Studientext Nr. 12
Stand 2026

Leistungen zur Teilhabe

Marc Prietzel

Deutsche Rentenversicherung
Bund

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 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.

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

Durch ihren logischen Aufbau sowie den Einsatz vieler Beispiele und Übungen sind die Studientexte ein 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 Nummer x, Titel, Autor, Ausgabe 20xx, Seite x

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

Inhaltsverzeichnis

1. Gedanke, System und Zweck der Leistungen zur Teilhabe 6
1.1 Rehabilitations- und Teilhabegedanke 6
1.2 Begriff der Behinderung 7
1.3 Rehabilitationssystem in Deutschland 7
1.3.1 Dezentralisierung durch historische Entwicklung 7
1.3.2 Rehabilitationsträger 8
1.3.3 Verbände der Rehabilitationsträger 10
1.4 Aufgabe und Ziel der Leistungen zur Teilhabe 10
1.5 Erweiterung um den Präventionsgedanken 11
1.6 Grundsatz „Teilhabeleistung vor Rentenleistung“ 13
1.7 Volkswirtschaftliche Bedeutung der Rehabilitation beziehungsweise Teilhabe 14
2. Leistungsarten und Rechtsgrundlagen für die gesetzliche Rentenversicherung 17
2.1 Leistungsarten 17
2.2 Ziel der Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherung 18
2.3 Pflicht- und Ermessensleistungen 19
2.4 Rechtliche Grundlagen für die Erbringung der Leistungen 20
2.4.1 Gesetze 20
2.4.2 Rechtsverordnungen 20
2.4.3 Gemeinsame Empfehlungen 21
2.4.4 Sonstige Vereinbarungen 21
2.4.5 Richtlinien 21
2.5 Umfang und Ort der Leistungen 22
2.5.1 Leistungsumfang 22
2.5.2 Ort der Leistungen 22
2.5.3 Persönliches Budget 22
3. Leistungen zur Prävention 24
3.1 Prävention als Aufgabe auch für die gesetzliche Rentenversicherung 24
3.2 Voraussetzungen für Leistungen zur Prävention 24
3.2.1 Kein Leistungsausschluss 24
3.2.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen 24
3.2.3 Persönliche Voraussetzungen 25
3.3 Gesundheitscheck für Versicherte ab 45 Jahren 26
4. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 27
4.1 Voraussetzungen 27
4.2 Durchführung, Wunsch- und Wahlrecht sowie Dauer 27
4.3 Einzelleistungen zur medizinischen Rehabilitation 29
4.3.1 Ärztliche Behandlung 29
4.3.2 Arznei- und Verbandsmittel 29
4.3.3 Heilmittel 30
4.3.4 Psychotherapie 30

4.3.5 Hilfsmittel 30
4.3.6 Digitale Gesundheitsanwendungen 30
4.3.7 Belastungserprobung und Arbeitstherapie 31
4.4 Anschlussrehabilitation 31
4.5 Entwöhnungsbehandlung bei suchtkranken Menschen 32
4.6 Stufenweise Wiedereingliederung 33

5. Leistungen zur Kinderrehabilitation 36
5.1 Ziel der Leistungen zur Kinderrehabilitation 36
5.2 Voraussetzungen für Leistungen zur Kinderrehabilitation 36
5.2.1 Zugehörigkeit zum anspruchsberechtigten Kinderkreis 37
5.2.2 Kein Leistungsausschluss 38
5.2.3 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen 38
5.2.4 Persönliche Voraussetzungen 38
5.3 Art und Umfang der Leistungen zur Kinderrehabilitation 39

6. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 42
6.1 Charakter und Voraussetzungen dieser Leistungen 42
6.2 Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 42
6.2.1 Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes 43
6.2.2 Berufsvorbereitung 46
6.2.3 Betriebliche Qualifizierung im Rahmen einer Unterstützten Beschäftigung 46
6.2.4 Berufliche Anpassung und Weiterbildung 46
6.2.5 Berufliche Ausbildung 47
6.2.6 Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit 47
6.2.7 Sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben 48
6.3 Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen 48
6.4 Auswahl der Leistungen 49

7. Leistungen zur Nachsorge 51
7.1 Ziele der Leistungen zur Nachsorge 51
7.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen 51
7.3 Persönliche Voraussetzungen 51
7.4 Art und Umfang der Leistungen zur Nachsorge 52

8. Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe 53
8.1 Ausschluss von Leistungen zur Teilhabe und Zuständigkeitsabgrenzungen 54
8.1.1 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der gesetzlichen Unfallversicherung 54
8.1.2 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Sozialen Entschädigung 54
8.1.3 Zuständigkeitsabgrenzung bei Wehrdienstbeschädigung oder Einsatzunfall 55
8.1.4 Ausschluss bei Altersrente 55
8.1.5 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Krankenversicherung 56
8.1.6 Ausschluss bei Beamten und Ruhestandsbeamten 56
8.1.7 Ausschluss bei „Vorruhestandsleistung“ 57
8.1.8 Ausschluss bei Untersuchungshäftlingen und Strafgefangenen 57

8.1.9 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Arbeitsförderung (Arbeitslosenversicherung) 57
8.1.10 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Alterssicherung der Landwirte 57
8.1.11 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Jugendhilfe und Eingliederungshilfe 58
8.1.12 Zuständigkeitsabgrenzung innerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung 58
8.1.13 Wiederholung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 58
8.1.14 Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX 59
8.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen 62
8.2.1 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen für alle Leistungen zur Teilhabe 62
8.2.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen nur für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Prävention 63
8.2.3 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen nur für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 65
8.2.4 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen für Witwen und Witwer 66
8.2.5 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen im Überblick 67
8.3 Persönliche Voraussetzungen 69
8.3.1 Erwerbsfähigkeit 69
8.3.2 Krankheit oder Behinderung 70

9. Mitwirkung der leistungsberechtigten Person 71
9.1 Umfang der Mitwirkungspflichten 71
9.1.1 Aufklärung des Sachverhalts 71
9.1.2 Teilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen Teilhabe am Arbeitsleben 71
9.2 Grenzen der Mitwirkung 72
9.3 Folgen fehlender Mitwirkung 73
9.3.1 Verzögerung oder Verhinderung der Sachaufklärung 73
9.3.2 Keine Teilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 73

Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung 75

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen 79

Verfügbare Texte der Studientext-Reihe 80

Impressum 82

1. Gedanke, System und Zweck der Leistungen zur Teilhabe

LERNZIELE

- Sie können den Gedanken der Rehabilitation, Teilhabe und Prävention erläutern und Sie kennen die Definition von Behinderung.
- Sie können das gegliederte Organisationssystem zur Rehabilitation beziehungsweise Teilhabe in Deutschland beschreiben.
- Sie können den Zweck der Leistungen zur Teilhabe erläutern.

1.1 Rehabilitations- und Teilhabegedanke

Rehabilitation stammt von den lateinischen Wörtern „re“ (zurück, wieder) und „habilis“ (passend, tauglich) ab und bedeutet Wiederherstellung beziehungsweise Wiederbefähigung. In der Rehabilitation geht es um die Bereitstellung von Hilfe für erkrankte, behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen. Wenn bei einem Menschen eine Gesundheitseinbuße eingetreten ist beziehungsweise seine Leistungsfähigkeit gemindert oder verloren gegangen ist, dann soll dieser Mensch in seinen alten (gesunden) Zustand zurückgeführt werden.

Behinderungen können schon bei Geburt eines Menschen vorliegen, sie können aber auch im Lauf eines Lebens zum Beispiel durch eine (schwerwiegende) Erkrankung oder einen privaten oder beruflichen Unfall verursacht werden. Es gehört zur gesellschaftlichen Aufgabe in Deutschland, dass diesen Menschen zu helfen ist. Diese Hilfe ist tief in unserer Demokratie verankert und zu schützen, denn gemäß Artikel 3 Absatz 3 des Grundgesetzes darf niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Behinderte Menschen sollen und dürfen nicht ausgegrenzt werden, sondern sie sollen am gesellschaftlichen Leben gleichberechtigt teilnehmen können. Das gesellschaftliche Leben umfasst nicht nur das Privatleben, sondern auch das Berufsleben.

Der Gesetzgeber hat den Begriff „Rehabilitation“ seit dem 01.07.2001 überwiegend durch „Teilhabe“ ersetzt. Der Begriff „Rehabilitation“ wird jedoch zum Beispiel im medizinischen und organisatorischen Bereich weiterhin verwendet.

Die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen ist ein soziales Recht. Dieses Recht gehört zum festen Bestandteil der sozialen Sicherung in Deutschland. Es ist im SGB I (allgemeiner Teil des SGB) festgelegt und näher beschrieben (§§ 2 bis 10 SGB I). Versicherte der Sozialversicherung haben u. a. ein Recht auf die notwendigen Leistungen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit und Leistungsfähigkeit (§ 4 SGB I).

Aus dem sozialen Recht auf Teilhabe können Einzelansprüche nur hergeleitet werden, wenn die Leistungen und deren Voraussetzungen in den maßgebenden Rechtsvorschriften der jeweiligen Rehabilitationsträger näher bestimmt sind.

Regelungen für Menschen mit Behinderungen oder drohenden Behinderungen sind einheitlich im Sozialgesetzbuch SGB IX zusammengefasst. Darüber hinaus sind trägerspezifische Regelungen zu beachten. So ergeben sich in der gesetzlichen Rentenversicherung Anspruch und Umfang der Leistungen zur Teilhabe im Wesentlichen aus den §§ 1 bis 89 SGB IX sowie den §§ 9 bis 32 SGB VI.

1.2 Begriff der Behinderung

Der Begriff der Behinderung basiert auf der Definition der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) und dem bio-sozialen Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Behinderung entsteht demnach durch Interaktion einer einzelnen Person mit seiner materiellen oder sozialen Umwelt derart, dass dort eine Störung vorhanden ist beziehungsweise sich entwickelt hat.

§ 2 Absatz 1 SGB IX setzt diesen Gedanken in nationales Recht um: Behinderte Menschen sind Menschen, bei denen körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen vorliegen. Zusätzlich muss die Behinderung länger anhaltend sein; deshalb wurde ein Zeitraum von mehr als 6 Monaten festgelegt. Sie ist ferner so schwerwiegend, dass sie die Teilhabe, also das Teilnehmen am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt. Dies basiert in Wechselwirkung mit umweltbedingten Barrieren (zum Beispiel bauliche Barrieren oder fehlende leichte Sprache) oder einstellungsbedingten Barrieren (dazu zählen beispielsweise Vorurteile oder Ängste). Relevant ist auch, dass der Zustand der behinderten Person von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. So soll zum Beispiel bei altersbedingten Einschränkungen regelmäßig keine Behinderung vorliegen.

Mit dem Behinderungsbegriff wurde ein Maßstab für die Rehabilitationsträger festgelegt (zu dem in diesem Abschnitt erläuterten Begriff der Behinderung vergleiche BT-Drucksache 18/9522, Seite 192, 227). Konkrete Einzelansprüche ergeben sich erst bei Erfüllung der entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen im jeweiligen Leistungsbereich.

1.3 Rehabilitationssystem in Deutschland

Deutschland besitzt ein hoch entwickeltes Rehabilitationssystem, mit dem behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen möglichst dauerhaft in die Gesellschaft und damit in das Arbeitsleben integriert werden können.

Die Leistungen zur Teilhabe werden dezentral von den einzelnen Sozialleistungsträgern (Rehabilitationsträger) nach den für sie vom Gesetzgeber festgelegten Aufgaben und Zuständigkeiten ausgeführt. Wegen dieser Aufgabenverteilung besteht in Deutschland ein gegliedertes Organisationssystem für Leistungen zur Teilhabe beziehungsweise Rehabilitation.

Voraussetzungen, Zuständigkeit und Umfang der einzelnen Leistungen zur Teilhabe richten sich daher nach dem SGB IX und nach den besonderen Vorschriften der einzelnen Rehabilitationsträger (§ 7 SGB IX).

1.3.1 Dezentralisierung durch historische Entwicklung

Seit Einführung der deutschen Rentenversicherung 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 im Jahr 1911 in die Reichsversicherungsordnung (RVO) übernommen, die bis zum Jahr 1991 Rechtsgrundlage für die Durchführung der Rehabilitation in der damaligen Arbeiterrentenversicherung gewesen ist. Von den Anfängen der gesetzlichen 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 Absatz 2 SGB IX).

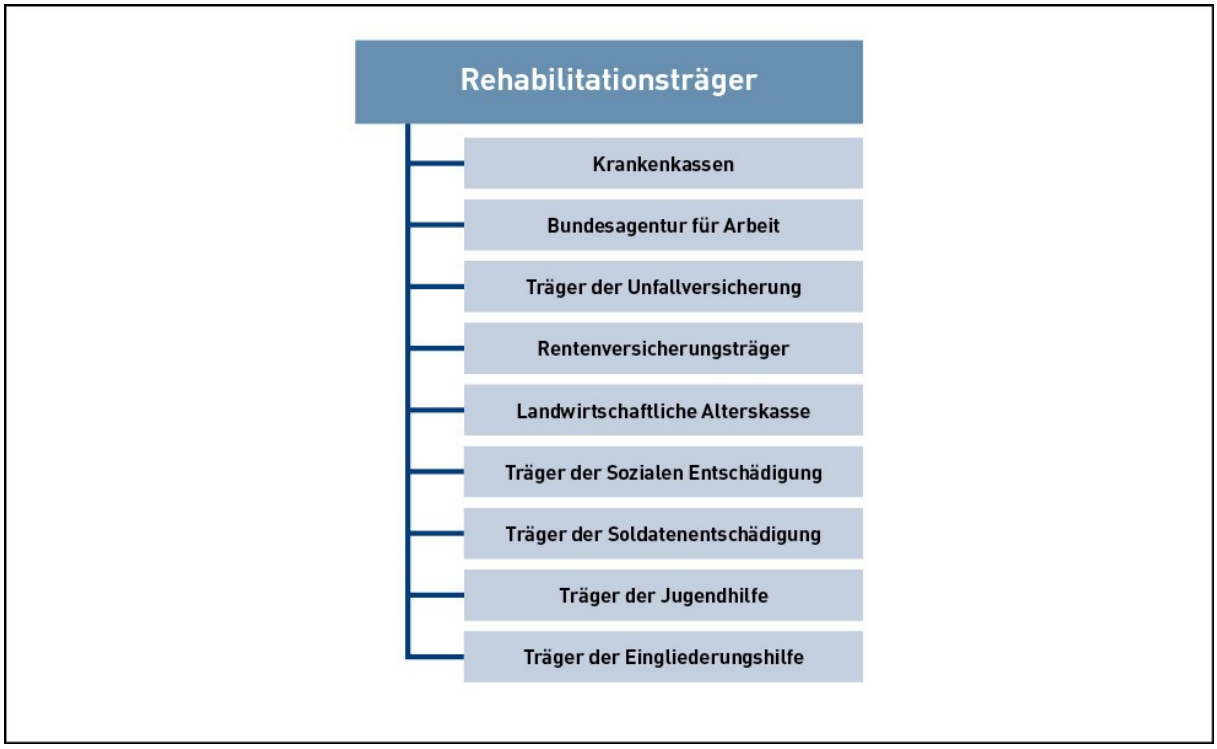
Parallel zur gesetzlichen Rentenversicherung wurde die Rehabilitation frühzeitig auch in anderen Bereichen der sozialen Sicherung umgesetzt, zum Beispiel in der gesetzlichen Unfallversicherung, Sozialen Entschädigung (bis zum Jahr 2023 Kriegsopferversorgung) und gesetzlichen Krankenversicherung. In der Arbeitslosenversicherung wurde im Jahr 1927 die Berufsförderung als Rehabilitationsaufgabe eingeführt. Die Alterssicherung der Landwirte, die Eingliederungshilfe (Sozialhilfe) und die Jugendhilfe folgten mit Aufgaben zur Rehabilitation. Auch über die Grundsicherung für Arbeitssuchende gibt es seit dem Jahr 2005 Leistungen zur Eingliederung (§ 16 Absatz 1 SGB II).

Die Dezentralisierung und Spezialisierung der Rehabilitationsträger sind also historisch gewachsen. Damit ein gleichartiges Leistungsspektrum gewährleistet wird, wurden gemeinsame gesetzliche Grundsätze für die Leistungserbringung und die Notwendigkeit der Zusammenarbeit geschaffen. Das erfolgte entscheidend im Jahr 1974 durch das Gesetz zur Angleichung der Reha-Leistungen (RehaAnglG). Zum 01.07.2001 wurde das Rehabilitationsrecht im SGB IX grundlegend harmonisiert und modernisiert. Das SGB IX erfuhr zum 01.01.2018 eine völlige Neufassung; es bildet weiterhin die wesentliche Grundlage für das Teilhaberecht.

1.3.2 Rehabilitationsträger

Die Bereitstellung von Leistungen zur Teilhabe obliegt keinem zentralen Rehabilitationsträger, sondern den einzelnen Rehabilitationsträgern im Rahmen ihrer gesetzlich zugewiesenen Aufgaben (vergleiche auch § 29 SGB I). Sie führen die Teilhabe beziehungsweise Rehabilitation nach einheitlichen Verfahrensgrundsätzen und mit angeglichenen Leistungen durch. Die Rehabilitationsträger sind im § 6 Absatz 1 SGB IX genannt (vergleiche Abbildung 1).

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 sind keine Rehabilitationsträger im zuvor genannten Sinne.

Die **Bundesagentur für Arbeit** ist über ihre örtlichen **Agenturen für Arbeit** (§ 19 Absatz 2 SGB I) im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- Rehabilitationsträger der Arbeitsförderung (Arbeitslosenversicherung) nach dem SGB III und
- Rehabilitationsträger der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II.

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 Deutschen Rentenversicherung (zum Beispiel Deutsche Rentenversicherung Nord, Deutsche Rentenversicherung Westfalen),
- Deutsche Rentenversicherung Bund,
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

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

Zu den **Trägern der Sozialen Entschädigung** gehören gemäß § 24 SGB I die nach Landesrecht zuständigen Stellen. In den einzelnen Bundesländern wurden dazu auf der Grundlage der §§ 111 bis 113 SGB XIV verschiedene Behörden bestimmt, wie zum Beispiel:

- Landratsämter,
- Landesämter mit verschiedenen Zusatzbezeichnungen wie Versorgung, Gesundheit, Soziales, Soziale Dienste, Jugend, Familie,
- Landschaftsverbände,
- Landesverwaltungsämter.

Bis zum Jahr 2023 waren für diesen Rechtsbereich die Träger der Kriegsopferversorgung beziehungsweise Kriegsopferfürsorge zuständig, wie zum Beispiel die Versorgungsämter, Kreise und kreisfreie Städte oder Hauptfürsorgestellen.

Träger der Soldatenentschädigung ist die Bundeswehrverwaltung (§ 24a SGB I, § 70 Abs. 1 Soldatenentschädigungsgesetz – SEG). Bestimmte Leistungen zur Teilhabe an frühere Soldatinnen und Soldaten wurden auf die Unfallversicherung Bund und Bahn übertragen (§ 70 Abs. 2 SEG).

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).

1.3.3 Verbände der Rehabilitationsträger

Die Rehabilitationsträger sind in Verbänden zusammengeschlossen, die auf Bundesebene oder zum Teil auch auf Landesebene arbeiten. Die Verbände lösen trägerübergreifende Aufgaben, zum Beispiel wirken auf eine einheitliche Rechtsanwendung hin, kümmern sich um Fragen der Zusammenarbeit, schließen Vereinbarungen ab oder stimmen sich untereinander ab. Solche Verbände sind unter anderem:

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

In der **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)** sind die Sozialversicherungsträger und weitere Institutionen zusammengeschlossen. Die BAR koordiniert und unterstützt zum Beispiel die Zusammenarbeit der einzelnen Rehabilitationsträger (§ 39 SGB IX).

1.4 Aufgabe und Ziel der Leistungen zur Teilhabe

Im SGB IX sind die Aufgaben und die Zielsetzung der Teilhabe und damit der Sinn und Zweck dieser Leistungen genauer beschrieben:

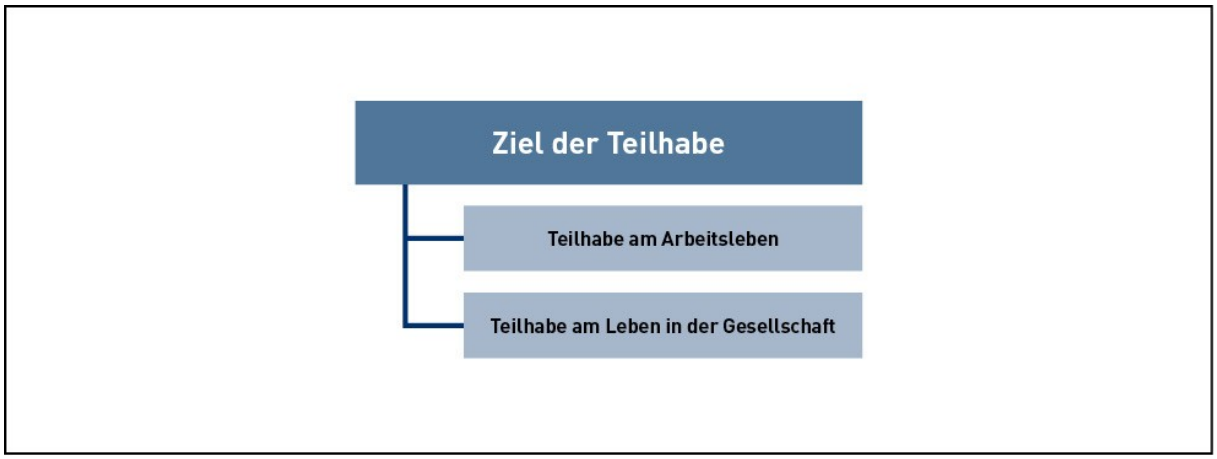
> Leistungen zur Teilhabe sind Maßnahmen und Hilfen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen, damit diese Menschen selbstbestimmt, voll, wirksam und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilnehmen (teilhaben) können (§ 1 SGB IX). Teilhabe ist also auch als Gegenteil zur Ausgrenzung zu verstehen.

Die Leistungen zur Teilhabe haben folgende Ziele (§ 4 Absatz 1 SGB IX):

- eine Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder ihre Verschlimmerung beziehungsweise ihre Folgen zu verhindern,
- Einschränkungen in der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu vermeiden sowie andere vorzeitige Sozialleistungen wie zum Beispiel eine Rente wegen Erwerbsminderung zu vermeiden oder zu mindern,
- die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern,
- die persönliche Entwicklung zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Das Ziel der Teilhabe ist also, Menschen mit Behinderung sowie von Behinderung bedrohte Menschen **möglichst auf Dauer in das Arbeitsleben (Erwerbsleben) und in das Leben in der Gesellschaft zu integrieren** (vergleiche 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 eingeschlossen, denn die Berufsausübung ist ein wesentlicher Bestandteil des gesellschaftlichen Lebens. Außerdem hat die Integration in die Arbeitswelt regelmäßig auch die Einbeziehung in anderen sozialen Bereichen der Gesellschaft zur Folge.

Weil mit der Teilhabe am Arbeitsleben eine Teilhabe an der Gesellschaft verbunden ist, sind in einigen Sozialleistungsbereichen wie zum Beispiel in der gesetzlichen Rentenversicherung Leistungen zur sozialen Teilhabe (§§ 113 ff. SGB IX) nicht vorgesehen. Derartige Leistungen sind aber aus der gesetzlichen Unfallversicherung, sozialen Entschädigung, Jugendhilfe und Eingliederungshilfe möglich.

Die Aufgabe (Zweck und Ziel) der Leistungen zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung entspricht weitgehend dem für alle Sozialleistungsbereiche geltenden Teilhabeziel. In der gesetzlichen Rentenversicherung geht es speziell um die Erhaltung, Verbesserung, Wiederherstellung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Erwerbsfähigkeit (vergleiche §§ 9 und 10 SGB VI und hierzu ausführlicher im Abschnitt 8.3).

1.5 Erweiterung um den Präventionsgedanken

Der Begriff „Prävention“ ist in den Sozialgesetzbüchern nicht näher definiert. Er bedeutet im allgemeinen Sprachgebrauch „Vorbeugung“. Der Rehabilitations- beziehungsweise Teilhabegedanke wurde erweitert: Er umfasst nicht nur die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben, sondern auch die Prävention bei einer drohenden Minderung der Leistungs- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit. Das wird bereits im Wortlaut des § 1 SGB IX deutlich: Danach erhalten auch von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen nach dem SGB IX und den speziellen Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger. Die Rehabilitationsträger sollen gemäß § 3 SGB IX darauf hinwirken, dass der Eintritt von Behinderung oder einer chronischen Erkrankung vermieden wird.

Prävention bedeutet Vorbeugung. Durch vorbeugende Leistungen soll eine voraussichtlich später eintretende Leistungsminderung abgewendet werden und damit der Eintritt einer Behinderung beziehungsweise ein vorzeitiger Rentenbezug vermieden werden.

Die Prävention hat für den Einzelnen den Vorteil, gesund und leistungsfähig zu bleiben beziehungsweise eine Behinderung zu vermeiden. Außerdem liegt ihr der Gedanke zugrunde, dass es nützlicher und kostengünstiger ist, die vorhandene Leistungsfähigkeit zu erhalten und nicht mit der medizinischen Leistung so lange zu warten, bis der Leistungsfall (Verlust der Leistungsfähigkeit, Beginn der Behinderung) eingetreten ist. Durch das Präventionsgesetz von 2015 sind die Voraussetzungen für Gesundheitsförderung und Prävention verbessert worden. Von diesem Gesetz betroffen sind vor allem die Krankenkassen.

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.

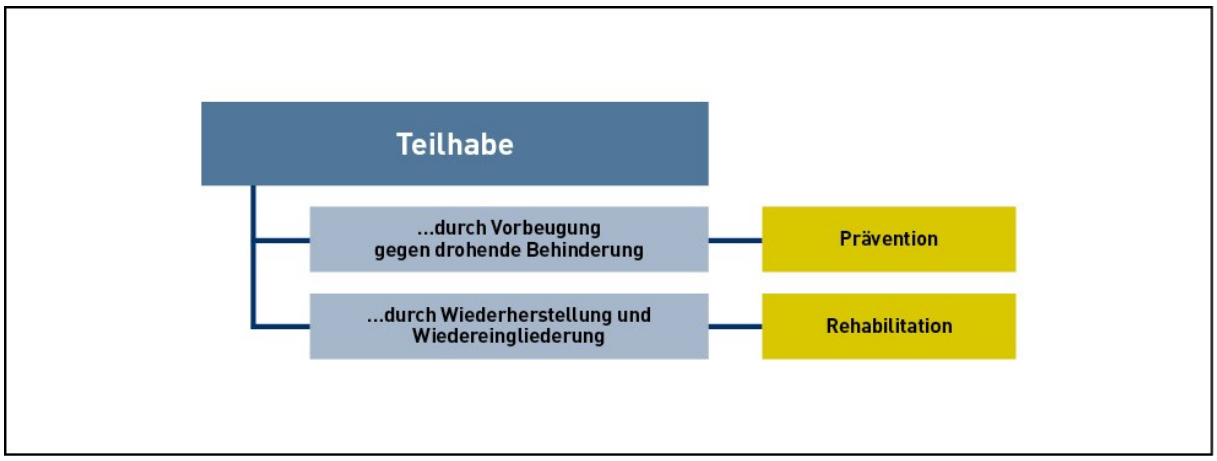
Die Verpflichtung der Rehabilitationsträger zur Prävention vor Rehabilitation wird in weiteren Vorschriften des SGB IX konkretisiert (§§ 4, 42, 47, 49 und 79 SGB IX).

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

a) Zu den Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung gehört ebenfalls, vorbeugend den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken und dadurch ihre Beeinträchtigung oder das Ausscheiden der/des Versicherten aus dem Erwerbsleben zu verhindern (§ 9 Absatz 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 (zum Beispiel teilweise Erwerbsminderung) voraussichtlich abgewendet werden kann (§ 10 Absatz 1 Nummer 2 Buchst. a SGB VI). In diesen Fällen sind Leistungen zur Teilhabe 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 Absatz 1 SGB VI).

Die Abbildung 3 zeigt den Teilhabegedanken mit seinen Untergliederungen der Prävention und Rehabilitation.

Abbildung 3: Der Präventions- und Teilhabegedanke



1.6 Grundsatz „Teilhabeleistung vor Rentenleistung“

Leistungen zur Teilhabe und Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden aus der gesetzlichen Rentenversicherung erbracht, weil die Erwerbsfähigkeit der/des Versicherten durch Krankheit oder Behinderung deutlich eingeschränkt oder gemindert ist. Beide Leistungsgruppen haben also die gleiche Ursache. Mit dem Grundsatz „Teilhabeleistung vor Rentenleistung“ beziehungsweise früher auch „Rehabilitation vor Rente“ wird eine Rangfolge festgelegt. Bei einem Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ist unabhängig von der Entscheidung über diese Leistungen zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind (§ 9 Absatz 1 SGB IX). Der Vorrang der Leistungen zur Teilhabe ist von allen Rehabilitationsträgern zu beachten; er gilt auch während des Bezugs einer Rente (§ 9 Absatz 2 SGB IX). Wegen seiner besonderen Bedeutung ist diese Rangfolge nochmals ausdrücklich in den Rechtsvorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung festgelegt (§ 9 Absatz 1 Satz 3 SGB VI).

Die Verwirklichung des Grundsatzes „Teilhabeleistung vor Rentenleistung“ wird in weiteren Regelungen der gesetzlichen Rentenversicherung sichtbar:

- Bei Anträgen auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erfolgt eine Prüfung, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich (zur Abwendung des Rentenanspruchs) erfolgreich sind und gegebenenfalls werden solche Leistungen angeboten (§ 115 Absatz 4 SGB VI).
- Bei der Prüfung von Rentenansprüchen wegen Berufsunfähigkeit sind zumutbare Verweisungsberufe stets auch Tätigkeiten, für die die/der Versicherte mit Erfolg durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgebildet oder umgeschult wurde (§ 240 Absatz 2 SGB VI).
- Bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit werden Leistungen zur Teilhabe zwecks Abwendung von Rentenzahlungen vorbeugend erbracht (§ 10 Absatz 1 Nummer 2 Buchst. a SGB VI).
- Es werden Leistungen zur Prävention zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit erbracht, wenn erste gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden (§ 14 SGB VI).
- Es bestehen erleichterte versicherungsrechtliche Voraussetzungen bei vorliegender oder drohender Minderung der Erwerbsfähigkeit oder entsprechendem Rentenanspruch (§ 11 Absatz 2 SGB VI).

Der beschriebene Grundsatz wird auch in der Verortung der Rechtsvorschriften der Teilhabe im SGB VI deutlich: Die Teilhabevorschriften (§§ 9 bis 32 SGB VI) sind vor den Rentenvorschriften (§§ 33 ff. SGB VI) platziert.

1.7 Volkswirtschaftliche Bedeutung der Rehabilitation beziehungsweise Teilhabe

Das beschriebene Ziel der Rehabilitation beziehungsweise Teilhabe ist aus den folgenden Gründen für die Volkswirtschaft von wesentlichem Nutzen:

- höherer Konsum (verstärkte Güternachfrage) des betroffenen Menschen durch seine berufliche Eingliederung, denn aus dem daraus bezogenen Erwerbseinkommen ergibt sich als Folge eine Erhöhung der Produktion,
- stärkere Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz,
- weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten (Arbeitsunfähigkeit) am Arbeitsplatz,
- Angebot qualifizierter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer für den Arbeitsmarkt nach einer erfolgreichen Aus- oder Weiterbildung,
- Abwendung von Arbeitslosigkeit,
- Ausgabenminderung der Sozialleistungsträger, zum Beispiel Einsparung von Renten, Krankengeld, Behandlungskosten, Arbeitslosengeld, Pflegekosten, Sozialhilfe,
- Einnahmensteigerung der Sozialleistungsträger, zum Beispiel mehr Beiträge zur Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung,
- höhere Steuereinnahmen infolge der Berufstätigkeit,
- zusätzliche medizinische, verwaltungsmäßige und gewerbliche Einrichtungen mit den entsprechenden weiteren Arbeitsplätzen in den Rehabilitationsorten, zum Beispiel Rehabilitationskliniken, Berufsförderungswerke, Fremdenverkehrsgewerbe, Gastronomie, Verkaufsläden,
- Steigerung des Bruttoinlandsprodukts.

ZUSAMMENFASSUNG

- Die Leistungen zur Teilhabe sind Maßnahmen und Hilfen, mit denen bei Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft einschließlich der Teilhabe am Arbeitsleben (Erwerbsleben) gefördert wird (§§ 1 und 4 Absatz 1 SGB IX).

- Das Recht auf Teilhabe ist ein soziales Recht (§§ 2 bis 10 SGB I).

- In Deutschland hat sich ein gegliedertes Organisationssystem zur Rehabilitation beziehungsweise Teilhabe mit verschiedenen Rehabilitationsträgern entwickelt. Als Rehabilitationsträger bestimmt § 6 Absatz 1 SGB IX die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit, die Unfallversicherungsträger, die Rentenversicherungsträger, die landwirtschaftliche Alterskasse, die Träger der Sozialen Entschädigung, den Träger der Soldatenentschädigung, die Träger der Jugendhilfe und Eingliederungshilfe.

- § 2 Absatz 1 SGB IX enthält die Definition von Behinderung: Menschen mit körperlichen, geistigen, seelischen oder Sinnesbeeinträchtigungen sind in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren wahrscheinlich für längere Zeit gehindert, am gesellschaftlichen Leben gleichberechtigt teilzunehmen.

- Mit den Leistungen zur Teilhabe soll hauptsächlich eine Behinderung abgewendet, beseitigt beziehungsweise gemindert oder eine Milderung ihrer Folgen erreicht werden. Hierdurch ergeben sich positive Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit und das gesellschaftliche Leben des betroffenen Menschen.

- Neben dem ursprünglichen Rehabilitationsgedanken, der auf die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit abzielt, liegt dem Teilhabeziel auch der Präventionsgedanke, das heißt die Vorbeugung gegen eine drohende Leistungseinschränkung, zugrunde (§ 3 SGB IX).

- Die Kollision von Leistungen zur Teilhabe und Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit löst der Grundsatz „Teilhabeleistung vor Rentenleistung“ auf (§ 9 Absatz 1 und 2 SGB IX, § 9 Absatz 1 Satz 3 SGB VI).

- Eine realisierte Teilhabe ist nicht nur für den betroffenen Menschen selbst wichtig, sondern hat auch eine wirtschaftliche Bedeutung für die Volkswirtschaft und die Sozialversicherung. So kann durch die Einsparung von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit eine Frühverrentung vermieden werden. Im Bereich der Krankenversicherung werden die Behandlungskosten und Krankengeldkosten minimiert. Ferner führt eine erfolgreiche Teilhabe auch zu einer Steigerung auf der Einnahmeseite durch weiterhin zahlbare Beiträge zur Sozialversicherung und Steuern infolge der Berufstätigkeit und zu einem höheren Konsum. Auch der Arbeitgeber kann durch weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten der Mitarbeiterin beziehungsweise des Mitarbeiters profitieren.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

1. Was ist unter dem gegliederten Rehabilitationssystem in Deutschland zu verstehen?
2. Zählen Sie die neun Rehabilitationsträger (Oberbegriffe) auf.

Rehabilitationsträger

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

2. Leistungsarten und Rechtsgrundlagen für die gesetzliche Rentenversicherung

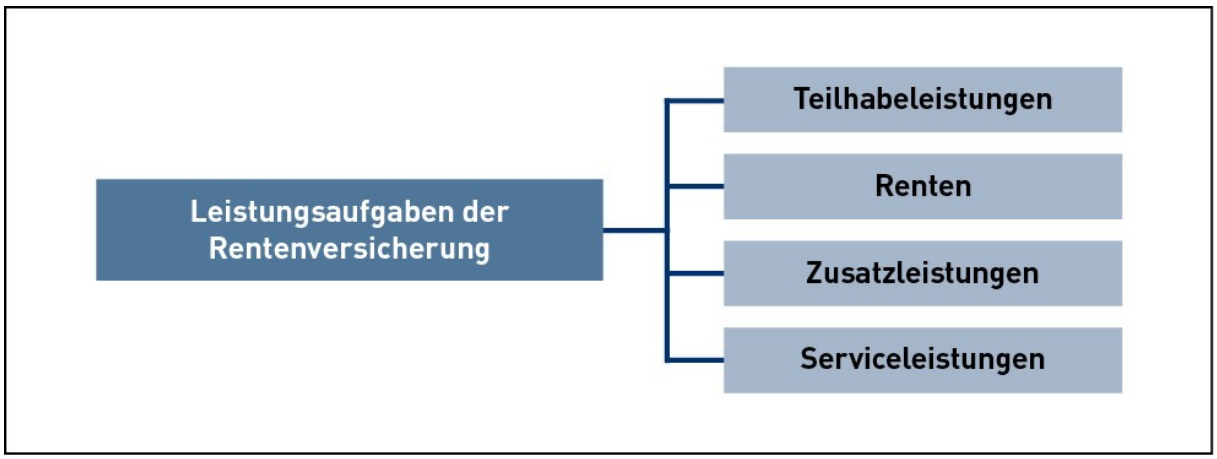
LERNZIELE

- Sie können die Leistungsarten zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung benennen.
- Sie kennen das Ziel der Leistungen zur Teilhabe, die aus der gesetzlichen Rentenversicherung zu erbringen sind.
- Sie können die rechtlichen Grundlagen für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe aufzählen und kennen den Leistungsort.

2.1 Leistungsarten

Die Leistungen zur Teilhabe gehören zu den Leistungsaufgaben der gesetzlichen Rentenversicherung (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4: Leistungsaufgaben der gesetzlichen Rentenversicherung



Die Rentenversicherungsträger erbringen folgende **Hauptleistungen** (§ 9 Absatz 1 SGB VI):

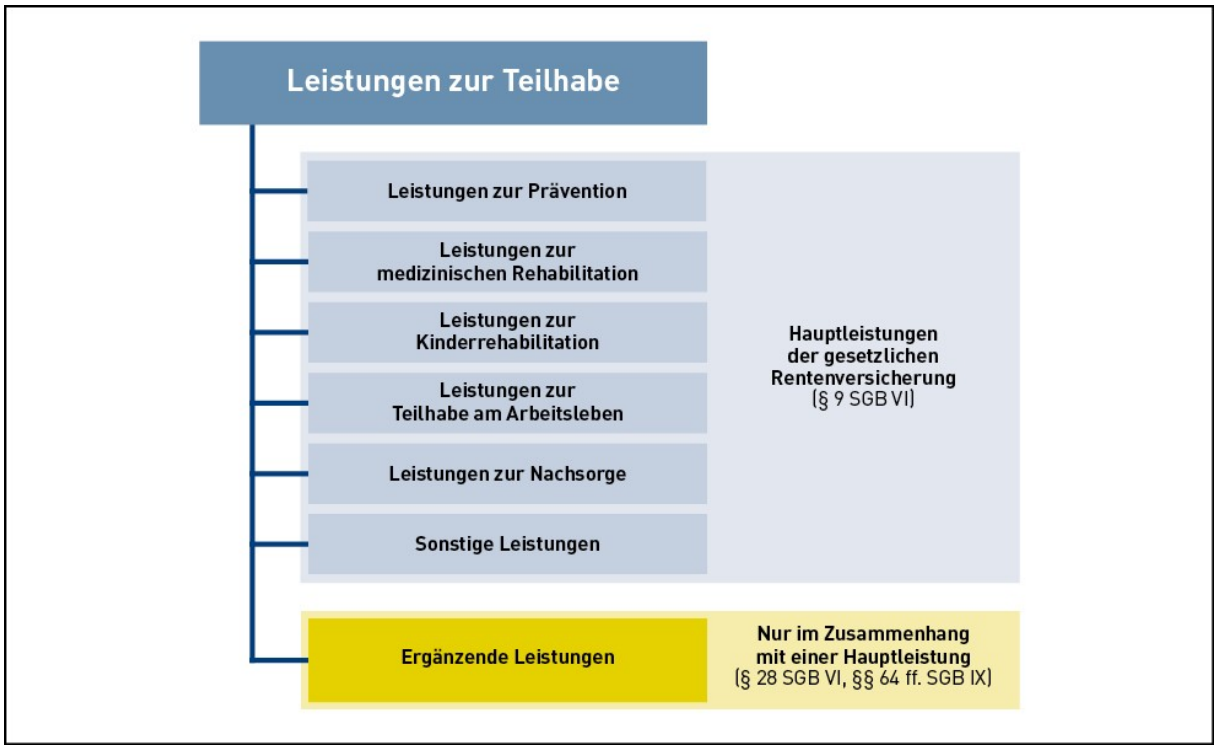
- **Leistungen zur Prävention** (§ 14 SGB VI),
- **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** (§ 15 SGB VI, §§ 42 bis 47a SGB IX),
- **Leistungen zur Kinderrehabilitation** (§ 15a SGB VI),
- **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** (§ 16 SGB VI, §§ 49 bis 63 SGB IX),
- **Leistungen zur Nachsorge** (§ 17 SGB VI),
- **Leistungen zur onkologischen Nachsorge** (sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI).

Diese Hauptleistungen werden mit den **ergänzenden Leistungen** (§§ 20 ff. SGB VI, §§ 64 bis 74 SGB IX) erweitert.

Im Leistungskatalog des SGB IX gibt es außerdem Leistungen zur Teilhabe an Bildung (§ 75 SGB IX) und Leistungen zur Sozialen Teilhabe (§§ 76 ff. SGB IX).

Diese haben für die gesetzliche Rentenversicherung keine Bedeutung, sondern betreffen andere Rehabilitationsträger.

Abbildung 5: Die Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherung



In diesem Studientext sind die folgenden Leistungen erläutert:

- **Leistungen zur Prävention im Kapitel 3**,
- **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Kapitel 4**,
- **Leistungen zur Kinderrehabilitation im Kapitel 5**,
- **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Kapitel 6** und
- **Leistungen zur Nachsorge im Kapitel 7**.

Näheres über die ergänzenden Leistungen finden Sie im Studientext Nummer 13 „Übergangsgeld“ und im Studientext Nummer 14 „Ergänzende und sonstige Leistungen, Zuzahlung“. Dort sind auch die Leistungen zur onkologischen Nachsorge (§ 31 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI) beschrieben.

2.2 Ziel der Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherung

Die im Abschnitt 2.1 aufgeführten Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherung werden erbracht, damit der erkrankte oder behinderte Mensch im Erwerbsleben verbleiben kann. Die Leistungen zur Teilhabe das Ziel,

- den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
- dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern (§ 9 Absatz 1 Satz 1 SGB VI).

Es geht folglich darum, die Erwerbsfähigkeit eines Menschen zu stärken, sein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder eine möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu erreichen. Dies wird genauer über die persönlichen Voraussetzungen des § 10 SGB VI geprüft (vergleiche Abschnitt 8.3, dort auch zu den Begriffen Erwerbsfähigkeit und Krankheit).

2.3 Pflicht- und Ermessensleistungen

Die Leistungen zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung sind überwiegend Pflichtleistungen, das heißt, wenn die im Gesetz vorgesehenen Voraussetzungen vorliegen, sind diese zwingend zu erbringen (§ 40 Absatz 1 SGB I). Zu den Pflichtleistungen gehören die Leistungen zur Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Kinderrehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Nachsorge sowie ergänzende Leistungen (vergleiche § 9 SGB VI).

Bei einigen Regelungen im Bereich der Leistungen zur Teilhabe hat der Gesetzgeber den Rentenversicherungsträgern einen Ermessensspielraum eingeräumt. Das Ermessen ist pflichtgemäß auszuüben (§ 39 SGB I). Ermessensleistungen werden auch als „Kann-Leistungen“ bezeichnet. Durch das eingeräumte Ermessen erhält der Rehabilitationsträger einen gewissen Handlungsspielraum und die Möglichkeit, Leistungen besonders wirksam und individuell zu erbringen. Außerdem ist es möglich, diese Hilfen bei Notwendigkeit zügig anzupassen. Es geht hierbei zum Beispiel um die Ausführung, also um das „Wie“ der Einzelleistung.

Ein Ermessen besteht bei den Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung bei den folgenden Regelungen:

- § 13 Absatz 1 SGB VI: Der Rentenversicherungsträger bestimmt im Einzelfall Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen und die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen.

- § 13a Absatz 1 SGB VI: Die Träger der Rentenversicherung können Versicherte mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und besonderem Unterstützungsbedarf in Bezug auf die berufliche Teilhabe mit einem Fallmanagement aktivierend und koordinierend bei ihrer beruflichen Wiedereingliederung begleiten und unterstützen. In den weiteren Absätzen des § 13a SGB VI sind zur Ausgestaltung des Fallmanagements weitere Kann-Regelungen enthalten.

- § 31 SGB VI: Als sonstige Leistungen zur Teilhabe können erbracht werden …

- § 28 SGB IX: Der zuständige Rehabilitationsträger kann Leistungen zur Teilhabe allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern … ausführen.

- § 31 SGB IX: Sach- und Dienstleistungen können auch im Ausland erbracht werden.

- § 44 SGB IX: Im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung sollen die medizinischen und ergänzenden Leistungen erbracht werden.

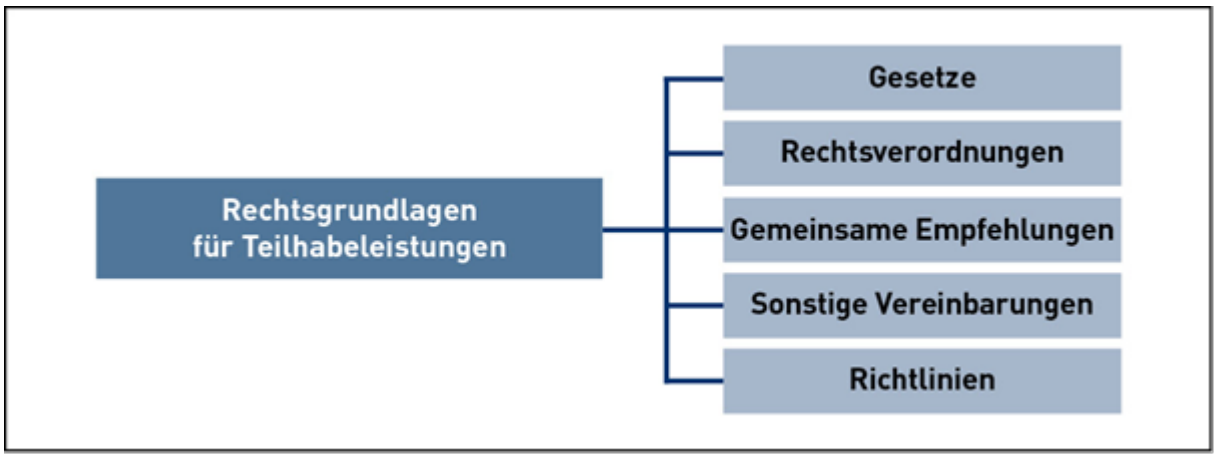
- § 50 SGB IX: Zur Teilhabe am Arbeitsleben können die Rehabilitationsträger auch Leistungen an Arbeitgeber erbringen.

- § 53 SGB IX: 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.

2.4 Rechtliche Grundlagen für die Erbringung der Leistungen

Da das Rehabilitationssystem zwischen verschiedenen Rehabilitationsträgern aufgegliedert ist und die Leistungen zur Teilhabe teilweise auch im Ermessen der Sozialleistungsträger liegen, wurden über die Gesetzesvorschriften hinaus weitere Rechtsgrundlagen zur zügigen und sachgerechten Leistungserfüllung notwendig (vergleiche Abbildung 6). Diese weiteren Regelungen bestehen neben den Gesetzen und Rechtsverordnungen und sind überwiegend von den Rehabilitationsträgern im Rahmen der ihnen übertragenen Selbstverwaltung geschaffen worden.

Abbildung 6: Rechtliche Grundlagen für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe



2.4.1 Gesetze

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

- SGB I – zum Beispiel Mitwirkungspflichten der/des Leistungsberechtigten,
- SGB V – mit Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die auch für die gesetzliche Rentenversicherung bedeutend sind (zum Beispiel § 40 Absatz 4 SGB V für den Vorrang der gesetzlichen Rentenversicherung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation),
- SGB VI – mit den speziellen Regelungen zum Rehabilitations- und Teilhaberecht in der gesetzlichen Rentenversicherung (insbesondere §§ 9 bis 32, 116 SGB VI),
- SGB IX – mit dem übergeordneten Rehabilitations- und Teilhaberecht, das für mehr als einen Rehabilitationsträger von Bedeutung ist (§§ 1 bis 89 SGB IX),
- SGB X – zum Beispiel Verwaltungsverfahren, Berechnung von Fristen, Erstattungsansprüche.

2.4.2 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 – zum Beispiel Bundesregierung, Bundesministerium für Arbeit und Soziales – erlassen. Um einen Tatbestand durch Rechtsverordnung zu regeln, 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 beziehungsweise präzisieren.

Im Rehabilitations- und Teilhaberecht gibt es zum Beispiel entsprechende Verordnungsermächtigungen in den §§ 27, 30, 48, 49 und 89 SGB IX. Es wurde zum Beispiel die Kraftfahrzeughilfe-Verordnung (KfzHV) erlassen, um eine Leistungsangleichung bei den verschiedenen Rehabilitationsträgern sicherzustellen (vergleiche Abschnitt 6.2.1).

2.4.3 Gemeinsame Empfehlungen

Als untergesetzliche Regelungen sind nach dem SGB IX gemeinsame Empfehlungen durch die Rehabilitationsträger vorgesehen (insbesondere gemäß §§ 26 und 37 SGB IX). Durch sie sollen zum Teil 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:

- Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“,
- Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung nach § 37 Absatz 1 SGB IX“,
- Gemeinsame Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“,
- Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“,
- Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“.

2.4.4 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 sind:

- Rahmenempfehlung Allgemeiner Teil – Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation,
- Rahmenempfehlung zur ambulanten onkologischen Rehabilitation,
- Rahmenempfehlung zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation.

2.4.5 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 (beziehungsweise Verwaltungsvorschriften) vorgegebenen Rahmen halten.

Im Gegensatz zu den gemeinsamen Empfehlungen gelten die Richtlinien in der Regel nur für einen Sozialleistungsbereich. Für die Leistungen zur Prävention, Leistungen zur Kinderrehabilitation und Leistungen zur Nachsorge wurden aufgrund des jeweils bestehenden gesetzlichen Auftrags (§ 14 Absatz 2, § 15a Absatz 5 und § 17 Absatz 2 SGB VI) von der Deutschen Rentenversicherung Bund im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales gemeinsame Richtlinien erlassen, die für alle Rentenversicherungsträger gelten.

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 des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten sowie der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 13 Absatz 1 SGB VI). Der Begriff „Leistungsumfang“ umfasst auch die Art, die Dauer, den Beginn und die Ausführung der Leistungen sowie die Festlegung auf eine bestimmte Rehabilitationseinrichtung oder ein geeignetes Berufsförderungswerk. Dabei ist auch das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten zu berücksichtigen (§ 8 SGB IX, vergleiche hierzu auch Abschnitt 4.2). Außerdem soll der Rentenversicherungsträger in seine Entscheidung auch die Interessen von erwerbstätigen Personen, die einen Angehörigen pflegen, einbeziehen.

Die gesetzlichen Regelungen über den Umfang der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation enthalten Leistungsbeschränkungen und Abgrenzungen gegenüber der Krankenversicherung (§ 13 Absatz 2 SGB VI, siehe dazu ausführlicher im Abschnitt 8.1.5).

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

2.5.2 Ort der Leistungen

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

Sach- und Dienstleistungen zur Teilhabe können im Ausland 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, welches noch im Einzugsbereich der Tagespendler liegt.

Uneingeschränkte Wirkung hat § 31 SGB IX nur für das vertragslose Ausland, weil sich durch europäisches Gemeinschaftsrecht oder das Recht mit Vertragsstaaten Abweichungen bezüglich der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe im Ausland ergeben können.

2.5.3 Persönliches Budget

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 die leistungsberechtigte Person gilt der Anspruch gegenüber dem Rehabilitationsträger insoweit als erfüllt.

ZUSAMMENFASSUNG

- Zu den Leistungsaufgaben der gesetzlichen Rentenversicherung gehört auch die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe. Dazu zählen gemäß der §§ 14, 15, 15a, 16, 17, 31 SGB VI die Leistungen zur Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Kinderrehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Nachsorge. Die sonstigen Leistungen erweitern dieses Angebot. Dazu werden jeweils ergänzende Leistungen erbracht (§ 64 SGB IX).

- Die Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherung haben das Ziel, die versicherte Person in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern. Ursache für die gesundheitliche Beeinträchtigung ist eine Krankheit oder Behinderung (§ 9 Absatz 1 SGB VI).

- Die Leistungen zur Teilhabe sind überwiegend Pflichtleistungen. Wenn es um den Leistungsumfang (einschließlich Dauer, Ausführung und Festlegung der Rehabilitationseinrichtung) und damit um das „Wie“ der Leistungen geht, hat der Gesetzgeber den Rentenversicherungsträgern einen Ermessensspielraum eingeräumt (§ 13 Absatz 1 SGB VI).

- Rechtliche Grundlagen für die Leistungen zur Teilhabe sind Gesetze (zum Beispiel SGB VI und SGB IX), Rechtsverordnungen (zum Beispiel Kraftfahrzeughilfe-Verordnung), Gemeinsame Empfehlungen, sonstige Vereinbarungen und Richtlinien der Rehabilitationsträger.

- Hauptsächlich werden die Leistungen zur Teilhabe in Deutschland ausgeführt (§ 31 SGB IX). Abweichende Regelungen (zum Beispiel hinsichtlich des Orts der Leistung) können sich durch europäisches Gemeinschaftsrecht oder das Recht mit Vertragsstaaten ergeben.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

5. Zählen Sie die sechs Hauptleistungen zur Teilhabe für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung auf.

6. Erklären Sie den Begriff „Ermessensleistungen“.

7. Nennen Sie die fünf rechtlichen Grundlagen (Oberbegriffe) für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe.

8. Erläutern Sie, unter welchen Voraussetzungen Leistungen zur Teilhabe im vertragslosen Ausland erbracht werden dürfen.

3. Leistungen zur Prävention

LERNZIELE

- Sie können den Begriff „Prävention“ erklären.
- Sie können das Ziel der Prävention für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung benennen.
- Sie kennen die Rangfolge von Prävention im Zusammenspiel mit Rehabilitation und Rentenleistung.

3.1 Prävention als Aufgabe auch für die gesetzliche Rentenversicherung

Der Gesetzgeber hat der gesetzlichen Rentenversicherung die Prävention (Vorbeugung) in gewissem Umfang übertragen (zur genauen Definition und zum Gedanken von Prävention vergleiche Abschnitt 1.5). Der Vorrang von Prävention vor Rehabilitation wurde ausdrücklich in § 9 Absatz 1 Satz 2 und 3 SGB VI festgelegt.

Die Rentenversicherungsträger haben Leistungen zur Prävention entsprechend der Rechtsgrundlage des § 14 SGB VI zu erbringen. Es geht um Leistungen an Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen haben, welche die ausgeübte Beschäftigung gefährden. In der gesetzlichen Rentenversicherung ist das Ziel der Leistungen zur Prävention, die Erwerbsfähigkeit von Versicherten frühzeitig zu sichern.

Die Leistungen zur Prävention sind vom Charakter her zwar medizinische Leistungen; sie sind im rechtlichen Sinne aber keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI), weil sie diesen „vorgeschaltet“ sind. Es gilt somit der erweiterte Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation vor Rentenleistung“ (vergleiche auch Abschnitt 1.6).

Zu den Leistungen zur Prävention gibt es eine Richtlinie der Deutschen Rentenversicherung Bund, in der Ziele, persönliche Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Leistungen zur Prävention näher ausgeführt sind und welche für alle Rentenversicherungsträger maßgebend ist (§ 14 Absatz 2 SGB VI).

3.2 Voraussetzungen für Leistungen zur Prävention

3.2.1 Kein Leistungsausschluss

Hierzu wird auf die Ausführungen im Abschnitt 8.1 hingewiesen.

3.2.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Prävention sind wegen ihres Charakters identisch mit denen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 11 Absatz 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 vorhanden sind (siehe ausführlich im Abschnitt 8.2).

3.2.3 Persönliche Voraussetzungen

Hinsichtlich der persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Prävention verweist § 10 Absatz 3 SGB VI auf § 14 SGB VI. Das bedeutet, dass die persönlichen Voraussetzungen gegeben sind, wenn die/der Versicherte erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweist, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden. Die Person übt also eine Beschäftigung aus, die ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst. Diese ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen müssen erkennbar und ärztlich festgestellt worden sein; sie dürfen aber noch keinen Krankheitswert haben. Erste gesundheitliche Beeinträchtigungen in diesem Sinne sind:

- beginnende Funktionsstörungen von Bewegungsorganen,
- beginnende Funktionsstörungen verschiedener Organe,
- psychische Beeinträchtigungen,
- chronische Atemwegsstörungen.

Die Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen können sich insbesondere durch Faktoren aus dem Arbeitsumfeld wie Art und Umfang der Arbeitsbelastung, Lärm am Arbeitsplatz, Arbeitsverdichtung beziehungsweise Wechselschichten ergeben. Zusätzlich können auch emotional belastende Situationen im Berufsleben oder schwierige Lebensumstände (zum Beispiel Pflege von Angehörigen) als Einflussfaktoren für die gesundheitlichen Beeinträchtigungen berücksichtigt werden. Der Bedarf einer Leistung zur Prävention kann sich zum Beispiel aus auffälligen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, einer auffälligen Medikation, wegen länger andauernder Schmerzen oder Gewichtsproblemen ergeben (vergleiche dazu auch Rahmenbedingungen zu den Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung).

Die Präventionsleistungen sollen auf die gesundheitliche Verfassung, die individuelle Lebensführung und die Selbstkompetenz der/des Versicherten einwirken (Lebensstiländerung) und so zur besseren Bewältigung der Anforderungen des Arbeits- und Berufslebens führen. Auf diese Weise soll erreicht werden, die Erwerbsfähigkeit der/des Versicherten vorbeugend zu erhalten und damit einem späteren Rehabilitationsbedarf beziehungsweise frühzeitigen Rentenanspruch entgegenzuwirken.

Über das „Wie“ der Leistungen zur Prävention bestimmt der Rentenversicherungsträger nach pflichtgemäßem Ermessen (vergleiche auch Abschnitt 2.2 und 2.4.1). Die Leistungen werden grundsätzlich in Gruppen und modularisiert durchgeführt (vergleiche Richtlinie der Deutschen Rentenversicherung Bund zu § 14 Absatz 2 SGB VI). Sie bestehen aus

- einer Initialphase in einer zugelassenen Einrichtung mit Impulsvorträgen und Trainingseinheiten (stationär oder ganztägig ambulant),
- einer Trainingsphase in der Einrichtung (praxisorientiert),
- einer Eigenaktivitätsphase und
- einer Auffrischungsphase wiederum in der Einrichtung.

Programm und Ablauf dieser Leistungen sowie die Trainingsorte sind auf einer Webseite der Deutschen Rentenversicherung unter https://www.rv-fit.de nachlesbar.

3.3 Gesundheitscheck für Versicherte ab 45 Jahren

Auf der Grundlage des § 14 Absatz 3 SGB VI wirken die Rentenversicherungsträger auf eine freiwillige, individuelle, berufsbezogene Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab Vollendung des 45. Lebensjahres hin. Dies geschieht mit dem Ü45-Onlinecheck – abrufbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Praevention/ue45_check/ue45-check.html. Dieser basiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen. Da der Online-Check keine ärztliche Beratung ersetzt, sollte die/der Versicherte ein (auffälliges) Ergebnis mit einer Ärztin beziehungsweise einem Arzt besprechen.

ZUSAMMENFASSUNG

- Die Rentenversicherungsträger haben vorbeugend Leistungen zur Prävention zu erbringen, wenn Versicherte erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden (§ 14 Absatz 1 SGB VI).
- Ziel der Leistungen zur Prävention ist, die Erwerbsfähigkeit von Versicherten frühzeitig zu sichern.
- Die Leistungen zur Prävention sollen auf die gesundheitliche Verfassung, die individuelle Lebensführung und die Selbstkompetenz der/des Versicherten einwirken und so zur besseren Bewältigung der Anforderungen im Arbeits- und Berufsleben führen. Sie werden modularisiert durchgeführt.
- Mit dem Online-Gesundheitscheck für über 45-jährige Versicherte gibt es eine insbesondere freiwillige und berufsbezogene Gesundheitsvorsorge.
- Aufgrund des Vorrangs von Leistungen zur Prävention gilt der Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation vor Rentenleistung“ (§ 9 Absatz 1 Satz 2 und 3 SGB VI).

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

9. Erklären Sie den im allgemeinen Sprachgebrauch verwendeten Begriff „Prävention“.
10. Benennen Sie das Ziel der Prävention für die gesetzliche Rentenversicherung.
11. Setzen Sie folgende Begriffe in die richtige Reihenfolge: Rehabilitation, Rentenleistung, Prävention.

4. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

LERNZIELE

- Sie können die verschiedenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation feststellen und dabei zwischen ganztägig ambulanter und stationärer Rehabilitation unterscheiden.
- Sie kennen Einzelheiten zur Durchführung dieser Leistungen, die grundsätzliche Leistungsdauer und die Besonderheiten der Anschlussrehabilitation und Entwöhnungsbehandlung.
- Sie kennen die wesentlichen Einzelleistungen zur medizinischen Rehabilitation.

4.1 Voraussetzungen

Die Rentenversicherungsträger erbringen gemäß § 15 Absatz 1 SGB VI im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Leistungen nach den §§ 42 bis 47a SGB IX – mit Ausnahme der Früherkennung und Frühförderung für Kinder nach § 42 Absatz 2 Nummer 2 und § 46 SGB IX.

Für den Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aus der gesetzlichen Rentenversicherung ist erforderlich, dass

- **keine Ausschlussgründe bestehen** (§ 12 SGB VI),
- **die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind** (§ 11 SGB VI) und
- **die persönlichen Voraussetzungen vorliegen** (§ 10 SGB VI).

Diese drei Bedingungen sind ausführlich im Kapitel 8 beschrieben. Hier geht es nachfolgend um die eigentlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wie sie nach Erfüllung dieser Anspruchsvoraussetzungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung zu erbringen sind beziehungsweise erbracht werden können.

4.2 Durchführung, Wunsch- und Wahlrecht sowie Dauer

Den Leistungsumfang in Form von Art, Dauer, Umfang, Beginn und Ausführung der medizinischen Rehabilitation bestimmt der zuständige Rentenversicherungsträger im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 13 Absatz 1 SGB VI, vergleiche dazu auch Abschnitt 2.2 und 2.4.1). Dabei sind die gesetzlichen Vorgaben zu beachten.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben einen ganzheitlichen Ansatz und verfolgen das Ziel, die rehabilitationsbedürftige Person in ihren Beruf und ihr privates Umfeld erfolgreich wiedereinzugliedern. Die Leistungen werden in und durch **Rehabilitationseinrichtungen/ Rehabilitationskliniken** erbracht, die für die Erkrankung beziehungsweise Behinderung geeignet und von der Deutschen Rentenversicherung zugelassen sind. Die Rentenversicherungsträger haben eigene Rehabilitationskliniken und zudem mit vielen Rehabilitationskliniken einen Vertrag zur Leistungserbringung geschlossen (§ 15 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 6 SGB VI).

Zugelassen wird eine Rehabilitationseinrichtung, wenn sie u. a. fachlich geeignet ist und sich verpflichtet, an einem von der Deutschen Rentenversicherung eingesetzten oder anerkannten Qualitätssicherungsverfahren teilzunehmen und das Vergütungssystem anerkennt (§ 15 Absatz 3 SGB VI). Dadurch soll die hohe Qualität der Leistungen zur

medizinischen Rehabilitation sichergestellt werden. Die eigenen Rehabilitationskliniken der Deutschen Rentenversicherung sind kraft Gesetzes zugelassen (§ 15 Absatz 4 Satz 2 SGB VI).

In den Rehabilitationseinrichtungen kümmern sich verschiedene Berufsgruppen wie zum Beispiel Ärzte, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden und Psychologen interdisziplinär um den einzelnen Rehabilitanden und um die Erreichung des Teilhabeziels für diesen Menschen.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in der gesetzlichen Rentenversicherung entweder stationär oder (ganztägig) ambulant durchgeführt.

Bei einer **stationären Durchführung** ist die/der Versicherte durchgehend in einer Rehabilitationseinrichtung (Rehabilitationsklinik) mit Unterkunft und Verpflegung untergebracht (§ 15 Absatz 2 Satz 3 SGB VI) und erhält damit auch außerhalb der eigentlichen Therapiezeiten Leistungen.

Bei der Durchführung in **ganztägig ambulanter Form** nehmen die Versicherten tagsüber an den Leistungen in der Rehabilitationseinrichtung teil, übernachten aber zu Hause und kümmert sich grundsätzlich selbst um ihre Verpflegung. Ganztägig ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation setzen im Regelfall voraus, dass die Leistungen wohnortnah durchgeführt werden.

Die **ambulante Durchführung** erfolgt im Gegensatz zur ganztägig ambulanten Form nur in einem geringen zeitlichen Umfang (zum Beispiel stundenweise an einzelnen Tagen); sie kommt zum Beispiel bei Abhängigkeitserkrankungen oder im Rahmen von Leistungen zur Prävention oder Leistungen zur Nachsorge in Betracht.

Die Leistungen in stationärer und (ganztägig) ambulanter Form sind gleichrangig möglich. Im Einzelfall spielen auch private Gründe wie zum Beispiel eine erforderliche Kinderbetreuung eine Rolle bei der Durchführungsart.

Die Versicherten haben ein **Wunsch- und Wahlrecht**. Berechtigten Wünschen ist zu entsprechen (§ 8 SGB IX). Sofern eine Rehabilitationsklinik für die zu behandelnde Indikation qualitativ im besten Sinne geeignet ist und sie zugelassen ist, besteht bei ausreichendem Platzangebot die Möglichkeit, Leistungen in der gewünschten Rehabilitationseinrichtung zu erhalten. Ansonsten hat der Rentenversicherungsträger geeignete Rehabilitationseinrichtungen vorzuschlagen (§ 15 Absatz 6a SGB VI). Auf der Webseite der Deutschen Rentenversicherung https://www.meine-rehabilitation.de besteht die Möglichkeit, eine passende und zugelassene Rehabilitationseinrichtung für die jeweilige Erkrankung zu finden.

Die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen **grundsätzlich für längstens drei Wochen** erbracht werden. Eine Verlängerung oder bei bestimmten Erkrankungen auch eine von vornherein bewilligte längere Dauer ist möglich, wenn das Rehabilitationsziel dadurch erreicht werden kann (§ 15 Absatz 2 Satz 3 und 4 SGB VI).

Die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI unterliegen der grundsätzlichen Zuzahlungspflicht des § 32 SGB VI (vergleiche hierzu den Studientext Nummer 14 „Ergänzende und sonstige Leistungen, Zuzahlung“).

4.3 Einzelleistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die wichtigsten Einzelleistungen aus dem Bereich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung sind in der Abbildung 7 zusammengefasst und werden nachfolgend erläutert.

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

4.3.1 Ärztliche Behandlung

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

4.3.2 Arznei- und Verbandsmittel

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 oder krankhafte Beschwerden zu heilen, zu lindern, zu verhüten oder zu erkennen (§ 2 Arzneimittelgesetz). Hierzu gehören zum Beispiel 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 zum Beispiel Mullbinden, Wundverbände und Pflaster.

4.3.3 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 zum Beispiel Heilpflaster, Salben, Heilerde, Bäder, Massagen und Bestrahlungen. Aber auch die im Gesetz besonders hervorgehobene physikalische Therapie (zum Beispiel Krankengymnastik), Sprach- und Beschäftigungstherapie zählen im weiteren Sinne dazu.

4.3.4 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.

4.3.5 Hilfsmittel

Zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation gehört im Einzelfall die Versorgung mit technischen **Hilfsmitteln** wie zum Beispiel 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 zum Beispiel orthopädisches Schuhwerk, Hörgeräte, Rollstühle, Sitzhilfen und Prothesen.

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

4.3.6 Digitale Gesundheitsanwendungen

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

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

4.3.7 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) beziehungsweise 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 die/der Versicherte ihren/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 soll die Arbeitsqualität erhöht und das Arbeitstempo angemessen gesteigert werden. Zusätzlich werden Fertigkeiten verbessert oder entwickelt, die für die berufliche Eingliederung notwendig sind.

4.4 Anschlussrehabilitation

Die Anschlussrehabilitation ist keine besondere Art der Rehabilitation, sondern es ist ein **spezielles Verfahren**, das die Nahtlosigkeit zwischen der Akutbehandlung der gesetzlichen Krankenversicherung und der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung sicherstellen soll. In der Praxis wird dafür häufig noch die frühere Bezeichnung „Anschlussheilbehandlung“ oder die Abkürzung „AHB“ verwendet. Eine Anschlussrehabilitation ist eine Leistung in einer AHB-Klinik. Die AHB schließt sich unmittelbar an eine von der Krankenkasse finanzierte Akutbehandlung im Krankenhaus bei bestimmten Erkrankungen wie zum Beispiel Herzinfarkt an. Zwischen dem Krankenhausaufenthalt und der AHB darf grundsätzlich eine zeitliche Lücke von 14 Tagen nicht überschritten werden. Die Anschlussrehabilitation ist in stationärer oder in ganztägig ambulanter Form 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 und unbürokratische AHB-Verfahren vereinbart. Einige Rentenversicherungsträger verwenden hierbei das Direkteinweisungsverfahren, andere das Schnelleinweisungsverfahren. Einige Krankenkassen haben ein eigenes Einweisungsverfahren.

Beim Direkteinweisungsverfahren wird die versicherte Person, sofern diese per Antrag der AHB zustimmt, in der Regel vom Krankenhaus aus, nach vorheriger Absprache mit der AHB-Klinik, direkt dorthin verlegt. Die Entscheidung über die Einleitung der Anschlussrehabilitation trifft grundsätzlich die behandelnde Krankenhausärztin beziehungsweise der behandelnde Krankenhausarzt. Es braucht in der Regel vorher kein Bewilligungsbescheid abgewartet werden. Das hat zur Folge, dass die Entscheidung über die Zuständigkeit und Kostenträgerschaft regelmäßig erst nach der Anschlussrehabilitation getroffen wird.

- Wenn keine Ausschlussgründe vorliegen und die versicherungsrechtlichen und persönlichen (medizinischen) Voraussetzungen in der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt sind, 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 einem Indikationskatalog festgelegt, für welche Erkrankungen eine Anschlussrehabilitation möglich ist. Nach dieser Liste sind zahlreiche Indikationsgruppen mit vielen Krankheitsbildern (Einzeldiagnosen) zugelassen.

4.5 Entwöhnungsbehandlung bei suchtkranken Menschen

Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt für suchtkranke Menschen Entwöhnungsbehandlungen als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Suchterkrankungen in diesem Sinne sind

- stoffgebundene Süchte, wie zum Beispiel Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit

  und

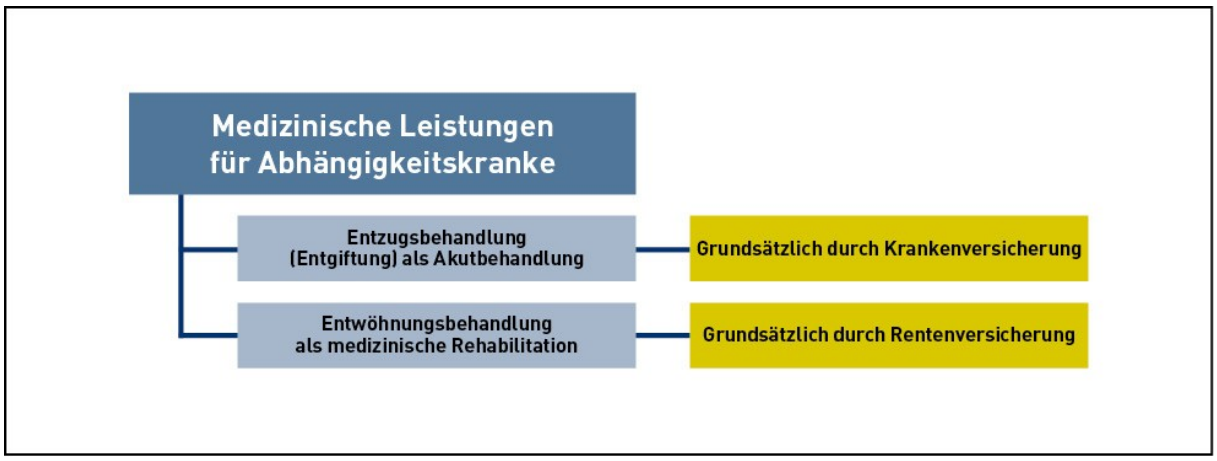
- nicht stoffgebundene Süchte, wie das pathologische Glücksspiel oder der pathologische Computer- und Internetgebrauch (gaming-disorder) bei Erwachsenen. Hier gelten Besonderheiten in der Leistungserbringung, die in diesem Studientext nicht weiter thematisiert werden.

Raucherinnen und Raucher werden von der Entwöhnungsbehandlung nicht erfasst.

Suchtkranke Menschen nehmen schädliche Stoffe wie Alkohol, Medikamente oder Drogen exzessiv, regelmäßig und missbräuchlich ein. Bei diesen Menschen liegen häufig nicht nur Beeinträchtigungen der Gesundheit, sondern auch Beeinträchtigungen in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen und der sozialen beziehungsweise wirtschaftlichen Funktionen vor. Die jeweilige Sucht ist gekennzeichnet von einer Unfähigkeit zur Abstinenz beziehungsweise einem Verlust der Selbstkontrolle. Die Abhängigkeit hat einen solchen Grad erreicht, dass diese Menschen deutliche körperliche, geistige oder seelische Störungen aufweisen.

Da Suchterkrankungen zu den Krankheiten im Sinne des Sozialversicherungsrechts gehören, kommt eine Kostenübernahme sowohl in der Krankenversicherung als auch in der Rentenversicherung infrage. Die Zuständigkeitsabgrenzungen sind in Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung geregelt. Die grundsätzliche Aufteilung der Zuständigkeit ist in der Abbildung 8 dargestellt.

Abbildung 8: Zuständigkeiten bei medizinischen Leistungen für Abhängigkeitskranke



Bei der Behandlung von Abhängigkeitskranken wird zwischen der Entzugs- beziehungsweise Entgiftungsbehandlung und der Entwöhnungsbehandlung unterschieden. Für die Entzugsbehandlung ist grundsätzlich die Krankenversicherung im Rahmen der Krankenbehandlung zuständig. Die Kosten für die Entwöhnungsbehandlung, also der eigentlichen Rehabilitationsphase, übernimmt der Rentenversicherungsträger (vergleiche § 3 Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“), wenn

- Ausschlussgründe nicht vorliegen (vergleiche Kapitel 8.1),
- die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind (vergleiche Kapitel 8.2),
- die persönlichen Voraussetzungen vorliegen (vergleiche Kapitel 8.3),
- eine Entgiftung bereits durchgeführt wurde oder nicht erforderlich ist,
- der suchtkranke Mensch motiviert ist und
- die Bereitschaft zur Nachsorge zeigt.

Die Entwöhnungsbehandlung hat das **Ziel**, die Abstinenz des erkrankten Menschen zu erreichen und zu erhalten, seine gesundheitlichen Störungen weitgehend zu beheben oder auszugleichen und die Teilhabe in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu ermöglichen (§ 2 Absatz 1 Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“).

Die **Leistungsdauer** ist von der jeweiligen Suchterkrankung und der Leistungsform (stationär, ganztägig ambulant oder ambulant) abhängig; sie umfasst in der Regel deutlich mehr als die für stationäre Leistungen grundsätzlich festgelegten drei Wochen (vergleiche § 15 Absatz 2 Satz 3 und 4 SGB VI).

4.6 Stufenweise Wiedereingliederung

Arbeitsunfähige Arbeitnehmer, die nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Berufstätigkeit teilweise verrichten können, sollen durch eine schrittweise Wiederaufnahme ihrer alten Berufstätigkeit besser in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Sie sollen medizinische und ergänzende Leistungen entsprechend der genannten Zielsetzung erhalten (§ 44 SGB IX). Der Wiedereingliederungsprozess vollzieht sich hierbei im Wesentlichen innerhalb der Betriebe.

Die gesetzliche Rentenversicherung übernimmt die stufenweise Wiedereingliederung, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es wurden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vom Rentenversicherungsträger erbracht.

- Die versicherte Person ist arbeitsunfähig (bei Entlassung aus der Rehabilitation).
- Die stufenweise Wiedereingliederung wurde bereits in der Rehabilitationseinrichtung als notwendig festgestellt und eingeleitet.
- Die/Der Versicherte stimmt zu.
- Der Arbeitgeber stimmt zu.
- Die/Der Versicherte ist für die stufenweise Wiedereingliederung grundsätzlich belastbar.
- Die stufenweise Wiedereingliederung beginnt innerhalb von vier Wochen nach dem Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Die stufenweise Wiedereingliederung ist dann als Bestandteil einer einheitlichen Gesamtmaßnahme zu sehen.

ZUSAMMENFASSUNG

- Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden stationär (mit Unterkunft und Verpflegung), ganztägig ambulant (ohne Unterkunft und Verpflegung) oder ambulant (zeitweise) erbracht. Die Rehabilitation setzt sich aus verschiedenen Einzelleistungen zusammen, zum Beispiel ärztliche Behandlung, Arzneimittel, Therapien, Heil- und Hilfsmittel, digitale Gesundheitsanwendungen, Belastungserprobung (§ 15 Absatz 1 SGB VI in Verbindung mit § 42 Absatz 2 SGB IX).

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in Rehabilitationseinrichtungen/ Rehabilitationskliniken erbracht, die entweder vom Rentenversicherungsträger selbst betrieben werden oder mit denen ein Vertrag geschlossen wurde. Die Rehabilitationseinrichtungen müssen von der gesetzlichen Rentenversicherung zugelassen sein (§ 15 Absatz 2 SGB VI). Damit soll die hohe Qualität der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gesichert werden.

- Versicherte dürfen sich die Rehabilitationseinrichtung aussuchen. Dem Wunsch ist zu entsprechen, wenn die Rehabilitationseinrichtung in bester Qualität für die zu behandelnde Indikation geeignet und zugelassen ist. Ansonsten schlägt der Rentenversicherungsträger der/dem Versicherten geeignete Rehabilitationseinrichtungen vor (§ 8 Absatz 1 SGB IX, § 15 Absatz 6a SGB VI).

- Besonderheiten sind bei der Anschlussrehabilitation (Anschlussheilbehandlung – AHB) nach einem Krankenhausaufenthalt und bei der Entwöhnungsbehandlung von suchtkranken Menschen zum Beispiel bei einer Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit zu beachten.

- Die stufenweise Wiedereingliederung soll die versicherte Person langsam und besser befähigen, ihren bisher ausgeübten Beruf wieder auszuüben (§ 44 SGB IX).

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

12. Wo und in welcher Form werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt?

13. Wie lange werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation grundsätzlich erbracht?

14. Zählen Sie die wichtigsten Einzelleistungen zur medizinischen Rehabilitation auf.

15. Erklären Sie den Begriff „Heilmittel“.

16. Erklären Sie den Begriff „Hilfsmittel“.

17. Nennen Sie diejenige Leistung zur medizinischen Rehabilitation, bei der die Einleitung des Rehabilitationsverfahrens aufgrund von Vereinbarungen zwischen Rentenversicherungs- und Krankenversicherungsträgern besonders schnell erfolgt.

5. Leistungen zur Kinderrehabilitation

LERNZIELE

- Sie können das Ziel der Leistungen zur Kinderrehabilitation erklären.
- Sie können den Kinderkreis, den Leistungsausschluss, die versicherungsrechtlichen und die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Kinderrehabilitation erläutern.
- Sie kennen die grundsätzliche Dauer dieser Leistungen.

5.1 Ziel der Leistungen zur Kinderrehabilitation

Die Leistungen zur Kinderrehabilitation nach § 15a SGB VI sind eine Sonderform der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Sie sind für Kinder und Jugendliche möglich.

Es geht darum, bei Kindern und Jugendlichen und damit schon in frühen Lebensjahren eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit voraussichtlich zu beseitigen oder eine bereits beeinträchtigte Gesundheit wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen. Zusätzlich muss dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit des Kindes haben (vergleiche § 15a Absatz 1 Satz 2 SGB VI).

Der Rehabilitationsbedarf von Kindern ergibt sich zum Beispiel aus chronischen Erkrankungen, psychischen Auffälligkeiten oder Gesundheitseinbußen, die lebensstil- oder entwicklungsbedingt sind. Früh einsetzende Leistungen zur Kinderrehabilitation haben im Regelfall einen positiven Einfluss auf Schule, Ausbildung und die zukünftige Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (vergleiche BT-Drucksache 18/9787 zum Flexirentengesetz, Seite 34). Leistungen zur Kinderrehabilitation haben also das Ziel, dass die erkrankten Kinder ihr Leben eigenständig und selbstbestimmt führen können, und zwar mittels einer späteren beruflichen Erwerbstätigkeit als Einkommensgrundlage und möglichst unabhängig von staatlichen Unterstützungsleistungen.

Zwecks Sicherstellung einer einheitlichen Rechtsanwendung hat die Deutsche Rentenversicherung Bund im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu den Leistungen zur Kinderrehabilitation die gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung vom 28.06.2018 erlassen. In der Richtlinie sind die Ziele, die persönlichen Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Leistungen zur Kinderrehabilitation beschrieben (§ 15a Absatz 5 SGB VI).

5.2 Voraussetzungen für Leistungen zur Kinderrehabilitation

Für die Leistungen zur Kinderrehabilitation muss die Zugehörigkeit zum anspruchsberechtigten Kinderkreis vorhanden sein. Außerdem darf kein Leistungsausschluss bestehen und es müssen die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen vorliegen.

5.2.1 Zugehörigkeit zum anspruchsberechtigten Kinderkreis

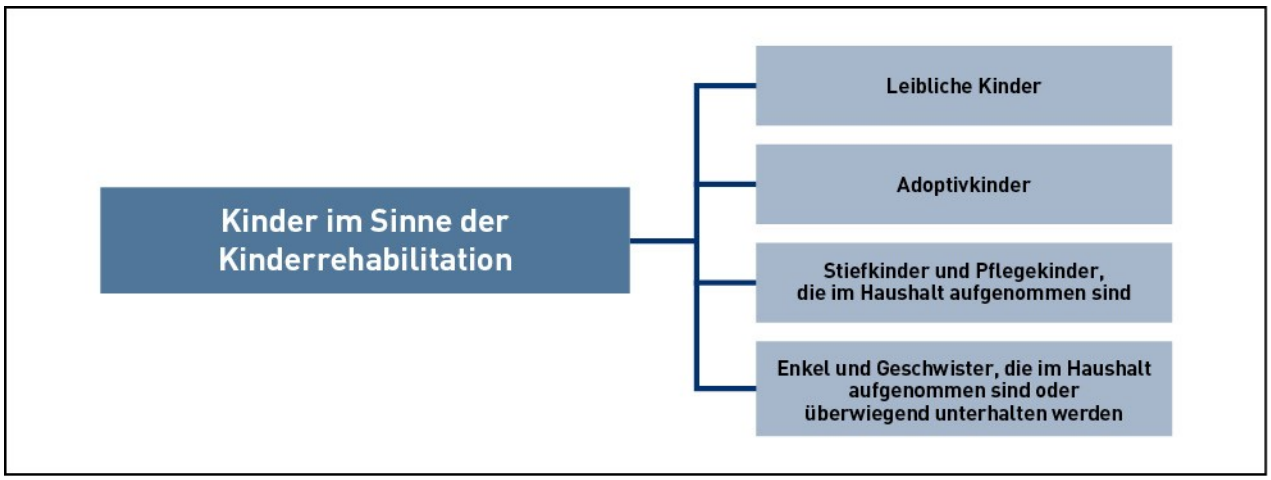
Gemäß § 15a Absatz 1 Satz 1 SGB VI sind folgende Kinder anspruchsberechtigt:

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

Zu den Kindern gehören zum einen die leiblichen und adoptierten Kinder (Kinder im Sinne des BGB). Zum anderen zählen dazu gemäß § 15a Absatz 3 Satz 1 SGB VI auch Stief- und Pflegekinder, sofern sie in den Haushalt der versicherten Person oder des Rentners aufgenommen sind, sowie Enkel und Geschwister der Versicherten und Rentner, die in deren Haushalt aufgenommen sind oder von ihren überwiegend unterhalten werden (Kinder i. S. von § 48 Absatz 3 SGB VI). Die Abbildung 9 zeigt den Kinderkreis im Überblick.

Kinder, die eine Waisenrente beziehen, erfüllen die Voraussetzung zum Kinderkreis direkt.

Abbildung 9: Kinder im Sinne der Leistungen zur Kinderrehabilitation



Die altersmäßigen Voraussetzungen für Leistungen zur Kinderrehabilitation ergeben sich aus dem Waisenrentenrecht, denn § 15a Absatz 3 Satz 2 SGB VI enthält einen Querverweis auf § 48 Absatz 4 und 5 SGB VI. Deshalb gilt eine grundsätzliche Altersgrenze bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Über diesen Zeitpunkt hinaus sind Kinder anspruchsberechtigt bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, wenn sie sich zum Beispiel in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder einen freiwilligen Dienst i. S. von § 32 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 Buchst. d EStG leisten.

Für die Leistungen zur Kinderrehabilitation gibt es kein bestimmtes Mindestalter des Kindes. Auch kleinen Kindern sind die Leistungen zu gewähren.

Kinder haben einen gesetzlichen Anspruch auf Mitaufnahme einer Begleitperson (zum Beispiel Mutter oder Vater), wenn dies für die Durchführung oder den Erfolg der Leistung notwendig ist (§ 15a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB VI). Bei Kindern bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres ist das grundsätzlich der Fall (vergleiche dazu auch § 9 Absatz 2 der gemeinsamen Richtlinie für Leistungen zur Kinderrehabilitation, dort auch mit weiteren Beispielen). Die Familienangehörigen, wie zum Beispiel die Eltern und Geschwister, werden im Rahmen einer notwendigen familienorientierten Rehabilitation in den Rehabilitationsprozess des Kindes einbezogen (§ 15a Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB VI).

5.2.2 Kein Leistungsausschluss

Für den Anspruch auf Leistungen zur Kinderrehabilitation darf kein Leistungsausschluss vorliegen (vergleiche § 6 der gemeinsamen Richtlinie für Leistungen zur Kinderrehabilitation). Ausgeschlossen sind demnach Leistungen zur Kinderrehabilitation aus der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die versicherte Person oder die rentenbeziehende Person (Stammanspruch) eine Beschäftigung ausübt, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist, oder wenn diese als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze versicherungsfrei ist (zum Beispiel Beamter im Ruhestand).

Wenn die Kinder selbst wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts gleichartige Leistungen von einem anderen Rehabilitationsträger erhalten können, besteht ebenfalls ein Leistungsausschluss für Leistungen zur Kinderrehabilitation aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Ein Arbeitsunfall in diesem Sinne ist auch ein Unfall in der Schule oder auf dem Schulweg. Leistungen sind auch ausgeschlossen, wenn das Kind eine Beschäftigung ausübt, aus der ihm nach beamtenrechtlichen oder ähnlichen Vorschriften eine Versorgungsanwartschaft zusteht.

Leistungen zur Kinderrehabilitation können wiederholt werden. Die Vierjahresfrist für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 12 Absatz 2 SGB VI gilt ausdrücklich nicht (§ 15a Absatz 4 Satz 2 SGB VI). Dies liegt an dem Umstand, dass bei Kindern ein früherer erneuter Rehabilitationsbedarf als bei Erwachsenen entstehen kann, weil sich Kinder körperlich und geistig schneller entwickeln (vergleiche BT-Drucksache 18/9787 zum Flexirentengesetz, Seite 35).

Die einzelnen Ausschlussgründe sind im Abschnitt 8.1 detaillierter erläutert.

5.2.3 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Nach § 11 Absatz 2 Satz 4 SGB VI sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Kinderrehabilitation erfüllt, wenn die versicherte Person (Elternteil) die notwendigen Voraussetzungen aus seinem Versicherungskonto erfüllt. Hierfür muss die versicherte Person entweder die allgemeine Wartezeit erfüllt haben oder die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfüllt haben, zum Beispiel in den letzten zwei Jahren mindestens sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung zurückgelegt haben. Zu den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen siehe ausführlich im Abschnitt 8.2.

Wenn ein Kind beziehungsweise Jugendlicher bereits aus einem eigenen Versicherungsverhältnis die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des § 11 SGB VI für Leistungen zur Teilhabe erfüllt, dann besteht ein Wahlrecht zwischen den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (eigenes Rentenversicherungskonto) und den Leistungen zur Kinderrehabilitation nach § 15a SGB VI (Rentenversicherungskonto des Elternteils).

5.2.4 Persönliche Voraussetzungen

Die eigentlich nach § 10 SGB VI für Leistungen zur Teilhabe geltenden persönlichen Voraussetzungen betreffen Versicherte im berufsfähigen Alter und sind bei den Leistungen zur Kinderrehabilitation nicht zu beachten. Die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Kinderrehabilitation haben die Kinder erfüllt, wenn die medizinischen Voraussetzungen aus § 15a SGB VI vorliegen (§ 10 Absatz 3 SGB VI).

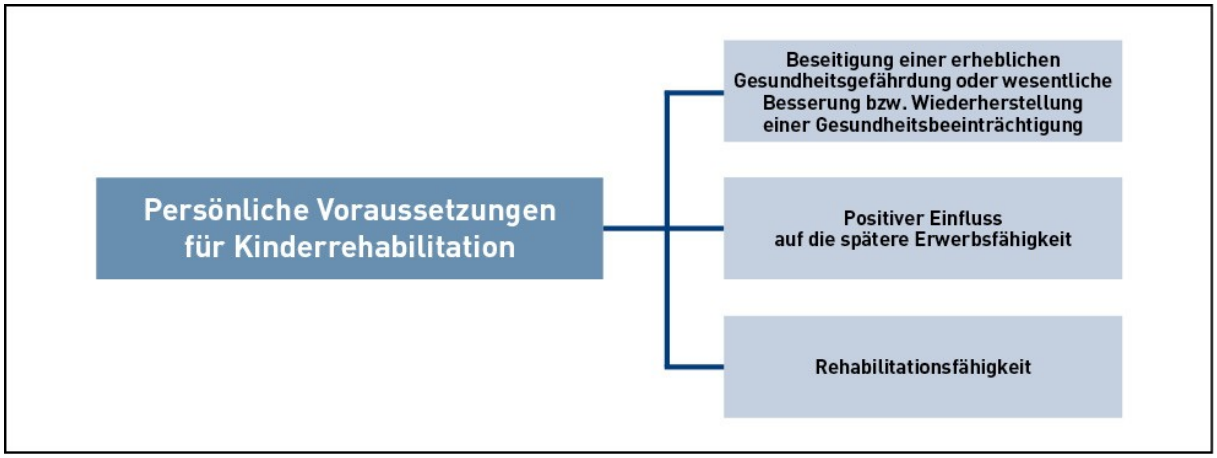
Für Leistungen zur Kinderrehabilitation sind die persönlichen Voraussetzungen erfüllt, wenn

- bei dem Kind voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und
- dies positiven Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit des Kindes haben kann (§ 15a Absatz 1 Satz 2 SGB VI).

Der positive Einfluss liegt vor, wenn die Aussicht besteht, dass durch die Leistungen gesundheitliche Einschränkungen, die eine Teilhabe an Schule und Ausbildung mit Blick auf eine spätere Erwerbsfähigkeit erschweren, beseitigt werden oder zumindest weitgehend kompensiert werden (§ 2 der gemeinsamen Richtlinie für Leistungen zur Kinderrehabilitation). Den betroffenen Kindern soll dadurch eine spätere Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglicht werden.

Das Kind muss rehabilitationsfähig sein. Das bedeutet, dass eine genügende körperliche und psychosoziale Belastbarkeit vorhanden ist und keine Anhaltspunkte für eine fehlende soziale Integrationsfähigkeit bestehen.

Abbildung 10: Persönliche Voraussetzungen für die Leistungen zur Kinderrehabilitation



5.3 Art und Umfang der Leistungen zur Kinderrehabilitation

Die Leistungen zur Kinderrehabilitation sind eine Pflichtleistung aus der gesetzlichen Rentenversicherung, sofern die zuvor erläuterten Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

Über das „Wie“ entscheidet der zuständige Rentenversicherungsträger nach pflichtgemäßem Ermessen. Die Leistungen zur Kinderrehabilitation werden stationär, ambulant oder auch in kombinierter Form erbracht (§ 8 der gemeinsamen Richtlinie für Leistungen zur Kinderrehabilitation). Sie dauern in stationärer Form in der Regel mindestens vier Wochen (§ 15a Absatz 4 Satz 1 SGB VI).

Die Leistungen zur Kinderrehabilitation werden in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt, die auf die speziellen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen eingehen. Hier gibt es vielfältige Konzepte, die die unterschiedlichen Krankheiten, das Alter, den späteren Berufswunsch der Kinder und weitere Komponenten mit Blick auf einen möglichst nachhaltigen Erfolg der Leistungen berücksichtigen.

Auf der Webseite https://www.meine-rehabilitation.de (betrieben von der Deutschen Rentenversicherung) ist es möglich, auch für Kinder und Jugendliche eine geeignete und zugelassene Rehabilitationseinrichtung zu finden.

Zur Sicherung des Erfolgs der Leistungen zur Kinderrehabilitation sind bei Bedarf auch Leistungen zur Nachsorge nach § 17 SGB VI zu erbringen (§ 15a Absatz 2 Satz 2 SGB VI).

ZUSAMMENFASSUNG

- Die Leistungen zur Kinderrehabilitation haben das Ziel, durch früh einsetzende medizinische Leistungen einen positiven Einfluss auf die künftige Erwerbsfähigkeit des Kindes auszuüben. Das Kind soll dadurch in die Lage versetzt werden, das Leben durch eine spätere berufliche Tätigkeit eigenständig und selbstbestimmt zu führen (§ 15a Absatz 1 SGB VI).
- Zu den anspruchsberechtigten Kindern gehören Kinder von Versicherten, Kinder von Beziehern einer Altersrente oder einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und Kinder, die eine Waisenrente beziehen. Kinder sind leibliche Kinder und Adoptivkinder. Ferner zählen dazu Stief- und Pflegekinder, die im Haushalt der versicherten Person aufgenommen sind, sowie Enkel und Geschwister, wenn sie im Haushalt der versicherten Person aufgenommen sind oder von dieser überwiegend unterhalten werden (§ 15a Absatz 1 und 3 SGB VI).
- Es darf kein Leistungsausschluss bestehen. Das ist der Fall, wenn entweder der Elternteil oder das Kind selbst eine Beschäftigung nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Rechtsvorschriften mit Anwartschaft auf Versorgung ausübt. Außerdem besteht ein Leistungsausschluss, wenn das Kind zum Beispiel wegen eines Arbeitsunfalls (Schulunfalls) oder einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts gleichartige Leistungen von einem anderen Rehabilitationsträger erhalten kann.
- Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind aus dem Rentenversicherungskonto des Elternteils zu erfüllen, aus dem die Leistungen zur Kinderrehabilitation erbracht werden sollen (§ 11 Absatz 2 Satz 4 SGB VI).
- Die persönlichen Voraussetzungen sind erfüllt, wenn durch die Leistungen zur Kinderrehabilitation voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine bereits beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert beziehungsweise wiederhergestellt werden kann. Zusätzlich ist erforderlich, dass sich eine spätere Erwerbsfähigkeit des Kindes voraussichtlich positiv beeinflussen lässt (§ 15a Absatz 1 SGB VI).
- Die stationären Leistungen zur Kinderrehabilitation dauern im Regelfall mindestens vier Wochen (§ 15a Absatz 4 Satz 1 SGB VI). Eine ambulante Durchführung ist möglich.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

18. Erläutern Sie das Ziel der Leistungen zur Kinderrehabilitation.

19. Welche Kinder gehören zum anspruchsberechtigten Kinderkreis für die Leistungen zur Kinderrehabilitation?

20. Aus welchem Rentenversicherungskonto sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Leistungen zur Kinderrehabilitation zu erfüllen? Erläutern Sie diese Voraussetzungen kurz.

21. Benennen Sie die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Kinderrehabilitation.

22. Wie lange dauern die stationären Leistungen zur Kinderrehabilitation grundsätzlich?

6. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

LERNZIELE

– Sie können die verschiedenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erläutern.

– Sie kennen die Begriffe Eignungsabklärung und Arbeitserprobung.

6.1 Charakter und Voraussetzungen dieser Leistungen

Die Rentenversicherungsträger erbringen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 16 SGB VI in Verbindung mit den §§ 49 bis 54 sowie den §§ 57 und 60 SGB IX. Die einzelnen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind also zentral im SGB IX genannt.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind **nicht medizinische Hilfen**. Sie umfassen alle erforderlichen Leistungen, mit denen die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit erhalten, verbessert, hergestellt oder wiederhergestellt werden soll. Sie zielen darauf ab, dass der erkrankte oder behinderte Mensch möglichst dauerhaft am Arbeitsleben teilhaben kann (vergleiche § 49 Absatz 1 SGB IX).

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurden früher als „berufsfördernde Maßnahmen“ bezeichnet. Sie können auch als berufliche Rehabilitation bezeichnet werden. Im Gegensatz zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geht es bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Regelfall nicht um die Verbesserung des Gesundheitszustandes, sondern um die Bereitstellung von beruflichen Hilfen. So soll es der/dem Versicherten zum Beispiel mittels einer Weiterbildung auf nicht medizinische Weise ermöglicht werden, die Befähigung für einen anderen als den bisher ausgeübten Beruf zu erlangen.

Um einen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu haben, müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

– Es dürfen keine Ausschlussgründe nach § 12 SGB VI bestehen und
– es müssen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des § 11 SGB VI und
– die persönlichen (medizinischen) Voraussetzungen erfüllt sein (§ 10 SGB VI); dies gilt nicht für die Leistungen in einer Werkstatt für behinderte Menschen.

Diese Anspruchsvoraussetzungen sind im Kapitel 8 erklärt. Nachfolgend werden die wesentlichen einzelnen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beschrieben.

6.2 Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die wichtigsten Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind im § 49 Absatz 3 SGB IX genannt (siehe Abbildung 11).

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

6.2.1 Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes

Die Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes (§ 49 Absatz 3 Nummer 1 SGB IX) haben den Zweck, den vorhandenen Arbeitsplatz eines Menschen mit Behinderung oder mit drohender Behinderung zu sichern oder es soll ihm möglich werden, einen neuen Arbeitsplatz auszufüllen.

Die entsprechenden Hilfen sind vielfältig. Neben der umfassenden **Beratung** der/des Versicherten sind Kostenübernahmen bei den nachfolgenden Einzelleistungen möglich.

Übergangsbeihilfe

Die Übergangsbeihilfe soll bei einer Arbeitsaufnahme den Lebensunterhalt des Menschen mit Behinderung und seiner Familie bis zur ersten vollen Lohn- oder Gehaltszahlung sicherstellen, wenn der künftige Arbeitgeber keine Abschlagszahlung auf das erste Arbeitsentgelt leistet und dies für die/den Versicherten zu einer besonderen Härte führt.

Ausrüstungsbeihilfe

Die Ausrüstungsbeihilfe umfasst die Kostenübernahme für Arbeitsausrüstung oder Arbeitsgeräte, sofern diese von der/dem Versicherten selbst und nicht vom Arbeitgeber zu bezahlen sind. Die Notwendigkeit ist im jeweiligen Einzelfall zu prüfen.

Fahrkostenbeihilfe

Die Fahrkostenbeihilfe wird nur in Ausnahmefällen gewährt, wenn die/der Versicherte durch die Höhe der Kosten für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle unzumutbar belastet ist. Die Fahrkosten werden zum Teil übernommen, wenn dies zur beruflichen Eingliederung des behinderten Menschen oder zur Erhaltung seines Arbeitsplatzes erforderlich ist. Sie ist begrenzt auf die ersten sechs Monate einer Beschäftigung.

Trennungskostenbeihilfe

Die Trennungskostenbeihilfe kommt in Betracht, wenn eine auswärtige Arbeitsaufnahme des behinderten Menschen eine doppelte Haushaltsführung notwendig macht. Ein tägliches Pendeln von der Wohnung zur Arbeitsstelle ist wegen der großen Entfernung nicht zumutbar. Diese Beihilfe wird für die ersten sechs Monate der Beschäftigung geleistet.

Umzugskostenbeihilfe

Die Umzugskostenbeihilfe umfasst die Kosten für einen Umzug (Hausrat) und die Reisekosten einmalig zum neuen Wohnort für den Rehabilitanden und gegebenenfalls seiner Familie. Der Umzug kann bereits während der Weiterbildung stattfinden oder innerhalb von zwei Jahren nach und wegen der Aufnahme einer Beschäftigung. Er muss zu einem Arbeitsort erfolgen, der außerhalb des Tagespendlerbereichs liegt.

Kraftfahrzeughilfe

Die Kraftfahrzeughilfe wird auf der Grundlage des § 49 Absatz 8 Nummer 1 SGB IX und der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung (KfzHV) gewährt. Sie besteht gemäß § 2 Absatz 1 KfzHV aus Hilfen zur

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

Voraussetzung für die Kraftfahrzeughilfe ist, dass der behinderte Mensch wegen seiner Behinderung auf ein Kraftfahrzeug angewiesen ist, um seinen Arbeitsplatz zu erreichen. Er muss ferner ein Kraftfahrzeug führen dürfen oder es ist eine dritte Person vorhanden, welche das Fahrzeug für ihn führt (§ 3 Absatz 1 KfzHV). Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, kann die Übernahme von Beförderungskosten in Betracht kommen (§ 9 Absatz 1 Satz 2 KfzHV).

Die Höhe der Kraftfahrzeughilfe ist vom Kaufpreis des Fahrzeugs und von den Einkommensverhältnissen der berechtigten Person abhängig. Sie wird als Zuschuss geleistet.

Die **Beschaffung eines Kraftfahrzeugs** wird bis zu einem Betrag in Höhe des Kaufpreises, höchstens jedoch bis zu einem Betrag von 22.000,00 Euro gefördert (Bemessungsbetrag nach § 5 Absatz 1 KfzHV). Maßgebend ist der Kaufpreis ohne die Kosten einer behinderungsbedingten Zusatzausstattung.

Abhängig vom monatlichen Nettoeinkommen des behinderten Menschen ergibt sich ein unterschiedlich hoher Zuschuss (§ 6 KfzHV):

- Nettoeinkommen bis 40 % der monatlichen Bezugsgröße ⇨ 100 % des Bemessungsbetrags
- Nettoeinkommen über 40 % bis 75 % der monatlichen Bezugsgröße ⇨ gestaffelter Zuschuss zwischen 88 % und 16 % des Bemessungsbetrags
- Nettoeinkommen über 75 % der monatlichen Bezugsgröße ⇨ kein Zuschuss

Maßgebend ist die monatliche Bezugsgröße nach § 18 SGB IV.

Die **behinderungsbedingte Zusatzausstattung** des Fahrzeugs wird in voller Höhe übernommen. Dies kann je nach Bedarf zum Beispiel eine spezielle Lenkhilfe oder ein Spezialsitz sein. Auch notwendige Einbau-, Reparatur- und Wartungskosten sind übernahmefähig.

Falls der behinderte Mensch noch keine Fahrerlaubnis hat, können die Kosten zum **Erwerb einer Fahrerlaubnis** ebenfalls übernommen werden. Die Kostenübernahme erfolgt wiederum gestaffelt und auf Basis der notwendigen Kosten wie nachfolgend dargestellt:

- Nettoeinkommen bis 40 % der monatlichen Bezugsgröße ⇨ volle Höhe
- Nettoeinkommen bis 55 % der monatlichen Bezugsgröße ⇨ zu zwei Drittel
- Nettoeinkommen bis 75 % der monatlichen Bezugsgröße ⇨ zu einem Drittel

Arbeitsassistenz

Zu den Hilfen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes gehört auch die Arbeitsassistenz (§ 49 Absatz 8 Satz 1 Nummer 3 SGB IX). Hier unterstützt ein Assistent den schwerbehinderten Menschen aktiv an seinem Arbeitsplatz. Der schwerbehinderte Mensch muss die fachliche Qualifikation für die Arbeit haben und die wesentlichen Inhalte des Arbeitsplatzes leisten. Der Assistent übernimmt Hilfstätigkeiten, zum Beispiel als Gebärdensprachdolmetscher.

Die Kostenübernahme für eine notwendige Arbeitsassistenz zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgt bis zur Dauer von drei Jahren (§ 49 Absatz 8 Satz 2 SGB IX).

Die Arbeitsassistenz wird durch das zuständige Integrationsamt ausgeführt. Das Integrationsamt hat gegenüber dem zuständigen Rentenversicherungsträger einen Erstattungsanspruch hinsichtlich seiner Aufwendungen (§ 49 Absatz 8 Satz 3 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 Absatz 5 SGB IX).

Leistungen an Arbeitgeber

Zu den Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes gehören im weiteren Sinne auch die Leistungen an Arbeitgeber (§ 50 SGB IX). Folgende Leistungen können gemäß § 50 Absatz 1 SGB IX gewährt werden (Ermessen):

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

Die Ausbildungszuschüsse erreichen im Einzelfall die Höhe der Ausbildungsvergütung des letzten Ausbildungsjahres. Sie können für die Dauer der Maßnahme gezahlt werden (§ 50 Absatz 3 SGB IX).

Zwecks Einarbeitung des betroffenen Menschen können Eingliederungszuschüsse gezahlt werden (§ 50 Absatz 4 SGB IX). Diese betragen höchstens 50 % des vom Arbeitgeber regelmäßig gezahlten Arbeitsentgelts, maximal ausgehend vom tariflichen Arbeitsentgelt. Die Zuschüsse werden grundsätzlich für ein Jahr gewährt.

Der Prozentsatz erhöht sich auf maximal 70 % für die Dauer von bis zu zwei Jahren, wenn dies für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich ist. Bei einer über ein Jahr hinausgehenden Zahlung eines Zuschusses ist der Prozentsatz entsprechend dem Fortschritt der Einarbeitung um mindestens 10 % zu verringern.

6.2.2 Berufsvorbereitung

Die Berufsvorbereitung (§ 49 Absatz 3 Nummer 2 SGB IX) soll den Rehabilitanden eine gute Basis für die spätere Weiterbildung (Umschulung) bieten. Hier werden noch fehlende Grundkenntnisse vermittelt, zum Beispiel in Deutsch und Mathematik. Die Berufsvorbereitung ist eine Vorförderung. Sie erfolgt ambulant, ganztägig ambulant oder stationär. Dazu zählen zum Beispiel Grundausbildungslehrgänge, Rehabilitationsvorbereitungslehrgänge (RVL) und Rehabilitationsvorbereitungstraining (RVT). Mit der entsprechenden Vorbereitung soll der Rehabilitand in der Lage sein, den meist hohen Anforderungen an die folgende Weiterbildung gerecht zu werden.

6.2.3 Betriebliche Qualifizierung im Rahmen einer Unterstützten Beschäftigung

Die individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung (§ 49 Absatz 3 Nummer 3 SGB IX) soll Leistungsberechtigten mit besonderem Unterstützungsbedarf die Möglichkeit bieten, eine angemessene, geeignete und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszuüben (§ 55 Absatz 1 SGB IX). Diese Menschen benötigen eine Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen nicht oder nicht mehr, weil sie das Potenzial für den allgemeinen Arbeitsmarkt haben, hierfür aber noch einen Qualifizierungsbedarf haben.

In der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgt im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung eine individuelle betriebliche Qualifizierung mit einer Einarbeitung auf einem betrieblichen Arbeitsplatz.

6.2.4 Berufliche Anpassung und Weiterbildung

Mit der beruflichen Anpassung und Weiterbildung (§ 49 Absatz 1 Nummer 4 SGB IX) hat ein behinderter Mensch die Möglichkeit, eine neue berufliche Qualifikation zu erwerben, um seine Erwerbstätigkeit unter Berücksichtigung seiner Leistungseinschränkungen auch künftig möglichst dauerhaft ausüben zu können. Es werden berufliche Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt und keine allgemeinbildenden Inhalte.

Eine **berufliche Anpassung** kommt in Betracht, wenn die/der Versicherte vorübergehend aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist, zum Beispiel wegen einer längeren Krankheit. In der beruflichen Anpassung werden Kenntnissen, Fertigkeiten und Erfahrungen vermittelt, um

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

Die **Weiterbildung** umfasst die Fortbildung und die Umschulung:

- In einer **Fortbildung** werden die bisher erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten erweitert und gegebenenfalls ein beruflicher Aufstieg erreicht. Die versicherte Person bleibt im Regelfall im gleichen Berufsfeld.
- In einer **Umschulung** erfolgt eine völlige berufliche Neuorientierung. Wenn Versicherte ihren bisherigen Beruf aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben können, erhalten sie in einer Umschulung neue Kenntnisse und Fertigkeiten für einen anderen Beruf. So kann beispielsweise ein bisher körperlich arbeitender Mensch (Bauarbeiter/in, Handwerker/in) zu einer Tätigkeit im kaufmännischen Bereich umgeschult werden

(zum Beispiel zum Industriekaufmann/zur Industriekauffrau oder zur Kauffrau/zum Kaufmann für Spedition und Logistikdienstleistungen).

Eine Weiterbildung findet häufig in den Berufsförderungswerken statt. Sie kann aber auch innerbetrieblich erfolgen.

Die Leistungen können **stationär**, das heißt mit Unterkunft und Verpflegung, durchgeführt werden, sofern eine auswärtige, internatsmäßige Unterbringung wegen der Art oder der Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolgs der Leistung notwendig ist (§ 49 Absatz 7 Nummer 1 SGB IX), zum Beispiel bei einer Weiterbildung, die wegen fehlender Weiterbildungsangebote nicht in Wohnortnähe erfolgen kann. Ansonsten erfolgt eine **nichtstationäre** Ausführung der Leistungen. Der bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verwendete Begriff „ganztägig ambulant“ beziehungsweise „ambulant“ wird bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben weniger verwendet. Wenn keine stationäre Unterbringung erfolgt, so werden notwendige Verpflegung und Fahrkosten zur Weiterbildungsstätte vom Rentenversicherungsträger im Rahmen der ergänzenden Leistungen zur Teilhabe übernommen (§ 64 Absatz 1 Nummer 5 und § 73 SGB IX).

Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gehören auch die erforderlichen Kosten, die mit der Ausführung einer Leistung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Das können beispielsweise Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren oder Kosten für Lernmittel sein (§ 49 Absatz 7 Nummer 2 SGB IX).

Die Weiterbildung endet häufig mit einem qualifizierten Berufsabschluss. Diese Menschen sollen mit ihrem neuen Beruf in der Lage sein, wieder am Erwerbsleben teilzuhaben.

Die berufliche Weiterbildung soll bei Ganztagsunterricht grundsätzlich nicht länger als zwei Jahre **dauern** (§ 53 Absatz 2 SGB IX). Ansonsten dauert eine Weiterbildung je nach vorgeschriebener oder üblicher Zeit, die benötigt wird, um das Teilhabeziel zu erreichen (§ 53 Absatz 1 SGB IX).

6.2.5 Berufliche Ausbildung

Unter einer beruflichen Ausbildung ist in diesem Zusammenhang der erste berufliche Abschluss zu verstehen. Haben die Versicherten bereits einen Berufsabschluss erworben, sind alle weiteren Maßnahmen als Weiterbildung einzuordnen (vergleiche hierzu Abschnitt 6.2.4).

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 Absatz 3 Nummer 6 SGB IX). Darunter ist der Gründungszuschuss nach § 93 SGB III zu verstehen. Da eine selbstständige Tätigkeit ebenfalls ein möglicher Weg sein kann, um am Erwerbsleben teilnehmen, sieht der Gesetzgeber für auch für Existenzgründer mit gesundheitlichen Einschränkungen entsprechende Leistungen vor. Der Gründungszuschuss ist für hauptberuflich Selbstständige nach Beendigung der Arbeitslosigkeit in Form einer Geldleistung vorgesehen.

Der Gründungszuschuss wird für die Dauer von sechs Monaten geleistet. Er wird in Höhe des zuletzt bezogenen Arbeitslosengeldes plus 300 Euro monatlich zwecks freiwilliger sozialer Sicherung gezahlt. Der Zeitraum von sechs Monaten kann um weitere neun Monate verlängert werden; dann wird nur der Pauschalbetrag in Höhe von 300 Euro monatlich gewährt.

Die Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung ergibt sich, weil eine Vorrangigkeit gegenüber der Bundesagentur für Arbeit aus § 22 Absatz 2 SGB III besteht.

6.2.7 Sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben

Die sonstigen Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben (§ 49 Absatz 3 Nummer 7 SGB IX) sind individuelle Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die sich nicht bereits aus dem Gesetzeswortlaut ergeben (vergleiche im Absatz 3 die Nummerierung und die Formulierung des Gesetzgebers „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen insbesondere …“). Die sonstigen Hilfen dürfen die gesetzlichen Leistungen nicht aufstocken. Als sonstige Hilfe können beispielsweise die Kosten für ein Existenzgründerseminar übernahmefähig sein, sofern die/der Versicherte die Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit beabsichtigt.

6.3 Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen

Eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) ist eine Einrichtung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben und zur Eingliederung in das Arbeitsleben. Dort soll Menschen, die wegen ihrer Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, eine angemessene berufliche Bildung sowie eine Beschäftigung mit einem angemessenen Arbeitsentgelt angeboten werden. Zusätzlich soll diesen Menschen ermöglicht werden, ihre Leistungs- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederherzustellen. In diesem Zusammenhang soll auch ihre Persönlichkeit weiterentwickelt werden (vergleiche zu diesem Absatz § 219 Absatz 1 SGB IX).

Eine Werkstatt für behinderte Menschen umfasst das Eingangsverfahren, den Berufsbildungsbereich und den Arbeitsbereich.

Die gesetzliche Rentenversicherung übernimmt die Kosten im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (§ 16 SGB VI und § 63 Absatz 1 Nummer 3 SGB IX). Die Voraussetzungen hierfür ergeben sich aus § 57 Absatz 1 SGB IX:

- Im **Eingangsverfahren** wird festgestellt, ob die/der Versicherte geeignet ist, in die Werkstatt aufgenommen zu werden. Das Eingangsverfahren dauert im Regelfall drei Monate. Eine Verkürzung auf bis zu vier Wochen ist im Einzelfall möglich.
- Im **Berufsbildungsbereich** müssen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sein, um den behinderten Menschen 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 Dauer dieser Leistung beträgt höchstens zwei Jahre, wobei zunächst für ein Jahr zu bewilligen ist.
- Im **Arbeitsbereich** der Werkstätten hat der Gesetzgeber Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung nicht vorgesehen (§ 16 SGB VI und § 63 Absatz 2 SGB IX).

Alternativ zu den Werkstätten für behinderte Menschen können vom Rentenversicherungsträger auch andere Leistungsanbieter im Sinne des § 60 SGB IX für entsprechende Leistungen in Anspruch genommen werden (§ 16 SGB VI), wenn ein Anspruch auf Leistungen im Eingangsverfahren oder Berufsbildungsbereich gemäß § 57 SGB IX besteht.

6.4 Auswahl der Leistungen

Zwecks eines effizienten Einsatzes der finanziellen Mittel und vor dem Hintergrund, dass die gesetzliche Rentenversicherung den Auftrag hat, erkrankte oder behinderte Menschen in das Erwerbsleben zurückzuführen, ist bei den verschiedenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine sinnvolle und bedarfsgerechte Auswahl für den versicherten Menschen zu treffen.

Bei der Auswahl der einzelnen Leistungen werden Eignung, Neigung und die bisherige Tätigkeit sowie die Lage und die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt. Soweit es erforderlich ist, gehört dazu auch die Abklärung der beruflichen Eignung und die Durchführung einer Arbeitserprobung (§ 49 Absatz 4 SGB IX).

Die Eignungsabklärung und die Arbeitserprobung sind keine „echten“ Leistungen zur Teilhabe; sie gehören zum Verwaltungsverfahren, in welchem die Frage des Bedarfs von Leistungen zur Teilhabe geklärt werden soll.

Bei der **Eignungsabklärung** geht es um die Klärung und Beurteilung der Frage, ob der erkrankte oder behinderte Mensch in körperlicher, geistiger und seelischer Hinsicht leistungsfähig ist, um die angedachte spätere Berufstätigkeit auszuüben. Dies geschieht zum Beispiel mittels einer umfassenden Berufsfindung oder psychologischen Eignungsuntersuchung.

Bei der **Arbeitsprobung** soll dann festgestellt werden, ob die/der Versicherte den Anforderungen an die Weiterbildung und an den späteren Arbeitsplatz gerecht werden kann.

Bei Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben soll der Rentenversicherungsträger vor der Ausführung entsprechender Leistungen zunächst die Bundesagentur für Arbeit am Verwaltungsverfahren beteiligen. Damit werden die Erfahrungen und die 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 berücksichtigt dabei auch die Frage der arbeitsmarktlichen Zweckmäßigkeit (§ 54 SGB IX). Der Rentenversicherungsträger ist an diese Stellungnahme zwar nicht gebunden, wird dem Gutachten im Regelfall aber folgen.

ZUSAMMENFASSUNG

- Die Rentenversicherungsträger erbringen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn diese aus gesundheitlichen Gründen für eine dauerhafte Eingliederung in das Erwerbsleben erforderlich sind. Diese Leistungen verbessern in der Regel nicht den Gesundheitszustand, sondern befähigen auf nicht medizinische Weise, eine Berufstätigkeit auszuüben.

- Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben setzen sich aus einer Vielzahl von Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zusammen (§ 16 SGB VI in Verbindung mit insbesondere § 49 SGB IX). Das sind zum Beispiel Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes (beispielsweise die Kfz-Hilfe), Berufsvorbereitung (vorbereitende Maßnahmen mit der Vermittlung von fehlenden Grundkenntnissen) oder eine Weiterbildung in Form einer Fortbildung oder Umschulung.

- Die Eignung, Neigung und bisherige berufliche Tätigkeiten sowie die Arbeitsmarktlage sind bei der Auswahl der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu berücksichtigen (§ 49 Absatz 4 SGB IX). In das Auswahlverfahren wird eine Eignungsabklärung und Arbeitserprobung einbezogen; beides sind keine „echten“ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sondern beide gehören zum Verwaltungsverfahren. Es geht dabei um die Abklärung des Leistungsvermögens des erkrankten oder behinderten Menschen und der Frage, ob dieser den Anforderungen am künftigen Arbeitsplatz gerecht wird.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

23. Erklären Sie den Unterschied zwischen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

24. Zählen Sie die wichtigsten Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf.

25. Welche drei Leistungsarten sind unter dem Begriff „Kraftfahrzeughilfe“ zusammengefasst?

26. Erklären Sie den Begriff „Weiterbildung“.

7. Leistungen zur Nachsorge

LERNZIELE

– Sie können die Ziele der Leistungen zur Nachsorge beschreiben.

– Sie kennen einzelne Inhalte dieser Leistungen.

7.1 Ziele der Leistungen zur Nachsorge

Leistungen zur Nachsorge sind gemäß § 17 Absatz 1 Satz 1 SGB VI zu gewähren, wenn diese erforderlich sind, um den Erfolg der vorangegangenen Leistung zur Teilhabe zu sichern. Die gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung zu den Leistungen zur Nachsorge vom 28.06.2018 enthält ergänzende Aspekte zu dieser Leistungsart (§ 17 Absatz 2 SGB VI), beispielsweise zu den Zielen, den persönlichen Voraussetzungen sowie Art und Umfang dieser Leistungen (§ 17 Absatz 2 SGB VI).

Die Erkrankungen und Behinderungen der betroffenen Menschen erfordern häufig auch nach der durchgeführten Leistung zur Teilhabe eine Veränderung des bisherigen Lebens- und Verhaltensstils. Mit den Leistungen zur Nachsorge können die vermittelten Inhalte zum Beispiel von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nachhaltig und damit besser gefestigt werden. Die Erwerbsfähigkeit soll dadurch langfristig erhalten und gestärkt werden (vergleiche § 2 Absatz 1 der gemeinsamen Richtlinie zu den Leistungen zur Nachsorge).

Mit den Leistungen zur Nachsorge soll bei der versicherten Person erreicht werden, dass

- die evtl. noch bestehenden funktionalen Einschränkungen verbessert werden,
- die eingeleiteten Verhaltens- und Lebensstiländerungen stabilisiert werden,
- Selbstmanagementkompetenzen gestärkt und
- das Erlernte, das in der vorangegangenen Hauptleistung erworben wurde, im Alltag, im Beruf, am Arbeitsplatz, in der Schule beziehungsweise in der Ausbildung nachhaltig umgesetzt werden (vergleiche § 2 Absatz 2 der gemeinsamen Richtlinie zu den Leistungen zur Nachsorge).

7.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Für Leistungen zur Nachsorge hat der Gesetzgeber keine eigenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen geschaffen. Sie werden auch nicht benötigt, weil die Leistungen zur Nachsorge als nachgehende Maßnahme unmittelbar an die zuvor erbrachte Hauptleistung anschließen. Für die Hauptleistung wurden die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 SGB VI bereits geprüft und bejaht.

7.3 Persönliche Voraussetzungen

Die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Nachsorge sind erfüllt, wenn die Voraussetzungen aus § 17 SGB VI vorliegen (§ 10 Absatz 3 SGB VI). Die Leistungen zur Nachsorge müssen also den Erfolg der vorangegangenen Hauptleistung sichern.

Die Leistungen zur Nachsorge müssen grundsätzlich von der Rehabilitationseinrichtung empfohlen und eingeleitet werden.

7.4 Art und Umfang der Leistungen zur Nachsorge

Leistungen zur Nachsorge kommen zeitnah im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht. Auch nach Leistungen zur Kinderrehabilitation sind Leistungen zur Nachsorge möglich, wenn der Rehabilitationserfolg des Kindes gesichert werden kann (§ 15a Absatz 2 Satz 2 SGB VI).

Die Leistungen zur Nachsorge können zeitlich begrenzt werden (§ 17 Absatz 1 Satz 2 SGB VI). Sie beginnen nach Beendigung der vorangegangenen Hauptleistung ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt, spätestens aber innerhalb von drei Monaten nach dieser Hauptleistung. Sie enden spätestens zwölf Monate nach Abschluss der vorangegangen Hauptleistung (§ 6 Absatz 1 der gemeinsamen Richtlinie zu den Leistungen zur Nachsorge).

Über das „Wie“ der Leistungen zur Nachsorge entscheidet der Rentenversicherungsträger nach pflichtgemäßem Ermessen. Die einzelnen Inhalte der Leistungen zur Nachsorge sind bedarfsgerecht und daher einzelfallbezogen ausgestaltet. Sie umfassen zum Beispiel:

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

Es gibt Nachsorgeangebote in Präsenz, zum Beispiel die Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA), und digitale Nachsorgeangebote, zum Beispiel die Multimodale digitale Reha-Nachsorge (analog IRENA). Die Webseite der Deutschen Rentenversicherung https://www.nachderreha.de enthält einen Überblick über die möglichen Leistungen zur Nachsorge.

ZUSAMMENFASSUNG

- Die Leistungen zur Nachsorge haben das generelle Ziel, den Erfolg einer vorangegangenen Leistung zur Teilhabe zu sichern (§ 17 Absatz 1 SGB VI).
- Mit den Leistungen zur Nachsorge sollen noch bestehende funktionale Einschränkungen beseitigt werden, die Veränderungen im Lebensstil und im Verhalten weiter stabilisiert werden und eine bessere Einbindung in Alltag, Beruf, Ausbildung oder Schule erreicht werden (langfristige Stärkung und Erhalt der Erwerbsfähigkeit der/des Versicherten).
- Leistungen zur Nachsorge sind auf den Einzelfall abgestimmt und grundsätzlich zeitlich begrenzt.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

27. Welches generelle Ziel haben die Leistungen zur Nachsorge?
28. Welche genauen Ziele sollen durch die Leistungen zur Nachsorge bei der versicherten Person erreicht werden?
29. Zählen Sie drei Inhalte der Leistungen zur Nachsorge auf.

8. Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe

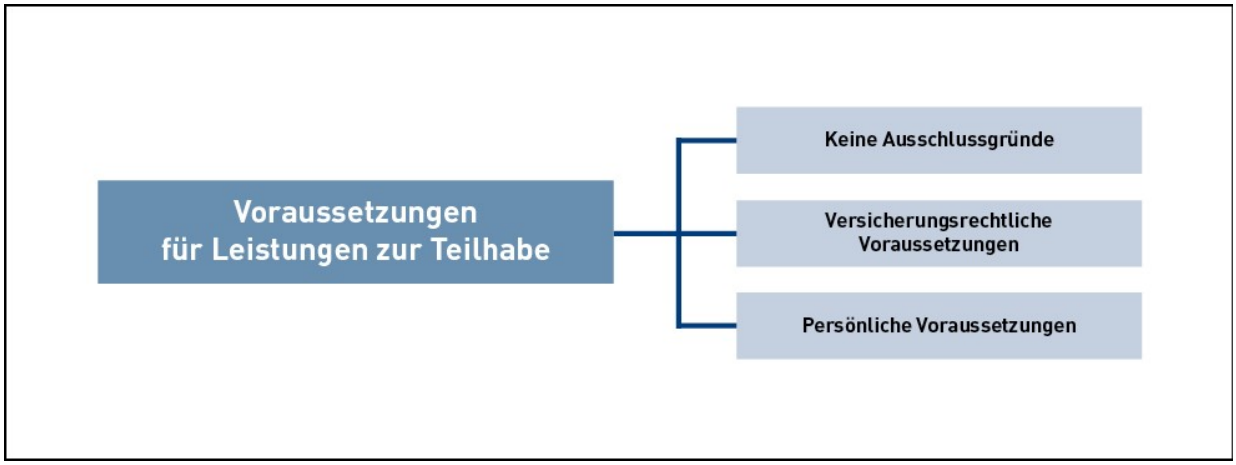
LERNZIEL

– Sie können die drei Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe wiedergeben.

Leistungen zur Teilhabe sind aus der gesetzlichen Rentenversicherung zu erbringen, wenn

- **Ausschlussgründe nicht vorliegen** (§ 12 SGB VI),
- **die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind** (§ 11 SGB VI) und
- **die persönlichen Voraussetzungen gegeben sind** (§ 10 SGB VI).

Abbildung 12: Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung



Über die Ausschlussgründe des § 12 SGB VI erfolgt im Wesentlichen eine Zuständigkeitsabgrenzung zu anderen Rehabilitationsträgern beziehungsweise öffentlich-rechtlichen Stellen (siehe Abschnitt 8.1).

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen stellen sicher, dass (genügend) Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt wurden, um Leistungen zur Teilhabe zu erhalten (vergleiche Abschnitt 8.2).

Die persönlichen Voraussetzungen sind medizinische Bedingungen, die eine versicherte Person erfüllen muss (beschrieben im Abschnitt 8.3). Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erbringen Leistungen zur Teilhabe hauptsächlich, um die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten beziehungsweise ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern (vergleiche § 9 Absatz 1 SGB VI).

8.1 Ausschluss von Leistungen zur Teilhabe und Zuständigkeitsabgrenzungen

LERNZIELE

- Sie können feststellen, ob Ausschlussgründe für Leistungen zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung bestehen.
- Sie können entscheiden, welcher Rehabilitationsträger außerhalb und innerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung zuständig ist.

Leistungen zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung sind unzulässig, wenn Ausschlussgründe vorliegen (**§ 12 Absatz 1 SGB VI**). Zum Leistungsausschluss kommt es, wenn aus anderen Sozialleistungsbereichen oder sonstigen Sicherungssystemen vorrangig entsprechende Leistungen zu erbringen sind oder wenn das Erwerbsleben aus Altersgründen bereits abgeschlossen ist.

Die Zuständigkeit eines Rehabilitationsträgers richtet sich entsprechend dem gegliederten System der Rehabilitation nach § 6 SGB IX und dem für ihn geltenden speziellen Leistungsgesetz. Danach wird die Zuständigkeit nach der Art der Leistungen zur Teilhabe (siehe Leistungsgruppen 1 bis 5 des § 5 SGB IX) sowie durch die jeweilige Ursache der Behinderung oder aufgrund der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreis (zum Beispiel Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung) bestimmt.

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erbringen bei Erfüllung der Voraussetzungen die im Abschnitt 2.1 aufgeführten Leistungen zur Teilhabe (§ 6 Absatz 1 Nummer 4 SGB IX, § 9 Absatz 1 SGB VI).

8.1.1 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der gesetzlichen Unfallversicherung

Wenn Leistungen zur Teilhabe wegen eines Arbeitsunfalls einschließlich Wegeunfall oder einer Berufskrankheit erforderlich sind, hat der zuständige Träger der gesetzlichen Unfallversicherung diese Leistungen vorrangig zu erbringen (Berufsgenossenschaften, Unfallkassen).

Dementsprechend besteht in diesen Fällen für Leistungen zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung ein **Ausschlussgrund nach § 12 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI**.

8.1.2 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Sozialen Entschädigung

Gesundheitsschäden im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts sind dem Bereich der Sozialversorgung zugeordnet. Menschen, die eine gesundheitliche Schädigung erlitten haben, für die die staatliche Gemeinschaft eine besondere Verantwortung zu übernehmen hat, erhalten Leistungen aus der Sozialen Entschädigung (§ 1 Absatz 1 SGB XIV). Die Leistungen werden über Steuermittel finanziert; die Versichertengemeinschaft der gesetzlichen Rentenversicherung soll hierfür nicht aufkommen. Erforderliche Leistungen zur Teilhabe sind daher vorrangig von den Trägern der Sozialen Entschädigung zu erbringen (§ 112 SGB XIV).

Folgende Personenkreise können Leistungen der Sozialen Entschädigung erhalten, wenn das schädigende Ereignis eine gesundheitliche Schädigung verursacht hat (vergleiche § 1 Absatz 2 und § 4 Absatz 1 SGB XIV):

- Opfer von körperlichen oder psychischen Gewalttaten einschließlich Terroropfer,

- Opfer von Kriegseinwirkungen des Ersten oder Zweiten Weltkriegs, zum Beispiel durch nicht entdeckte Kampfmittel,
- Geschädigte im Zusammenhang mit dem geleisteten Zivildienst,
- Geschädigte durch Schutzimpfungen im Sinne des Infektionsschutzgesetzes (IfSG),
- Politische Häftlinge der ehemaligen DDR bei Haftschäden (Anwendbarkeit des SGB XIV durch das Häftlingshilfegesetz – HHG),
- Personen, die nach dem bis zum 31.12.2023 geltenden Entschädigungsrecht anspruchsberechtigt waren und sind (das Entschädigungsrecht wurde zum 01.01.2024 mit dem SGB XIV reformiert).

Dementsprechend sind Leistungen zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung nicht zu erbringen, wenn die/der Versicherte aufgrund einer Schädigung im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts gleichartige Leistungen von einem Träger der Sozialen Entschädigung erhalten kann. Es besteht für die Rentenversicherungsträger ein **Ausschluss nach § 12 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI**.

8.1.3 Zuständigkeitsabgrenzung bei Wehrdienstbeschädigung oder Einsatzunfall

Bei einer **Wehrdienstbeschädigung** erhalten aktive und frühere Soldatinnen und Soldaten sowie gegebenenfalls ihre Angehörigen oder Hinterbliebenen Leistungen zur Teilhabe nach den Regelungen des Soldatenentschädigungsgesetzes (SEG) von der Bundeswehrverwaltung als Träger der Soldatenentschädigung. Die Anspruchsberechtigung ergibt sich aus § 3 SEG; das sind primäre Gesundheitsstörungen zum Beispiel wegen eines Unfalls, den diese Personen während ihres Wehrdienstes erlitten haben. Auch bei einem Angriff auf ihre Person wegen des pflichtgemäßen dienstlichen Verhaltens oder wegen ihres Status können ebenfalls Leistungsansprüche nach dem SEG entstehen. Dienstreisen und Wegeunfälle sind weitere mögliche Leistungsfälle. Sofern also nach dem SEG gleichartige Leistungen zur Teilhabe erbracht werden, besteht für die gesetzliche Rentenversicherung ein **Ausschlussgrund gemäß § 12 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI**.

Bei einem **Einsatzunfall nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz** (EinsatzWVG) handelt es sich um einen Unfall während einer besonderen Auslandsverwendung, deren Folgen auch noch eine gewisse Zeit später einen Rehabilitationsbedarf begründen. Das EinsatzWVG gewährt insbesondere Soldatinnen und Soldaten bei und nach Auslandseinsätzen Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe. In diesem Fällen besteht aus der gesetzlichen Rentenversicherung ebenfalls kein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe (**Ausschluss nach § 12 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI**). Leistungsansprüche ergeben sich dann gegenüber dem Bund, der jedoch kein Rehabilitationsträger im Sinne des SGB IX ist.

8.1.4 Ausschluss bei Altersrente

Bei Bezug oder Beantragung einer Altersrente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente besteht ein **Ausschlussgrund gemäß § 12 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI**.

In diesen Fällen ist wegen des Anteils der Altersrente davon auszugehen, dass das Erwerbsleben im Wesentlichen abgeschlossen ist und eine dauerhafte Eingliederung in das Erwerbsleben nicht mehr möglich beziehungsweise nicht mehr notwendig ist.

Wird ein Antrag auf Altersrente erst nach Beendigung der Leistung zur Teilhabe gestellt, erfolgt kein rückwirkender Leistungsausschluss. Teilrenten im Umfang von weniger als zwei Dritteln der Vollrente sind unabhängig vom Alter der/des Versicherten kein Ausschlussgrund. Zwei Drittel der Vollrente werden in Prozent gerechnet; dies umfasst 66,6667 % der Vollrente wegen Alters.

In den Altersrentenfällen ist für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation meistens die gesetzliche Krankenkasse zuständig (vergleiche auch ergänzend den nachfolgenden Abschnitt 8.1.5).

8.1.5 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 Absatz 4 SGB V). Die Träger der Krankenversicherung können derartige Leistungen grundsätzlich nur erbringen, wenn in der gesetzlichen Rentenversicherung Ausschlussgründe vorliegen (zum Beispiel Beamter oder Altersrentenbezug) oder wenn die persönlichen oder versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt sind (zum Beispiel nicht rentenversichert).

Eine gleichrangige Zuständigkeit zwischen Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen besteht bei Leistungen zur Prävention, Leistungen zur Kinderrehabilitation und Leistungen zur Nachsorge. In diesen Fällen ist der Rehabilitationsträger zuständig, bei dem die Leistung beantragt wurde.

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

- Grundsätzlich werden von der gesetzlichen 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 die ambulante Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) und Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) ist – in Abgrenzung zu den Leistungen zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung – die Krankenversicherung zuständig.
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind von der gesetzlichen Rentenversicherung zudem nicht zu erbringen, wenn diese anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung erfolgen soll.

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

8.1.6 Ausschluss bei Beamten und Ruhestandsbeamten

Ein weiterer Leistungsausschluss besteht für Personen, die eine Beschäftigung ausüben, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Rechtsvorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist (**Ausschluss nach § 12 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI**).

Hiervon sind zum Beispiel Beamtinnen und Beamte (auf Lebenszeit), Richterinnen und Richter, Berufssoldatinnen und -soldaten und Dienstordnungsangestellte betroffen. Für sie sind hinsichtlich des Schutzes bei Erwerbsminderung oder Alter zum Beispiel die beamtenmäßigen Sondersysteme zuständig. Bei Rehabilitationsbedarf haben diese Personen einen Beihilfeanspruch gegen den öffentlich-rechtlichen Dienstherrn oder Arbeitgeber beziehungsweise Ansprüche auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gegenüber ihrer (privaten) Krankenkasse. Liegen bei Beamten auf Widerruf oder auf Probe Versorgungsanwartschaften noch nicht vor, können sie bei Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen Leistungen zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten.

Ein weiterer Ausschluss besteht bei Personen, die als Bezieher einer Altersversorgung versicherungsfrei sind (**Ausschluss nach § 12 Absatz 1 Nummer 4 SGB VI**). Dies betrifft zum Beispiel Ruhestandsbeamte wegen Alters. Bei ihnen ist das Erwerbsleben bereits abgeschlossen. Erhält die Beamtin oder der Beamte aus anderen Gründen als wegen Erreichens der Altersgrenze eine Versorgung, zum Beispiel wegen Dienstunfähigkeit, besteht kein Leistungsausschluss.

8.1.7 Ausschluss bei „Vorruhestandsleistung“

Der Ausschluss betrifft Personen, die eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn der Altersrente gezahlt wird (**§ 12 Absatz 1 Nummer 4a SGB VI**). Hiervon sind Bezieher von Vorruhestandsleistungen erfasst, die aus dem aktiven Erwerbsleben ausgeschieden sind.

8.1.8 Ausschluss bei Untersuchungshäftlingen und Strafgefangenen

Der Leistungsausschluss ist im **§ 12 Absatz 1 Nummer 5 SGB VI** geregelt. Bei diesen Personen sind Rehabilitationsmaßnahmen unter Beachtung besonderer Sicherheitsvorkehrungen durch das Strafvollzugsgesetz geregelt. Als Ausnahme sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus der gesetzlichen Rentenversicherung bei erleichtertem Strafvollzug zugelassen (zum Beispiel tagsüber wird außerhalb der Haftanstalt eine Beschäftigung ausgeübt). Nach einer Aussetzung des Strafvollzugs oder der Untersuchungshaft liegt der Ausschlussgrund nicht mehr vor.

8.1.9 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Arbeitsförderung (Arbeitslosenversicherung)

Die Bundesagentur für Arbeit beziehungsweise 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 Absatz 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 Rentenversicherungsträger haben Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erbringen, wenn die Anspruchsvoraussetzungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt sind (§§ 12, 11, 10 SGB VI). In diesem Zusammenhang müssen bei den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen die erschwerten Bedingungen des § 11 Absatz 1 und 2a SGB VI erfüllt sein.

8.1.10 Zuständigkeitsabgrenzung gegenüber der Alterssicherung der Landwirte

Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau ist Träger der Alterssicherung der Landwirte und führt die Bezeichnung landwirtschaftliche Alterskasse (§ 49 ALG). Die landwirtschaftliche Alterskasse führt für ihre versicherten Landwirte und deren versicherte mitarbeitende Familienangehörige zum Beispiel Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Prävention und Nachsorge unter den gleichen Voraussetzungen wie die gesetzliche Rentenversicherung durch (§§ 7 bis 10 ALG).

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

8.1.11 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.

8.1.12 Zuständigkeitsabgrenzung innerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung

In der **allgemeinen Rentenversicherung** sind für die Erfüllung der Aufgaben die Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung, die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zuständig (§ 126 SGB VI). Zuständig ist der Rentenversicherungsträger, der durch die Datenstelle der Rentenversicherung bei der Vergabe der Versicherungsnummer festgelegt wurde (§ 127 SGB VI). Die örtliche Zuständigkeit der Regionalträger richtet sich bei Leistungsansprüchen im Wesentlichen nach dem Wohnsitz des Betroffenen im Zeitpunkt der Antragstellung (§ 128 SGB VI).

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist in der **allgemeinen Rentenversicherung** hauptsächlich für Beschäftigte der Deutschen Bahn AG und in der Seefahrt zuständig (§ 129 SGB VI) und in der **knappschaftlichen Rentenversicherung** im Wesentlichen für Beschäftigte in knappschaftlichen Betrieben (§ 133 SGB VI). Wenn aufgrund einer Beschäftigung bei der Deutschen Bahn AG, in der Seefahrt oder im Bergbau mindestens ein Beitrag gezahlt wurde, ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See für die Leistungen zur Teilhabe zuständig (Sonderzuständigkeiten nach den §§ 130, 136 SGB VI).

8.1.13 Wiederholung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Zum Ausschluss von Leistungen gehört auch die Rechtsvorschrift über die Wiederholung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (**§ 12 Absatz 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 beginnt am Tag nach Beendigung der letzten Leistung zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB X in Verbindung mit den §§ 187 und 188 BGB). Die „Feiertagsregelung“ nach § 26 Absatz 3 SGB X ist hier nicht anzuwenden, weil dies eine Benachteiligung der/des Versicherten bedeuten würde (spätere Möglichkeit einer Wiederholungsleistung).

Beispiel

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation: vom 31.08.2022 bis 20.09.2022

Lösung:

Vierjahreszeitraum: vom 21.09.2022 bis 20.09.2026

Die nächste gleichartige oder ähnliche Leistung zur medizinischen Rehabilitation kann somit grundsätzlich erst am 21.09.2026 beginnen.

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

- Stationäre oder ambulante medizinische Rehabilitation der verschiedenen Sozialleistungsträger oder sonstigen öffentlich-rechtlichen Stellen,
- Sonstige Leistungen zur Teilhabe nach § 31 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI, also Leistungen zur onkologischen Nachsorge,
- Ambulante Rehabilitationsleistungen der Krankenversicherung in Rehabilitationseinrichtungen (§ 40 Absatz 1 SGB V),
- Stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung der Krankenversicherung (§ 40 Absatz 2 SGB V),
- Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Absatz 1 SGB V), auch in Form einer Mutter-Kind- beziehungsweise 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 oder Krankenhausbehandlung,
- Vorsorgeleistungen wie zum Beispiel medizinische Vorsorgeleistungen der Krankenkassen (§ 23 SGB V) und die Leistungen zur Prävention vom Rentenversicherungsträger (§ 14 SGB VI),
- Leistungen zur Kinderrehabilitation (siehe § 15a Absatz 4 Satz 2 SGB VI).

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind vor Ablauf der Vierjahresfrist möglich, wenn diese aus gesundheitlichen Gründen und nach ärztlicher Beurteilung dringend erforderlich sind (vorzeitige Inanspruchnahme). Gesundheitliche Gründe in diesem Sinne können sein:

- neue Krankheiten oder Behinderungen,
- eine erhebliche Verschlechterung der bisherigen Krankheiten oder Behinderungen,
- bei einer Anschlussrehabilitation (AHB),
- bei einem drohenden Eintritt von Erwerbsminderung.

8.1.14 Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX

Die Zuständigkeitsvielfalt bei den Rehabilitationsträgern soll nicht dazu führen, dass sich die Ausführung notwendiger Leistungen zur Teilhabe verzögert. Deshalb gibt es ein beschleunigtes Verfahren zur Zuständigkeitsklärung. Der Gesetzgeber hat hierzu im § 14 SGB IX Weiterleitungsfristen vorgegeben. Werden diese 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 für ihn dann aber die Möglichkeit, einen Erstattungsanspruch gegenüber dem eigentlich zuständigen Rehabilitationsträger geltend zu machen (§ 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 (zum Beispiel Arbeitsunfall) geklärt werden, ist der Antrag diesem Rehabilitationsträger zuzuleiten, der die Leistung zur Teilhabe ohne Rücksicht auf die Ursache zu erbringen hat (§ 14 Absatz 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 nicht in seinem Leistungsspektrum enthalten sein, besteht die Möglichkeit, den Antrag nochmals einvernehmlich an den tatsächlich zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten, dem dann die Leistungspflicht obliegt (sogenannte Turboklärung – § 14 Absatz 3 SGB IX).

Zur Koordinierung der Leistungen zur Teilhabe haben die Rehabilitationsträger auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Bundesländern eine gemeinsame Empfehlung vereinbart (§ 26 Absatz 2 Nummer 5 und Absatz 7 SGB IX). Die gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ enthält verbindliche Empfehlungen zur Zuständigkeitsklärung im Sinne des § 14 SGB IX.

ZUSAMMENFASSUNG

- Der Umstand, dass es verschiedene Rehabilitationsträger gibt, erfordert Zuständigkeitsregelungen. Die Zuständigkeitsabgrenzung der Rentenversicherungsträger gegenüber den anderen Trägern ist abhängig von der Leistungsart, von der Ursache der Krankheit oder Behinderung und von der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreis. Auch eine gesetzlich vorgeschriebene Vor- oder Nachrangigkeit bestimmt die Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung.

- Zu einem Ausschluss von Leistungen zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung kommt es, wenn bestimmte andere Stellen vorrangig entsprechende Leistungen zu erbringen haben oder die betroffene Person altersbedingt bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist (§ 12 Absatz 1 SGB VI).

- Bei einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit ist die gesetzliche Unfallversicherung vorrangig zuständig (§ 12 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI).

- Bei Bezug einer Altersrente von mindestens zwei Dritteln einer Vollrente besteht ein Leistungsausschluss nach § 12 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI, weil der Altersrentner nicht mehr ins Erwerbsleben eingegliedert werden soll (das Erwerbsleben ist abgeschlossen). Daher ist die Krankenkasse zuständig.

- Bei Beamten und Ruhestandsbeamten besteht ebenfalls ein Leistungsausschluss (§ 12 Absatz 1 Nummer 3 und 4 SGB VI).

- Leistungsausschluss bedeutet auch, dass die Wiederholung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation grundsätzlich erst nach vier Jahren zulässig ist. Eine vorzeitige Inanspruchnahme ist bei einem schweren krankheitsbedingten Bedarf dennoch möglich (§ 12 Absatz 2 SGB VI).

– Innerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung richtet sich die Zuständigkeit nach den §§ 125 ff. SGB VI. In der allgemeinen Rentenversicherung sind für die Erfüllung der Aufgaben die Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung, die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zuständig. Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist außerdem Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung.

– Zwecks schneller Leistungserbringung muss der Rehabilitationsträger, bei dem der Antrag gestellt ist, innerhalb von zwei Wochen seine Zuständigkeit prüfen und den Antrag bei fehlender Zuständigkeit unverzüglich an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterleiten (§ 14 SGB IX).

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

30. Welche drei Voraussetzungen sind für einen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung zu erfüllen?

31. Stellen Sie fest, welcher Rehabilitationsträger in den nachfolgenden Fällen für die Leistung zur Teilhabe zuständig ist. Die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sollen erfüllt sein.

    a) Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aufgrund eines Arbeitsunfalls

    b) Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen Rheuma

    c) Ganztägig ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen einer Erkrankung im Bewegungsapparat (kein Arbeitsunfall, keine Berufskrankheit)

    d) Akutbehandlung im Krankenhaus wegen einer Entgiftung

    e) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen einer Suchterkrankung

    f) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an einen Altersrentner (Vollrente)

    g) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an ein Opfer einer Gewalttat

    h) Weiterbildung (Umschulung) wegen einer Kreislauferkrankung

32. Florian Treu ist Beamter auf Lebenszeit. Er benötigt dringend Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Er möchte diese aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten, weil er die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllt.

    Hat Florian Treu Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung?

33. Für Bruno Bergmann wurden bis zum Jahr 2018 Beiträge zur knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlt. Seit dem Jahr 2019 ist er in der allgemeinen Rentenversicherung versichert. Der Versicherte hat am 27.02.2026 einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung gestellt.

    Welcher Rentenversicherungsträger ist für die Leistungen zur Teilhabe zuständig?

34. Die Versicherte Ruth Knacks erhielt bereits vom 14.06.2022 bis 05.07.2022 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

    Ab wann können gleichartige Leistungen grundsätzlich wiederholt werden?

8.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

LERNZIEL

– Sie können feststellen, ob die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungen zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung vorliegen.

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

Für die **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und für die Leistungen zur Prävention** gelten die Absätze 1, 2 und 3 der Vorschrift.

Für die **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** sind die Absätze 1, 2a und 3 maßgebend.

Für die **Leistungen zur Kinderrehabilitation** werden die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen über das Versicherungskonto des Elternteils erfüllt (vergleiche Abschnitt 5.2.3).

Für **Leistungen zur Nachsorge** ist auf das Ergebnis der Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der voraufgegangenen Hauptleistung abzustellen.

Bei der Beurteilung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen kommt es häufig auf den Zeitpunkt der wirksamen Antragstellung an. Wenn der Rentenversicherungsträger die Leistungen zur Teilhabe von Amts wegen erbringen möchte, gilt der Tag der Zustimmung der/des Versicherten als Zeitpunkt der Antragstellung (§ 115 Absatz 4 SGB VI).

Es genügt, wenn wahlweise eine der infrage kommenden Voraussetzungen erfüllt ist.

8.2.1 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen für alle Leistungen zur Teilhabe

Wartezeit von 15 Jahren

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind **für alle Leistungen zur Teilhabe** erfüllt, wenn die/der Versicherte die Wartezeit von 15 Jahren im Zeitpunkt der Antragstellung erreicht hat (§ 11 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI).

Die Wartezeit von 15 Jahren umfasst 180 Kalendermonate. Anrechenbar sind gemäß § 51 Absatz 1 und 4 SGB VI Beitragszeiten (Pflichtbeiträge und freiwillige Beiträge) und Ersatzzeiten (§ 250 SGB VI). Gegebenenfalls kommen noch Wartezeitmonate aus Versorgungsausgleich, Rentensplitting oder geringfügiger Beschäftigung hinzu (§ 52 SGB VI).

Wegen der Einzelheiten zur Wartezeit sowie zu den Beitrags- und Ersatzzeiten wird auf die Studientexte Nummer 19 „Wartezeiten“ und Nummer 23 „Versorgungsausgleich“ hingewiesen.

Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Alternativ sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe auch erfüllt, wenn bei Antragstellung eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezogen wird (§ 11 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI). Hierunter fallen die Renten wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung (§§ 43, 240 SGB VI) und im Bereich der knappschaftlichen Rentenversicherung zusätzlich die Rente für Bergleute (§ 45 SGB VI).

Einzelheiten zu diesen Renten sind im Studientext Nummer 17 „Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit“ erläutert.

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

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und für Leistungen zur Prävention sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen unter den erleichterten Bedingungen des § 11 Absatz 2 SGB VI erfüllt. Die erleichterten Bedingungen gelten nicht für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten zwei Jahren

Es genügt, wenn in den letzten zwei Jahren vor der Reha-Antragstellung mindestens sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit belegt sind (§ 11 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB VI).

Der Zweijahreszeitraum endet am Tag vor der Antragstellung (Fristberechnung nach § 26 SGB X und den §§ 187, 188 BGB). Die „Feiertagsregelung“ des § 26 Absatz 3 SGB X gilt hier nicht.

Beispiel

Antrag auf Leistungen zur Teilhabe:	26.06.2026
Lösung:	
Zweijahreszeitraum:	vom 26.06.2024 bis 25.06.2026

Zu den Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit zählen:

- Pflichtbeiträge aufgrund einer versicherten Beschäftigung (§ 1 SGB VI),
- Pflichtbeiträge aufgrund einer versicherten selbstständigen Tätigkeit (§ 2 SGB VI).

Über die Gleichstellungsregelung des § 11 Absatz 2 Satz 2 SGB VI in Verbindung mit § 55 Absatz 2 SGB VI werden insbesondere auch die Zeiten nach den §§ 3 und 4 SGB VI angerechnet:

- Pflichtbeiträge wegen Kindererziehung (§§ 3 Satz 1 Nummer 1, 56 SGB VI),
- Pflichtbeiträge aufgrund von Wehr- beziehungsweise Zivildienstpflicht (§ 3 Satz 1 Nummer 2 SGB VI),
- Pflichtbeiträge wegen Sozialleistungsbezugs, wie zum Beispiel Krankengeld oder Arbeitslosengeld (§ 3 Satz 1 Nummer 3 SGB VI),
- Pflichtbeiträge aufgrund einer Antragspflichtversicherung (§ 4 SGB VI).

Freiwillige Beiträge zählen grundsätzlich nicht zu den Pflichtbeiträgen (eine Ausnahme sind freiwillige Beiträge, die als Pflichtbeiträge gelten, zum Beispiel bei einer Nachzahlung nach Strafverfolgungsmaßnahmen, vergleiche § 55 Absatz 2 Nummer 1 und § 205 SGB VI).

Der Zweijahreszeitraum verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Bürgergeld nach dem SGB II (§ 11 Absatz 2 Satz 3 SGB VI). Dadurch ist sichergestellt, dass bei Versicherten, die in der Vergangenheit die notwendigen sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen gezahlt haben, dies aber wegen des (längeren) Bezugs von Bürgergeld im Zeitpunkt der Reha-Antragstellung nicht mehr erfüllen, dennoch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen.

Aufnahme einer Berufstätigkeit innerhalb von zwei Jahren nach einer Ausbildung

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

Eine Ausbildung in diesem Sinne ist die Schul- oder Berufsausbildung. Ein erfolgreicher Abschluss ist wegen des Gesetzeswortlauts („Beendigung“) nicht notwendig. Von einer Ausbildung in diesem Sinne ist nur auszugehen, wenn Zeit und Arbeitskraft hierdurch überwiegend in Anspruch genommen werden (mehr als 20 Stunden pro Woche). Bei mehreren Ausbildungen ist versichertenfreundlich von der letzten Ausbildung auszugehen.

Beispiel

Schulausbildung:	bis 15.06.2024
Studium:	vom 01.10.2024 bis 19.03.2026 (Abbruch)
Versicherte Beschäftigung:	vom 02.04.2026 bis 30.06.2026
Antrag auf Leistungen zur Teilhabe:	am 20.06.2026

Lösung:

Die Zweijahresfrist läuft ausgehend vom Ende der letzten Ausbildung (Studium) vom 20.03.2026 bis 19.03.2028.

Die versicherte Beschäftigung wurde am 02.04.2026 rechtzeitig innerhalb des maßgebenden Zweijahreszeitraums aufgenommen. Die Beschäftigung wurde ununterbrochen bis zur Antragstellung ausgeübt.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und für Leistungen zur Prävention sind erfüllt.

Normalerweise muss die versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit bis zur Antragstellung ausgeübt werden. Wenn die versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vorher beendet wurde, reicht es alternativ aus, wenn die/der Versicherte im unmittelbaren Anschluss an diese Beschäftigung oder Tätigkeit ohne Unterbrechung bis zur Antragstellung arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen ist. In diesem Fall muss der Zeitraum zwischen der Aufnahme der versicherten Berufstätigkeit innerhalb von zwei Jahren nach Ausbildungsende und dem Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation lückenlos

- mit einer versicherten Beschäftigung/Tätigkeit,
- mit Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder
- mit Zeiten der Arbeitslosigkeit belegt sein.

Beispiel

Schulausbildung:	vom 01.10.2023 bis 11.03.2026
Versicherte Beschäftigung:	01.04.2026 bis 21.05.2026
Arbeitsunfähigkeit:	22.05.2026 bis 19.07.2026
Antrag auf Leistungen zur Teilhabe:	08.07.2026

Lösung:

Zweijahreszeitraum ausgehend von der Schulausbildung: vom 12.03.2026 bis 11.03.2028

Die versicherte Beschäftigung ist fristgerecht am 01.04.2026 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.

Verminderte Erwerbsfähigkeit und allgemeine Wartezeit

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch erfüllt, wenn die/der Versicherte vermindert erwerbsfähig ist oder dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist. Zusätzlich muss die allgemeine Wartezeit bei der Reha-Antragstellung erfüllt sein (§ 11 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB VI).

Die verminderte Erwerbsfähigkeit umfasst die teilweise oder volle Erwerbsminderung oder die verminderte Berufsfähigkeit im Bergbau. Einer dieser Leistungsfälle muss entweder bereits vorliegen oder ist in absehbarer Zeit, das heißt in spätestens drei Jahren, zu erwarten.

Die allgemeine Wartezeit umfasst fünf Jahre; sie setzt sich aus 60 Kalendermonaten mit Beitrags- und Ersatzzeiten zusammen (§ 51 Absatz 1 und 4 SGB VI). Zusätzlich sind auch Wartezeitmonate aus Versorgungsausgleich, Rentensplitting oder geringfügiger Beschäftigung anrechenbar (§ 52 SGB VI). Die allgemeine Wartezeit kann auch vorzeitig erfüllt sein (§ 53 SGB VI). Mehr Informationen hierzu enthalten die Studientexte Nummer 19 „Wartezeiten“ und Nummer 23 „Versorgungsausgleich“.

Die Fallgestaltung nimmt die Richtung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf und die Gewährung einer solchen Rente soll entsprechend dem Grundsatz „Teilhabeleistung vor Rentenleistung“ möglichst verhindert werden. Die versicherungsrechtliche Regelung spiegelt diesen Grundsatz wider (vergleiche zum Grundsatz auch Abschnitt 1.6).

8.2.3 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen nur für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

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

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

Diese Sonderregelungen bewirken eine Zuständigkeitsverlagerung von der Arbeitsförderung (Arbeitslosenversicherung) zur gesetzlichen Rentenversicherung. Denn auch Versicherte, die keine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (§§ 43, 45, 240 SGB VI) beziehen, können

bereits dann Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten, wenn sie Anspruch auf eine solche Rente hätten. Dies gilt unabhängig davon, ob ein Rentenantrag gestellt ist. Hier wird der Grundsatz „Teilhabeleistung vor Rentenleistung“ sichtbar (vergleiche dazu Abschnitt 1.6).

Ferner kann der Rentenversicherungsträger nach durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unmittelbar anschließend erforderliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen. In diesem Fall wird das gesamte Leistungsverfahren innerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung durchgeführt und ein Wechsel des Rehabilitationsträgers wird vermieden. Damit soll es vor dem Hintergrund der bereits gewährten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu einer zügigen Durchführung von notwendigen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ohne Zuständigkeitswechsel kommen.

8.2.4 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen für Witwen und Witwer

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind auch für überlebende Ehegatten erfüllt, die einen Anspruch auf große Witwen- oder Witwerrente nach § 46 SGB VI basierend auf einer verminderten Erwerbsfähigkeit haben (§ 11 Absatz 3 SGB VI). Dies kann eine teilweise oder volle Erwerbsminderung sein (§ 43 Absatz 1 und 2 SGB VI). Die verminderte Berufsfähigkeit im Bergbau (§ 45 Absatz 2 SGB VI) ist keine Erwerbsminderung im Sinne des § 46 SGB VI. Die Regelung des § 11 Absatz 3 SGB VI bedeutet, dass auch nicht rentenversicherte Personen Leistungen zur Teilhabe erhalten können. Sie gelten dann – für das Rehabilitations- beziehungsweise Teilhaberecht – als versicherte Person.

Hintergrund ist auch, dass diese Menschen nach einer erfolgreichen Rehabilitation keine große Witwen- oder Witwerrente mehr erhalten sollen: Die Erwerbsminderung muss beim überlebenden Ehegatten der alleinige Grund für den Anspruch auf die große Witwen- oder Witwerrente sein (§ 46 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB VI). Eine verwitwete Person, die bei der Reha-Antragstellung bereits das maßgebende Lebensalter für die große Witwen- beziehungsweise Witwerrente vollendet hat oder die ein Kind erzieht, erfüllt diese Voraussetzung nicht (zum maßgebenden Lebensalter vergleiche § 242a Absatz 4 und 5 SGB VI sowie § 46 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB VI: Vollendung aktuell zwischen dem 45. und 47. Lebensjahr). Wenn die Erwerbsminderung der alleinige Grund für den Anspruch auf die große Witwen- oder Witwerrente ist, kann diese Rente nach Beseitigung der Erwerbsminderung in die kleine Witwen- beziehungsweise Witwerrente umgewandelt werden beziehungsweise der Anspruch auf Witwen- oder Witwerrente entfällt vollständig, weil die 24 Kalendermonate nach § 46 Absatz 1 Satz 2 SGB VI bereits abgelaufen sind. Die Regelung des § 11 Absatz 3 SGB VI ist im Zusammenhang mit dem Grundsatz „Teilhabeleistung vor Rentenleistung“ zu sehen (vergleiche Abschnitt 1.6).

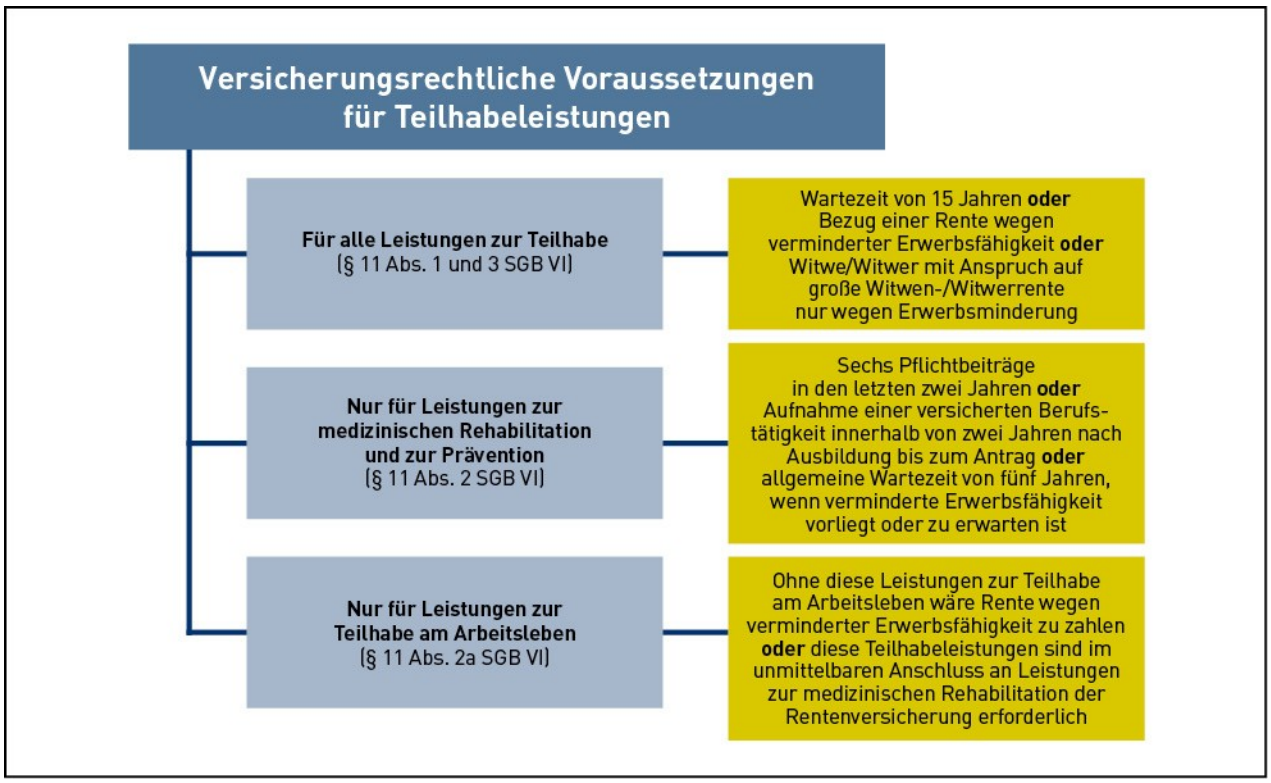
Der Anspruch auf die große Witwen- oder Witwerrente braucht nur dem Grunde nach bestehen. Ein fehlender Zahlungsanspruch wegen der Einkommensanrechnung (§ 97 SGB VI) ist unschädlich.

Hinsichtlich der Einzelheiten zum Anspruch auf Witwen- beziehungsweise Witwerrente wird auf den Studientext Nummer 18 „Renten wegen Todes“ aufmerksam gemacht.

8.2.5 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen im Überblick

Die Abbildung 13 fasst die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe vom Rentenversicherungsträger in einer Gesamtschau zusammen.

Abbildung 13: Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des § 11 SGB VI



ZUSAMMENFASSUNG

- Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des § 11 SGB VI schreiben den notwendigen Umfang an Versicherungszeiten oder das Vorliegen bestimmter Rentenansprüche vor.
- Für alle Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte mit einer Wartezeit von 15 Jahren und Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt (§ 11 Absatz 1 SGB VI).
- Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Prävention gibt es darüber hinaus noch erleichterte Möglichkeiten, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zu erfüllen (§ 11 Absatz 2 SGB VI), zum Beispiel indem in den letzten zwei Jahren vor dem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe mindestens sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung vorhanden sind (Nummer 1). Auch Berufsstarter (Nummer 2) sowie Versicherte, die vermindert erwerbsfähig sind und die allgemeine Wartezeit erfüllt haben (Nummer 3), können die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen.
- Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, wenn ohne solche Leistungen eine Frühverrentung erfolgen müsste oder wenn zuvor bereits Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vom Rentenversicherungsträger erbracht wurden (§ 11 Absatz 2a SGB VI).

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

35. Entscheiden Sie durch Ankreuzen, für welche Leistungen zur Teilhabe die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

    LmR = Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
    LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

		LmR	**LTA**
a)	Die Wartezeit von 15 Jahren ist erfüllt.	☐	☐
b)	7 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung in den letzten zwei Jahren	☐	☐
c)	13 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen wegen Kindererziehungszeiten in den letzten zwei Jahren	☐	☐
d)	Aufnahme einer versicherten Beschäftigung innerhalb von zwei Jahren nach einer Ausbildung; Ausübung bis zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe.	☐	☐
e)	Die allgemeine Wartezeit ist erfüllt. Eine Erwerbsminderung ist nicht zu erwarten.	☐	☐
f)	Die allgemeine Wartezeit ist erfüllt. Eine Erwerbsminderung ist in zwei Jahren zu erwarten.	☐	☐
g)	Bezug einer Rente wegen voller Erwerbsminderung	☐	☐
h)	Anspruch auf große Witwenrente wegen Vollendung des maßgebenden Lebensjahres und gleichzeitig teilweise Erwerbsminderung	☐	☐

8.3 Persönliche Voraussetzungen

LERNZIEL

– Sie können feststellen, ob die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung vorliegen.

Die persönlichen Voraussetzungen sind im **§ 10 SGB VI** geregelt. Sie umfassen medizinische Bedingungen, die für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung vorhanden sein müssen. Zur Klärung der medizinischen Fragen wird der ärztliche Dienst eingeschaltet.

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die Voraussetzungen des § 10 Absatz 1 SGB VI zu erfüllen:

1. Gesundheitliche Gründe in Form einer erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge Krankheit oder körperlicher, geistiger beziehungsweise seelischer Behinderung und
2. eine Erfolgsaussicht der Leistungen zur Teilhabe:
   – Wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet ist, dann sollen die Leistungen zur Teilhabe eine Minderung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich abwenden.

   oder

   – Wenn eine geminderte Erwerbsfähigkeit bereits vorliegt, dann soll mit der Leistung zur Teilhabe voraussichtlich eine wesentliche Besserung oder eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit erreicht werden oder eine wesentliche Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden.

   oder

   – Bei teilweiser Erwerbsminderung soll mittels Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der (Teilzeit-)Arbeitsplatz erhalten oder ein geeigneter Arbeitsplatz erworben werden.

Es kommt also in der gesetzlichen Rentenversicherung darauf an, dass die **Erwerbsfähigkeit** der/des Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert ist und dass eine Erfolgsaussicht der Leistungen zur Teilhabe besteht. Von einer solchen Erfolgsaussicht ist auszugehen, wenn der Erfolg der Teilhabeleistung überwiegend – also über 50 Prozent – wahrscheinlich ist.

§ 10 Absatz 2 SGB VI enthält mit Blick auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine Sonderregelung zur Abwendung einer drohenden oder bereits vorhandenen verminderten Berufsfähigkeit im Bergbau (dies betrifft die Rente für Bergleute aus der knappschaftlichen Rentenversicherung).

Für Leistungen zur Prävention, Leistungen zur Kinderrehabilitation und Leistungen zur Nachsorge (§§ 14, 15a, 17 SGB VI) haben die Versicherten oder die Kinder die persönlichen Voraussetzungen bei Vorliegen der dortigen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt (§ 10 Absatz 3 SGB VI; vergleiche dazu Abschnitte 3.2.3, 5.2.4 und 7.3).

8.3.1 Erwerbsfähigkeit

Die Erwerbsfähigkeit ist das entscheidende Kriterium für die persönlichen Voraussetzungen von Leistungen zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Eine versicherte Person ist vereinfacht ausgedrückt erwerbsfähig, wenn sie in der Lage ist, Einkünfte aus einer Berufstätigkeit zu erzielen, zum Beispiel Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung oder

Arbeitseinkommen aus einer selbstständigen Tätigkeit. Die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit erfolgt unter Einbeziehung derjenigen Arbeitsmöglichkeiten, die sich diesem Menschen nach seinen beruflichen Kenntnissen sowie nach seinen gesundheitlichen Fähigkeiten im gesamten Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten.

Im Rahmen des § 10 SGB VI muss eine erhebliche Gefährdung oder Minderung dieser Erwerbsfähigkeit vorliegen. Eine 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. Alternativ muss eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegen (volle Erwerbsminderung, teilweise Erwerbsminderung oder verminderte Berufsfähigkeit im Bergbau). In einem solchen Fall ist eine wesentliche Einbuße in der Leistungsfähigkeit bereits eingetreten.

8.3.2 Krankheit oder Behinderung

Die erhebliche Gefährdung oder die Minderung der Erwerbsfähigkeit muss auf einer Krankheit oder auf einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung basieren. Die persönlichen Voraussetzungen können also nur erfüllt sein, wenn bei dem betroffenen Menschen erhebliche gesundheitliche Gründe für die Einschränkung in der Erwerbsfähigkeit maßgebend sind.

Krankheit ist ein regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand. Für die gesetzliche Rentenversicherung ist nicht erforderlich, dass Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit vorliegt.

Behinderung wird über § 2 Absatz 1 SGB IX definiert (siehe dazu Abschnitt 1.2).

ZUSAMMENFASSUNG

- Als persönliche Voraussetzungen werden die medizinischen Bedingungen für Leistungen zur Teilhabe bezeichnet (§ 10 SGB VI).
- Die persönlichen Voraussetzungen sind erfüllt, wenn eine erhebliche Gefährdung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit aufgrund von Krankheit oder Behinderung vorhanden ist. Zusätzlich muss eine Erfolgsaussicht der Leistungen zur Teilhabe gegeben sein (§ 10 Absatz 1 SGB VI).
- Zur Prüfung der persönlichen Voraussetzungen wird im Regelfall die Expertise des ärztlichen Dienstes herangezogen.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

36. Nennen Sie die beiden persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

37. Erläutern Sie den Begriff „Erwerbsfähigkeit“.

9. Mitwirkung der leistungsberechtigten Person

LERNZIEL

– Sie können den Umfang der Mitwirkungspflichten der/des Leistungsberechtigten sowie die Rechtsfolgen fehlender Mitwirkung im Zusammenhang mit den Leistungen zur Teilhabe erläutern.

9.1 Umfang der Mitwirkungspflichten

In diesem Kapitel geht es um die Mitwirkungspflichten speziell im Zusammenhang mit den Leistungen zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Mit Blick auf das Ziel der Leistungen zur Teilhabe bedarf es einiger Mitwirkungspflichten der leistungsberechtigten Person. Wenn diese Pflichten nicht erfüllt werden, dann kann dies zu Rechtsnachteilen für den betroffenen Menschen führen.

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.

Die Mitwirkungspflichten der Leistungsberechtigten sind in den §§ 60 ff. SGB I genannt.

9.1.1 Aufklärung des Sachverhalts

Die versicherte Person hat die Pflicht, im notwendigen Maß an der Aufklärung des Sachverhalts, der für die Feststellung der Leistungen zur Teilhabe erforderlich ist, mitzuwirken (§§ 60 bis 62 SGB I). Sie muss alle Tatsachen wahrheitsgemäß angeben und Auskünften durch Dritte, zum Beispiel den Hausarzt oder den Arbeitgeber, zustimmen, die für die Frage der Rehabilitation beziehungsweise Teilhabe rechtserheblich sind (§ 60 SGB I). Erforderliche Beweismittel wie zum Beispiel ärztliche Unterlagen beziehungsweise Gutachten oder Sozialberichte sind zu benennen oder vorzulegen.

Sofern es im Einzelfall für die Entscheidung über die Leistungen zur Teilhabe erforderlich ist, hat die/der Versicherte auf Verlangen des Rentenversicherungsträgers persönlich zu erscheinen (§ 61 SGB I), zum Beispiel wenn es notwendig ist, den Antrag mündlich zu erörtern oder damit der Rentenversicherungsträger entscheidungserhebliche Maßnahmen einleiten kann.

Bei Erforderlichkeit hat sich die/der Versicherte auf Verlangen des Rentenversicherungsträgers ärztlichen oder psychologischen Untersuchungen zu unterziehen (§ 62 SGB I). Solche Untersuchungen können notwendig sein, um den Rehabilitationsbedarf oder die Erfolgsaussicht der beantragten Leistungen zur Teilhabe festzustellen.

9.1.2 Teilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen Teilhabe am Arbeitsleben

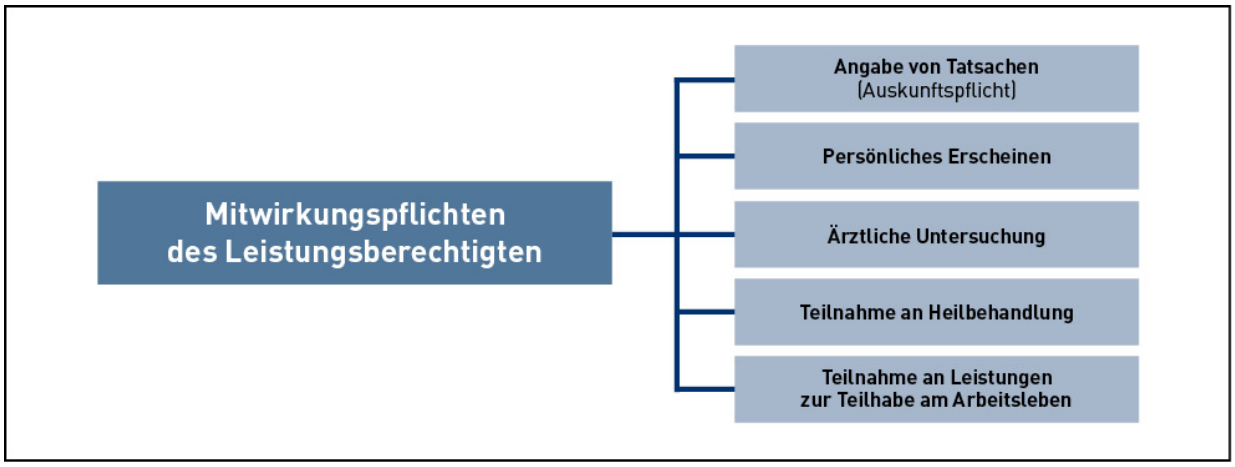
Die wichtigste Mitwirkungspflicht der Versicherten bezieht sich auf ihre Teilnahme an notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation („Heilbehandlung“) oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 63 und 64 SGB I).

Versicherte sollen 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). Eine passive Teilnahme reicht hierfür nicht aus, sondern die versicherte Person muss nach Kräften am Erfolg der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mitarbeiten. Eine besondere Bedeutung hat die Pflicht zur Mitwirkung der versicherten Person, wenn sie selbst keine Leistungen zur Teilhabe beantragt haben, sondern der Rentenversicherungsträger diese im Rahmen des Rentenverfahrens anbietet.

Auf Verlangen des Rentenversicherungsträgers soll ein Versicherter auch an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen (§ 64 SGB I). Voraussetzung ist, dass bei angemessener Berücksichtigung seiner beruflichen Neigung und seiner Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, dass die Leistungen seine Erwerbsfähigkeit auf Dauer erhalten oder wiederherstellen.

Abbildung 14: Die Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten (§§ 60 bis 64 SGB I)



9.2 Grenzen der Mitwirkung

Die Mitwirkungspflichten der leistungsberechtigten Person haben Grenzen. Diese Grenzen beziehen sich auf die Zumutbarkeit der Leistung und auf die körperliche Unversehrtheit der leistungsberechtigten Person (§ 65 SGB I).

In folgenden Fällen besteht keine Mitwirkungspflicht des betroffenen Menschen:

- Die Erfüllung der Pflicht steht in keinem angemessenen Verhältnis zur Teilhabeleistung.
- Die Erfüllung der Pflicht ist aus einem wichtigen Grund unzumutbar.
- Der Rentenversicherungsträger kann sich die erforderlichen Kenntnisse mit geringerem Aufwand beschaffen.
- Behandlungen oder Untersuchungen schließen einen Schaden für Leben beziehungsweise 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 (zum Beispiel bei einer Operation).
- Die Angaben setzen die leistungsberechtigte Person oder ihnen nahestehende Personen der Gefahr einer strafrechtlichen Verfolgung oder eines Ordnungswidrigkeitsverfahrens aus.

In diesen Fällen darf die versicherte Person die Mitwirkung berechtigt verweigern. Nachteilige Folgen der fehlenden Mitwirkung entstehen ihr dann nicht.

9.3 Folgen fehlender Mitwirkung

Kommt die leistungsberechtigte Person den bestehenden Mitwirkungspflichten pflichtwidrig nicht nach, können sich nachteilige Rechtsfolgen ergeben (§ 66 SGB I).

9.3.1 Verzögerung oder Verhinderung der Sachaufklärung

Wenn die leistungsberechtigte Person ihrer Mitwirkungspflicht, Tatsachen anzugeben, Beweismittel zu benennen beziehungsweise einzureichen oder sich untersuchen zu lassen, nicht nachkommt, dann verzögert oder verhindert sie damit unter Umständen pflichtwidrig die mögliche Aufklärung des Sachverhalts. Der Rentenversicherungsträger ist dann berechtigt, von weiteren eigenen Ermittlungen abzusehen. Er kann nach vorherigem schriftlichem Hinweis auf die Folgen, den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe ablehnen. Wenn Leistungen zur Teilhabe bereits bewilligt wurden, können diese versagt oder entzogen werden (§ 66 Absatz 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 Keine Teilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Wenn eine leistungsberechtigte Person an zumutbaren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben pflichtwidrig nicht teilnimmt, kann sich wegen dieses pflichtwidrigen Verhaltens für diese Person ein Bedarf an kostenaufwändigen anderen Sozialleistungen ergeben. Die Pflichtwidrigkeit ist auch gegeben, wenn die/der Versicherte von der Krankenkasse oder von der Agentur für Arbeit zur Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufgefordert wurde und den Antrag nicht (rechtzeitig) stellt (vergleiche § 51 SGB V beziehungsweise § 145 SGB III). Andere Sozialleistungen innerhalb oder außerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung sind zum Beispiel die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Krankengeld oder Arbeitslosengeld. Diese Leistungen können vom zuständigen Leistungsträger (zum Beispiel Rentenversicherungsträger, Krankenkasse, Agentur für Arbeit) ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 Absatz 2 SGB I). Hierfür muss unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen sein, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird.

Die leistungsberechtigte Person muss zuvor auf die Versagung oder die Entziehung der Sozialleistung schriftlich hingewiesen worden sein. Außerdem ist die Person ihrer Mitwirkungspflicht innerhalb einer ihr gesetzten, angemessenen Frist nicht nachgekommen (§ 66 Absatz 3 SGB I). Sofern die Mitwirkung später nachgeholt wird, kann der Leistungsträger die versagte oder entzogene Leistung bei Erfüllung der Voraussetzungen nachträglich ganz oder teilweise erbringen (§ 67 SGB I).

ZUSAMMENFASSUNG

- Für Versicherte gibt es hinsichtlich der Leistungen zur Teilhabe Mitwirkungspflichten (§§ 60 bis 64 SGB I). Sie bestehen darin, dass die Versicherten zur Aufklärung des Sachverhalts beitragen und dabei auch ärztliche Untersuchungen akzeptieren. An angebotenen zumutbaren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben Versicherte grundsätzlich teilzunehmen.

- Es besteht keine Mitwirkungspflicht bei Unzumutbarkeit, zum Beispiel bei einem Schaden für die eigene Gesundheit oder bei erheblichem Eingriff in die körperliche Unversehrtheit. Hier liegen Grenzen der Mitwirkung (§ 65 SGB I).

- Werden die Mitwirkungspflichten nicht erfüllt, ergeben sich unter Umständen nachteilige Rechtsfolgen (§§ 66, 67 SGB I). So kann zum Beispiel der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe abgelehnt werden. Andere Sozialleistungen, die nunmehr erforderlich wären, wie zum Beispiel Krankengeld oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, können versagt oder entzogen werden.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

38. Zählen Sie die verschiedenen Mitwirkungspflichten der leistungsberechtigten Person im Zusammenhang mit den Leistungen zur Teilhabe auf.

39. Erklären Sie die Bezeichnung „Grenzen der Mitwirkungspflicht“ und nennen Sie typische Beispiele.

40. Erläutern Sie die Rechtsfolgen bei einer fehlenden Mitwirkung der versicherten Person.

Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung

1. Im gegliederten Rehabilitationssystem gibt es keinen für alle Sozialleistungsbereiche zuständigen zentralen Leistungsträger. Die Leistungen zur Rehabilitation beziehungsweise zur 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 Sozialen Entschädigung
Träger der Soldatenentschädigung
Träger der Jugendhilfe
Träger der Eingliederungshilfe (oder Träger der Sozialhilfe)

3. Aufgabe der Teilhabe ist es, die Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit eines Menschen zu bewirken. Ziel und Zweck der Leistungen zur Teilhabe ist es, Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung in Beruf und Gesellschaft zu integrieren beziehungsweise zu reintegrieren.

4. Die erfolgreiche Teilhabe hat für die Rehabilitationsträger folgende wirtschaftliche Bedeutung: Ausgabenminderung (zum Beispiel Einsparung von Renten, Krankengeld, Behandlungskosten) und Einnahmensteigerung (zum Beispiel Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung).

5. Die sechs Hauptleistungen zur Teilhabe sind: Leistungen zur Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Kinderrehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Nachsorge und als sonstige Leistungen die Leistungen zur onkologischen Nachsorge (§§ 14, 15, 15a, 16, 17, 31 SGB VI).

6. Auf Ermessensleistungen („Kann-Leistungen“) besteht kein gesetzlicher Anspruch. Sie können aufgrund gesetzlicher Ermächtigung vom Versicherungsträger nach eigenem (pflichtgemäß ausgeübten) Ermessen erbracht werden.

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.

10. In der gesetzlichen Rentenversicherung ist das Ziel der Prävention, die Erwerbsfähigkeit von Versicherten frühzeitig zu sichern.

11. Es gilt folgende Reihenfolge: Prävention, dann Rehabilitation, dann Rentenleistung.

12. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in einer Rehabilitationseinrichtung beziehungsweise Rehabilitationsklinik durchgeführt. Dies kann stationär, das heißt mit Unterkunft und Verpflegung, oder ganztägig ambulant beziehungsweise ambulant erfolgen.

13. Die Leistungsdauer bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beträgt grundsätzlich drei Wochen.

14. Die wichtigsten Einzelleistungen zur medizinischen Rehabilitation sind: ärztliche Behandlung, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Psychotherapie, Hilfsmittel, Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

15. Heilmittel wirken äußerlich auf den Körper und dienen der Heilung, Besserung oder Linderung.

16. Hilfsmittel dienen dem Ausgleich der durch die Behinderung bedingten körperlichen Beeinträchtigungen. Diese Mittel haben keine Heilwirkung.

17. Anschlussrehabilitation beziehungsweise Anschlussheilbehandlung (AHB).

18. Ziel der Leistungen zur Kinderrehabilitation ist es, durch früh einsetzende medizinische Leistungen einen positiven Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit des Kindes zu erreichen.

19. Zum anspruchsberechtigten Kinderkreis für die Leistungen zur Kinderrehabilitation gehören Kinder der/des Versicherten, Kinder eines Beziehers einer Altersrente oder einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder ein Kind, welches eine Waisenrente bezieht. Kinder in diesem Sinne sind leibliche Kinder und Adoptivkinder, außerdem Stief- oder Pflegekinder, die im Haushalt des Elternteils aufgenommen sind, sowie Enkel und Geschwister, die im Haushalt des Elternteils aufgenommen sind oder von diesem überwiegend unterhalten werden.

20. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Kinderrehabilitation sind aus dem Versicherungskonto des Elternteils zu erfüllen. Dieser muss zum Beispiel die allgemeine Wartezeit erfüllt haben oder die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfüllen.

21. Die persönlichen Voraussetzungen für die Leistungen zur Kinderrehabilitation sind erfüllt, wenn bei dem Kind voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine bereits beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert beziehungsweise wiederhergestellt werden kann. Zusätzlich ist erforderlich, dass die spätere Erwerbsfähigkeit des Kindes positiv beeinflusst werden kann.

22. Die stationären Leistungen zur Kinderrehabilitation dauern im Regelfall mindestens vier Wochen.

23. 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 (zum Beispiel durch Weiterbildung) den Versicherten in die Lage versetzen, eine Berufstätigkeit auszuüben.

24. 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).

25. Zur Kraftfahrzeughilfe gehören:

a) finanzielle Hilfe zur Beschaffung eines Kraftfahrzeugs,

b) behinderungsbedingte Zusatzausstattung,

c) finanzielle Hilfe zur Erlangung eines Führerscheins (Fahrerlaubnis).

26. 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“).

27. Generelles Ziel der Leistungen zur Nachsorge ist es, den Erfolg einer vorangegangenen Leistung zur Teilhabe zu sichern.

28. Bei der versicherten Person soll erreicht werden: Verbesserung noch vorhandener funktionaler Einschränkungen, weitere Stabilisierung der Veränderungen im Lebensstil und im Verhalten, Stärkung der Selbstmanagementkompetenzen, bessere Einbindung in Alltag, Beruf, Schule, Ausbildung.

29. Inhalte der Leistungen zur Nachsorge sind zum Beispiel Ernährungsberatung, Maßnahmen zur Verhaltensänderung, Krankengymnastik, Schmerzbewältigungstraining, Psychotherapie (drei Nennungen).

30. Für Leistungen zur Teilhabe sind folgende drei Voraussetzungen zu erfüllen: Kein Ausschluss nach § 12 SGB VI, Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des § 11 SGB VI und Erfüllung von persönlichen Voraussetzungen gemäß § 10 SGB VI.

31. Es ergeben sich folgende Zuständigkeiten:

a) Unfallversicherungsträger (Ausschluss nach § 12 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI)

b) Rentenversicherungsträger (kein Leistungsausschluss)

c) Rentenversicherungsträger (kein Leistungsausschluss)

d) Krankenkasse (Akutbehandlung ist keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation)

e) Rentenversicherungsträger (kein Leistungsausschluss)

f) Krankenkasse (Ausschluss nach § 12 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI)

g) Träger der Sozialen Entschädigung (Ausschluss nach § 12 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI)

h) Rentenversicherungsträger (kein Leistungsausschluss)

32. Auch wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, ist der Beamte auf Lebenszeit von Leistungen zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung ausgeschlossen, weil er eine Anwartschaft auf eine beamtenrechtliche Versorgung hat (§ 12 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI).

33. Zuständig für Leistungen (und damit auch für Leistungen zur Teilhabe) ist im vorliegenden Fall die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, weil ein Beitrag aufgrund einer Beschäftigung zur knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlt worden ist (Sonderzuständigkeit nach § 136 SGB VI).

34. Die Wiederholung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist grundsätzlich erst nach Ablauf von vier Jahren möglich: Vierjahresfrist vom 06.07.2022 bis 05.07.2026. Die Versicherte kann Leistungen zur medizinischen Rehabilitation grundsätzlich wieder ab dem 06.07.2026 erhalten.

35. Anzukreuzen war wie folgt:

		LmR	**LTA**
a)	Die Wartezeit von 15 Jahren ist erfüllt.	☒	☒
b)	7 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung in den letzten zwei Jahren	☒	☐
c)	13 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen wegen Kindererziehungszeiten in den letzten zwei Jahren	☒	☐
d)	Aufnahme einer versicherten Beschäftigung innerhalb von zwei Jahren nach einer Ausbildung; Ausübung bis zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe	☒	☐
e)	Die allgemeine Wartezeit ist erfüllt. Eine Erwerbsminderung ist nicht zu erwarten.	☐	☐
f)	Die allgemeine Wartezeit ist erfüllt. Eine Erwerbsminderung ist in zwei Jahren zu erwarten.	☒	☐
g)	Bezug einer Rente wegen voller Erwerbsminderung	☒	☒
h)	Anspruch auf große Witwenrente wegen Vollendung des maßgebenden Lebensjahres und gleichzeitig teilweise Erwerbsminderung	☐	☐

36. Die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind: Vorliegen einer erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung und eine Erfolgsaussicht der Leistung zur Teilhabe.

37. Erwerbsfähigkeit ist die Fähigkeit der versicherten Person, im Rahmen ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit zu erzielen.

38. Für die leistungsberechtigte Person bestehen folgende Mitwirkungspflichten: Aufklärung des Sachverhalts (Angabe von Tatsachen, Übersendung von Beweismitteln, persönliches Erscheinen, Akzeptieren ärztlicher Untersuchungen) und Teilnahme an angebotenen und notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Heilbehandlung) und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

39. „Grenzen der Mitwirkungspflicht“ bedeutet, dass die/der Versicherte in bestimmten Fällen die Mitwirkung ohne Rechtsnachteile verweigern darf. Beispiele sind: Der Rentenversicherungsträger 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 von strafrechtlicher Verfolgung.

40. Bei mangelnder Mitwirkung an der Sachaufklärung kann es zur Ablehnung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe kommen. Die fehlende Teilnahme an angebotenen Leistungen zur Teilhabe kann zur Versagung oder Entziehung anderer Sozialleistungen führen, wie zum Beispiel Krankengeld, Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Rehabilitationsträger in Deutschland 8
Abbildung 2: Allgemeine Zielsetzung der Teilhabe 11
Abbildung 3: Der Präventions- und Teilhabegedanke 13
Abbildung 4: Leistungsaufgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 17
Abbildung 5: Die Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherung 18
Abbildung 6: Rechtliche Grundlagen für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe 20
Abbildung 7: Einzelleistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 42 bis 47a SGB IX) 29
Abbildung 8: Zuständigkeiten bei medizinischen Leistungen für Abhängigkeitskranke 33
Abbildung 9: Kinder im Sinne der Leistungen zur Kinderrehabilitation 37
Abbildung 10: Persönliche Voraussetzungen für die Leistungen zur Kinderrehabilitation 39
Abbildung 11: Einzelleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 49 Absatz 3 SGB IX) 43
Abbildung 12: Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe aus der gesetzlichen Rentenversicherung 53
Abbildung 13: Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des § 11 SGB VI 67
Abbildung 14: Die Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten (§§ 60 bis 64 SGB I) 72

Verfügbare Texte der Studientext-Reihe

Nummer 1	Dietzel	Sozialversicherung
Nummer 2	Schindler	Versicherungspflicht
Nummer 3	Czok * Hillig	Beitrags- und Meldewesen
Nummer 4	Loukidou	Selbständige
Nummer 5	Rosenbusch	Versicherungsfreiheit
Nummer 6	Sibum	Freiwillige Versicherung
Nummer 7	Jungbauer	Nachversicherung
Nummer 8	Schulte	Wirksamkeit der Beitragszahlung
Nummer 9	Hiller	Beitragserstattung
Nummer 10	Raps	Anerkennung von Beitragszeiten
Nummer 11	Kühl	Fremdrentenrecht
Nummer 12	Prietzel	Leistungen zur Teilhabe
Nummer 13	Küppenbender	Übergangsgeld
Nummer 14	Böwing	Ergänzende und sonstige Leistungen, Zuzahlung
Nummer 15	Mellmann * Knobloch	Rentenantragsverfahren
Nummer 16	Lennecke * Limbeck	Renten wegen Alters
Nummer 17	Benen	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
Nummer 18	Brettschneider	Renten wegen Todes
Nummer 19	Strotmann	Wartezeiten
Nummer 20	Begert	Rentenrechtliche Zeiten
Nummer 21	Beckwermert	Rentenberechnung
Nummer 22	Viergutz	Zusammentreffen von Renten und Einkommen
Nummer 23	Klüpfel	Versorgungsausgleich
Nummer 24	Gries	Pfändung, Abtretung, Aufrechnung von Renten
Nummer 25	Seliger-Hartmann * Steupert	Rentenzahlverfahren, Vorschüsse und Verzinsung
Nummer 26	Stempfhuber	Erstattungsansprüche der Leistungsträger
Nummer 27	Dopheide * Bartelt	Verwaltungsverfahren I (SGB I)
Nummer 28	Reinartz	Verwaltungsverfahren II (SGB X)
Nummer 29	Zepke	Krankenversicherung der Rentner
Nummer 30	Gutzler	Über- und zwischenstaatliches Recht, Auslandsrenten
Nummer 31	Ruder * Seeg	Datenverarbeitung in der Rentenversicherung

Nummer 32	Schulmeister	Datenschutz in der Rentenversicherung
Nummer 33	Brüßeler	Arbeits- und Dienstrecht
Nummer 34	Becker	Knappschaftsrecht I: Versicherung und Beitrag
Nummer 35	Stehr ∗ Böttcher	Knappschaftsrecht II: Leistungen
Nummer 36	Schmidt-Kühlewind	Sozialgerichtsgesetz
Nummer 37	-	Wird nicht mehr aufgelegt
Nummer 38	Jäger * Reich	Lern- und Arbeitstechniken
Nummer 39	Jäger * Reich	Kommunikation – Kooperation
Nummer 40	Tippelmann	Altersvorsorge

Impressum

1. Auflage 1993
31. Auflage 2026
Rechtsstand 01.01.2026

Autor Marc Prietzel – Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Fachgutachter Patrick Dezutter – Deutsche Rentenversicherung Rheinland

Herausgeber © Deutsche Rentenversicherung Bund
Personal, People & Development
Produktcenter Personalentwicklung
Prozesse, Standards und IT
Hohenzollerndamm 46/47
10704 Berlin

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Liebe Leser*innen 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)