – Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Herausgeber	© Deutsche Rentenversicherung Bund Die Bildungsabteilung Grundlagen Berufliche Bildung Hohenzollerndamm 46/47 10704 Berlin

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Liebe Leser außerhalb der Deutschen Rentenversicherung:

Für Auskünfte zu diesem und allen anderen fachlichen Themen rund um Versicherung, Rente, Reha und Altersvorsorge wenden Sie sich bitte an unsere Expert*innen am **Servicetelefon** der Deutschen Rentenversicherung unter:

0800 1000 4800 (Montag bis Donnerstag von 7:30 bis 19:30 Uhr, Freitag bis 15:30 Uhr)

Oder nehmen Sie auf anderem Wege Kontakt auf:

[Kontakt | Deutsche Rentenversicherung \(deutsche-rentenversicherung.de\)](https://www.deutsche-rentenversicherung.de)