

Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung

Bearbeitet von
Deutsche Rentenversicherung Bund

7. aktualisierte Aufl. 2011. Buch. XXII, 708 S. Hardcover

ISBN 978 3 642 10249 3

Format (B x L): 19,3 x 26 cm

Gewicht: 1912 g

[Recht > Sozialrecht > SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](#) ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Rechtliche Grundlagen für Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung

Marion Götz, Sabine Roth (1.1); Uwe Chojetzki (1.2, 1.3)

1.1 Leistungen zur Teilhabe – 4

- 1.1.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – 7
- 1.1.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) – 8
- 1.1.3 Ergänzende Leistungen – 9
- 1.1.4 Sonstige Leistungen – 11
- 1.1.5 Verfahren – 12

1.2 Renten – 14

- 1.2.1 Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit – 15
- 1.2.2 Weitere Rentenarten mit sozialmedizinischem Bezug – 22

1.3 Schnittstellen zu anderen Sozialleistungsbereichen – 23

- 1.3.1 Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) – 23
- 1.3.2 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41 bis 46 SGB XII) – 24
- 1.3.3 Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) – 24

Weiterführende Literatur – 25

1.1 Leistungen zur Teilhabe

Marion Götz, Sabine Roth

Das historisch gewachsene gegliederte System der Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland basiert darauf, dass nicht ein einheitlicher Träger für die Erbringung dieser Sozialleistungen zuständig ist, sondern verschiedene Rehabilitationsträger entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen. Nach dem Prinzip der einheitlichen Risikoordnung soll jeweils derjenige für die Leistung verantwortlich sein, der das finanzielle Risiko ihres Scheiterns trägt. Die mit dieser Differenzierung verknüpfte Einbindung der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in das jeweilige Recht und die Leistungspraxis der unterschiedlichen Rehabilitationsträger hat sich bewährt. Die Vorteile des gegliederten Systems liegen in der Arbeitsaufteilung und Spezialisierung, in einer besseren Plan- und Steuerbarkeit sowie in mehr Flexibilität der einzelnen Rehabilitationsträger mit ihrem jeweils klar definierten Versorgungsauftrag.

Die Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung waren bis zum Inkrafttreten des SGB IX im Wesentlichen in den §§ 9–32 SGB VI geregelt. Mit der Kodifikation des SGB IX hat der Gesetzgeber eine einheitliche Grundlage für alle Rehabilitationsträger geschaffen und damit einer lange bestehenden Forderung Rechnung getragen, das Recht der Rehabilitation mit seinen unterschiedlichen Leistungszuständigkeiten transparenter zu gestalten und weiterzuentwickeln. Politisches Ziel war es, anstelle der beklagten Divergenz und Unübersichtlichkeit im Rehabilitationsrecht mehr Bürgernähe und eine verbesserte Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger auf der Basis einer einheitlichen Praxis zu erreichen.

Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG) aus dem Jahre 1974 wurde aufgehoben und das bestehende Rehabilitationsrecht mit dem Schwerbehindertenrecht (SchwbG) zusammengefasst zu einem neuen *Recht zur Teilhabe*. Im Mittelpunkt stehen der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch und seine gleichberechtigte Teilhabe. Er soll weitgehend das Maß an Selbstbestimmung erhalten, das für jeden Bürger ohne Behinderung selbstverständlich ist. Damit wird das im Grundgesetz verankerte Benachteiligungsverbot (Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG) umgesetzt.

Das SGB IX beabsichtigt eine Stärkung individueller Rechtspositionen, z. B. durch *Wunsch- und Wahlrecht* (§ 9 SGB IX) des Rehabilitanden und durch *persönliche Budgets* (§ 17 Abs. 2–6 SGB IX). Damit rückt die Dienstleistungsfunktion der Rehabilitationsträger in den Vordergrund. Ein Kernanliegen besteht in der Organisation eines bürgernahen Zugangs zu den erforderlichen Leistungen und deren Erbringung. Dieser soll u. a. erreicht werden durch eine umfassende, trägerübergreifende Beratung

■ Tab. 1.1 Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX

- Gesetzliche Krankenkassen
- Bundesagentur für Arbeit
- Gesetzliche Unfallversicherung
- Gesetzliche Rentenversicherung sowie Alterssicherung der Landwirte
- Kriegsopferversorgung und -fürsorge
- Öffentliche Jugendhilfe
- Sozialhilfe

und Unterstützung der Betroffenen in *Gemeinsamen Servicestellen* (§§ 22 ff. SGB IX) sowie durch ein beschleunigtes *Zuständigkeitsklärungsverfahren* (§ 14 SGB IX).

Der Kreis der *Rehabilitationsträger* (vgl. ■ Tab. 1.1) wurde erweitert um die öffentliche Jugendhilfe und die Sozialhilfe, da zu einer umfassenden Teilhabe am Leben in der Gesellschaft neben medizinischen und beruflichen Leistungen zur Rehabilitation in vielen Fällen auch weitere (soziale) Leistungen gehören.

Durch die Zusammenfassung der Rechtsvorschriften zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen wirkt das SGB IX in ähnlicher Weise bereichsübergreifend wie die Regelungen von SGB I, IV und X. Aufgrund der Besonderheiten des gegliederten Systems richten sich die *Zuständigkeiten* und die *Leistungsvoraussetzungen* nach wie vor nach den trägerspezifischen Leistungsgesetzen, d. h. für die Rentenversicherung nach dem SGB VI. Damit werden hohe Anforderungen an Kooperation und Koordination der Träger gestellt. Einerseits müssen die Inhalte der Leistungen nach Art, Intensität und Qualität der eingesetzten Methoden und Verfahren weitgehend gleich gestaltet werden. Andererseits sind darüber hinausgehende, trägerspezifische Leistungskomponenten zu definieren, sofern die Aufgaben eines Rehabilitationsträgers dies im gegliederten System erfordern. Als ein wichtiges Instrument zur Förderung einer reibungslosen Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger wurde die *Pflicht zur Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen* in § 13 SGB IX gesetzlich normiert.

Mit dem SGB IX hat der Gesetzgeber auch den Begriff der *Leistungen zur Teilhabe* eingeführt, die sich unterteilen in

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Von besonderer Tragweite in verfahrensrechtlicher Hinsicht ist die Vorschrift des § 14 SGB IX, die den Rehabilitationsträgern im Interesse der Leistungsberechtigten eine schnelle Zuständigkeitsklärung und Entscheidung

abverlangt; ► Abschn. 1.1.5. Unter bestimmten Voraussetzungen kann sich der Betroffene die erforderlichen Leistungen auch *selbst beschaffen* und die ihm entstandenen Kosten vom zuständigen Leistungsträger einfordern (§ 15 SGB IX). Ferner sind Leistungen zur Teilhabe auch im *Ausland* möglich, wenn sie dort bei zumindest gleicher Qualität und Wirksamkeit wirtschaftlicher ausgeführt werden können (§ 18 SGB IX).

Die gesetzliche Rentenversicherung ist Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie unterhaltssichernden und anderen ergänzenden Leistungen (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX). Hinzu kommen nach § 31 SGB VI die sonstigen Leistungen zur Teilhabe. Im gegliederten System sind diese Leistungen darauf ausgerichtet, den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten entgegenzuwirken oder diese zu überwinden. Dadurch sollen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit des Betroffenen oder sein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindert bzw. seine möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben erreicht werden (§ 9 Abs. 1 S. 1 SGB VI).

Die Rentenversicherung konzentriert sich auf Versicherte, bei denen Leistungen erforderlich sind, um sie zur weiteren Ausübung ihrer Erwerbstätigkeit zu befähigen oder um sie wieder in das Erwerbsleben einzugliedern. Leistungen zur Teilhabe haben grundsätzlich Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreich durchgeführten Leistungen nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind (Grundsatz »Reha vor Rente«, vgl. § 9 Abs. 1 S. 2 SGB VI). Dies gilt während des Bezuges einer Rente entsprechend.

■ Leistungsvoraussetzungen

Leistungspflicht und Kostenträgerschaft der Rentenversicherung sind an das Vorliegen bestimmter *versicherungsrechtlicher und persönlicher Voraussetzungen* (§§ 10 und 11 SGB VI) geknüpft.

Nach § 11 SGB VI sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, wenn einer der folgenden Tatbestände vorliegt:

- Der Versicherte hat im Zeitpunkt der Antragstellung die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt.
- Der Versicherte bezieht bei Antragstellung eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.
- Der überlebende Ehegatte des Versicherten hat Anspruch auf große Witwenrente bzw. Witwenrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation liegen darüber hinaus die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen in den folgenden Fällen vor:

- Der Versicherte hat in den letzten 2 Jahren vor der Antragstellung 6 Kalendermonate Pflichtbeitragszeiten (»6 aus 24 Monate«) erworben.
- Der Versicherte hat innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Rehabilitationsantrag ausgeübt oder ist nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen.
- Der Versicherte ist vermindert erwerbsfähig oder verminderte Erwerbsfähigkeit ist in absehbarer Zeit zu erwarten; die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren ist erfüllt.

Ferner sind für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, wenn von einem der folgenden Tatbestände auszugehen ist:

- Ohne diese Leistungen wäre Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten, d. h. ein solcher Rentenanspruch liegt vor oder droht unmittelbar.
- Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung erforderlich. Die Rentenversicherung ist damit auch für die berufliche Rehabilitation im Einzelfall wesentlich jüngerer Versicherte zuständig, weil hier die o. a. Regel »6 aus 24 Monate« gilt.

Nach § 10 Abs. 1 SGB VI sind die persönlichen Voraussetzungen erfüllt, wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und wenn voraussichtlich durch die Leistungen zur Teilhabe

- bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann,
- bei bereits geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann,
- bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Arbeitsplatz erhalten werden kann.

Für im Bergbau tätige Versicherte enthält § 10 Abs. 2 SGB VI eine Sonderregelung.

Die vorgenannten Rechtsbegriffe sind in den *Auslegungsgrundsätzen der Rentenversicherungsträger zu den persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Leistungen zur Teilhabe und zur Mitwirkung der*

Versicherten i. d. F. vom 18.07.2002 näher definiert. Danach gilt – vorbehaltlich künftiger redaktioneller Anpassungen – folgende Auslegung:

Krankheit. Regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand.

Behinderung. Die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit weicht mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand ab, und daher ist die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt.

Erwerbsfähigkeit. Fähigkeit eines Versicherten, unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihm nach seinen Kenntnissen und Erfahrungen sowie seinen körperlichen und geistigen Fähigkeiten *im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens* bieten, Erwerbseinkommen zu erzielen.

Erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit. Durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen ist *innerhalb von drei Jahren* mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit zu rechnen.

Minderung der Erwerbsfähigkeit. Infolge von gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstandene, erhebliche und länger andauernde Einschränkung der Leistungsfähigkeit, wodurch der Versicherte seine bisherige oder zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit nicht oder nicht mehr ohne wesentliche Einschränkungen ausüben kann.

Wesentliche Besserung. Nicht nur geringfügige oder nicht nur kurzzeitige Steigerung der durch gesundheitliche Beeinträchtigungen geminderten Leistungsfähigkeit des Versicherten im Erwerbsleben. Eine wesentliche Besserung liegt nicht vor, wenn nur eine Linderung des Leidens oder eine sonstige Erleichterung in den Lebensumständen erreicht wird oder volle Erwerbsminderung bestehen bleibt, unbeschadet der Sonderregelungen für Versicherte in einer Werkstatt für Behinderte.

Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Die Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben wird dauerhaft behoben.

Abwenden einer wesentlichen Verschlechterung. Durch die Leistungen zur Teilhabe kann eine weitere, nicht nur geringfügige oder nicht nur kurzzeitige Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten verhindert werden. Dabei kommt es nicht auf ein rentenrechtlich relevantes Absinken der Leistungsfähigkeit an.

Voraussichtlich. Der angestrebte Erfolg wird mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eintreten.

■ Leistungsausschluss

Aus der Aufgabenverteilung im gegliederten System und dem spezifischen Rehabilitationsziel der gesetzlichen Rentenversicherung folgt, dass die Rentenversicherungsträger trotz des Vorliegens der versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen für Versicherte unter bestimmten Umständen nicht originär zuständig sein können. Die Tatbestände, für die ein Leistungsausschluss gesetzlich festgelegt ist (§§ 12, 13 Abs. 2, 3 SGB VI), werden im Folgenden dargestellt:

- Versicherte, die wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers erhalten können. In diesen Fällen sind als Sondersysteme die gesetzliche Unfallversicherung oder die Kriegsopferversorgung leistungszuständig.
- Versicherte, die Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beziehen oder eine solche Rente beantragt haben. Dieser Personenkreis ist aus Altersgründen bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden und insofern nicht mehr Zielgruppe von Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherung. Hierfür sind andere Trägergruppen, insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung zuständig.
- Versicherte, die eine Beschäftigung ausüben, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist, oder die als Bezieher einer Beamtenversorgung oder beamtenähnlichen Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze versicherungsfrei sind. Hierfür muss ein anderes Versorgungssystem eintreten.
- Versicherte, die eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird. Damit werden insbesondere ältere Versicherte, die bereits dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind und durch entsprechende Lohnersatzleistungen auf die Altersrente hingeführt werden, ausgeschlossen. Für diesen Personenkreis kann das Ziel der Leistungen zur Teilhabe der Rentenversicherung, die Verhinderung des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben, nicht mehr erreicht werden.
- Versicherte, die sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilig nach der Strafprozessordnung untergebracht sind. Dies gilt nicht für Versicherte im

erleichterten Strafvollzug bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit. In diesen Fällen obliegt die medizinische Betreuung grundsätzlich der gesetzlichen Krankenversicherung als Leistung der Krankenbehandlung bzw. Krankenhausbehandlung. Die Rentenversicherung kann hier nur ausnahmsweise Leistungen bei akuter Behandlungsbedürftigkeit übernehmen, wenn diese während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation eintritt. Es handelt sich dabei um die sog. interkurrenten Erkrankungen deren Behandlungskosten nach einer Vereinbarung zwischen der gesetzlichen Kranken- und der Rentenversicherung unter bestimmten Voraussetzungen vom Rentenversicherungsträger mitgetragen werden.
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung. Dieser Regelung wird von der Rentenversicherung keine praktische Bedeutung zugemessen, da sich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Krankenhausbehandlungen grundsätzlich ausschließen. Ist eine Krankenhausbehandlung erforderlich, hat diese Vorrang vor einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation.
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die dem allgemein anerkannten Standard medizinischer Erkenntnisse nicht entsprechen.
- Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Ausnahmsweise können diese von der Rentenversicherung übernommen werden, wenn sie während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherung erforderlich werden. Die Rentenversicherung kann in diesen Fällen von der Krankenversicherung Erstattung ihrer Aufwendungen verlangen.

1.1.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Gemäß § 15 Abs. 1 SGB VI erbringen die Träger der Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den §§ 26 bis 31 SGB IX. Ausgenommen sind die Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Die wesentlichen Leistungen ergeben sich aus dem nicht abschließend formulierten Katalog des § 26 Abs. 2 SGB IX (vgl. ■ Tab. 1.2).

Zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz wird nur erbracht, wenn sie unmittelbar und gezielt zur wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, insbesondere zur

■ Tab. 1.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln

- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie
- Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung
- Hilfsmittel
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Ausübung des bisherigen Berufs, erforderlich ist und soweit sie nicht als Leistung der Krankenversicherung oder als vorbeugende Gesundheitshilfe nach SGB XII zu erbringen ist.

Bestandteil der medizinischen Leistungen sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, die zur Erreichung des Rehabilitationszieles erforderlich sein können. Hierzu gehören Hilfen zur Unterstützung bei Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen im Einvernehmen mit den Leistungsberechtigten, Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsstellen, Hilfen zur psychischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz (u. a. Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und Umgang mit Krisensituationen) sowie Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können sowohl stationär als auch ambulant erbracht werden. Die geeignete Form der Leistungen zur Teilhabe hängt vom konkreten Einzelfall ab. Dieser notwendigen Flexibilisierung trägt auch § 19 Abs. 2 SGB IX Rechnung. Hier werden zwar die Vorteile ambulanter Leistungserbringung hervorgehoben, jedoch wird kein strikter Grundsatz »ambulant vor stationär« festgeschrieben, sondern auf den Einzelfall und die persönlichen Umstände abgestellt.

Stationäre Leistungen werden einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal stehen, soweit die Art der Behandlung dies erfordert. Die Einrichtungen werden entweder vom Rentenversicherungsträger selbst betrieben oder es besteht mit ihnen ein Vertrag. Nach § 15 Abs. 3 SGB VI sollen die stationären Leistungen für längstens 3 Wochen erbracht werden.

Eine längere Leistungsdauer ist jedoch möglich, wenn sie aus gesundheitlichen Gründen zum Erreichen des Rehabilitationszieles erforderlich ist. Dies ist z. B. grund-

sätzlich anzunehmen bei psychischen und psychosomatischen sowie Abhängigkeitserkrankungen.

Ambulante Leistungen können eigenständig an die Stelle einer stationären Rehabilitation treten. Ambulante Rehabilitation kann insbesondere sinnvoll sein bei Erkrankungen, für die ein länger dauernder oder wiederholter Rehabilitationsbedarf besteht, bei Erkrankungen, die wechselnde Behandlungsformen notwendig machen, oder in Fällen, die eine enge Einbindung in das berufliche oder familiäre Umfeld erfordern.

Die *Grundsätze und Anwendungsempfehlungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation* vom 31.10.2001 treffen Aussagen zu den Anforderungen an die ambulante Rehabilitation und die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen sowie zu den Zuweisungskriterien. Als Grundlage für den koordinierten Ausbau der ambulanten Rehabilitation dienen die auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vereinbarten *Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation* einschließlich ihrer indikationsspezifischen Konzepte.

■ Anschlussrehabilitation (AHB)

Eine besondere Form der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist die *Anschlussrehabilitation* (Abk. für die gesetzliche Rentenversicherung AHB). Bei festgelegten Indikationen (vgl. ■ Tab. 1.3) kann der Rehabilitationserfolg und damit die dauerhafte Wiedereingliederung des Versicherten in das Erwerbsleben nur erreicht werden, wenn die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im unmittelbaren Anschluss oder in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung durchgeführt werden. Hierfür haben die Rentenversicherungsträger ein vereinfachtes und beschleunigtes Verwaltungsverfahren entwickelt.

Eine Anschlussrehabilitation (AHB) wird in besonders spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen in ambulanter oder stationärer Form durchgeführt. Um sicherzustellen, dass die Behandlung nahtlos an die Behandlung im Akutkrankenhaus erfolgt, wird die Antragstellung bereits während des Aufenthalts im Akutkrankenhaus vorbereitet. Die Überweisung wird entweder durch Absprache mit dem Akutkrankenhaus und der aufnehmenden Rehabilitationseinrichtung oder aber durch eine direkte Beantragung beim Rentenversicherungsträger organisiert. Der enge zeitliche Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung ist auch dann gewahrt, wenn die Anschlussheilbehandlung bereits vom Akutkrankenhaus eingeleitet wurde und der Patient mit ärztlicher Genehmigung zunächst für einen Zwischenaufenthalt nach Hause entlassen wird. Dieser Zwischenaufenthalt sollte jedoch einen Zeitraum von 14 Tagen nicht überschreiten.

■ Tab. 1.3 AHB-Indikationen im Überblick

- Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs
- Krankheiten der Gefäße
- Entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- Degenerativ-rheumatische Krankheiten und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen
- Gastroenterologische Erkrankungen und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen
- Endokrine Krankheiten
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata
- Neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven
- Onkologische Krankheiten
- Gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen am weiblichen Genitale

■ Entwöhnungsbehandlungen

Für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige sowie bei pathologischem Glücksspiel kann die Rentenversicherung ambulante oder stationäre *Entwöhnungsbehandlungen* erbringen, wenn diese unter Einbeziehung der Prognosekriterien, der Motivation des Patienten, seiner sozialen Situation, der bisherigen Entwicklung seines Suchtverhaltens und der Auswertung somatischer und psychischer Befunde aussichtsreich erscheinen. Näheres insbesondere zur Leistungsabgrenzung zur Krankenversicherung ist der *Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen* vom 04.05.2001 zu entnehmen (siehe auch ► Kap. 25).

■ Stufenweise Wiedereingliederung

Mit dem SGB IX wurde die stufenweise Wiedereingliederung als neue Leistung der Rentenversicherung in den Katalog der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe aufgenommen. Durch das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen wurde mit Wirkung zum 1. Mai 2004 die Zuständigkeit der Rentenversicherung erweitert. Seitdem kommt die Weiterzahlung von Übergangsgeld während einer stufenweisen Wiedereingliederung in Betracht, wenn diese im unmittelbaren Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erforderlich ist (§ 51 Abs. 5 SGB IX).

1.1.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 16 SGB VI i. V. m. §§ 33–38, 40 SGB IX werden erbracht, um die Erwerbsfähigkeit behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähig-

■ **Tab. 1.4** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
– Leistungen an Versicherte

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich der Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen. Hierzu gehören u. a. auch Kraftfahrzeughilfen, Hilfsmittel oder technische Arbeitshilfen sowie Wohnungskosten.
- Berufsvorbereitung, einschließlich der wegen einer Behinderung erforderlichen Grundausbildung
- Individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung
- Berufliche Ausbildung sowie berufliche Anpassung und Weiterbildung, einschließlich eines bei Inanspruchnahme dieser Leistungen erforderlichen schulischen Abschlusses
- Gründungszuschuss
- Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz für schwerbehinderte Menschen als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes (z. B. Vorlesekraft für Blinde)
- Sonstige Hilfen zur Förderung der Teilnahme am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen oder zu erhalten.

keit zu erhalten, zu verbessern oder (wieder)herzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern (vgl. ■ Abb. 1.1).

■ Leistungen an Versicherte

Nach § 33 SGB IX ergeben sich folgende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Versicherte (vgl. ■ Tab. 1.4).

Bei der Auswahl der Leistungen sind die Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit des Versicherten und die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen zu berücksichtigen. Soweit erforderlich, wird die berufliche Eignung geklärt oder eine Arbeitserprobung durchgeführt. Deren Kosten sowie die erforderlichen Reisekosten, Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten übernimmt die Rentenversicherung.

Die Dauer der Leistungen hängt von der vorgeschriebenen oder allgemein üblichen Zeitdauer ab, die erforderlich ist, um das angestrebte Teilhabeziel zu erreichen. Bei ganztägigem Unterricht soll eine Weiterbildung in der Regel nicht länger als zwei Jahre dauern, es sei denn, dass das Teilhabeziel nur über eine länger dauernde Leistung erreicht oder die Eingliederungsaussicht nur durch eine länger dauernde Leistung wesentlich verbessert werden kann.

Stationäre Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden in Berufsbildungswerken, Berufsförderungswerken und vergleichbaren Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation erbracht, soweit die Art und Schwere der Behinderung oder die Sicherung des Erfolges dies erfordern.

■ Leistungen an Arbeitgeber

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können auch als Zuschüsse an Arbeitgeber erbracht werden, insbesondere als

- Ausbildungszuschüsse für betriebliche Bildungsleistungen,
- Eingliederungszuschüsse,
- Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb,
- teilweise oder volle Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung.

■ Werkstatt für behinderte Menschen

Können Versicherte aufgrund der Art und Schwere ihrer Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerbstätig sein, kann die Rentenversicherung Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im *Eingangsverfahren* und/oder *Berufsbildungsbereich* einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) erbringen. Die Voraussetzungen sowie die Dauer der Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich einer WfbM sind in den §§ 40, 42 SGB IX geregelt.

Für die Erbringung von Leistungen zur beruflichen Teilhabe im *Arbeitsbereich* einer WfbM sind die Träger der Unfallversicherung, der Kriegsopferfürsorge oder der öffentlichen Jugendhilfe zuständig sowie im Übrigen die Träger der Sozialhilfe.

1.1.3 Ergänzende Leistungen

Ergänzende Leistungen können von der Rentenversicherung nur im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und insofern nicht selbständig erbracht werden. Sie bestehen insbesondere aus finanziellen Zuwendungen.

Nach dem durch das Inkrafttreten des SGB IX neu gefassten § 28 SGB VI werden die Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherung außer durch das Übergangsgeld durch die Leistungen nach § 44 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 und Abs. 2 sowie §§ 53 und 54 SGB IX ergänzt (vgl. ■ Tab. 1.5). Das SGB IX hat damit die früher bestehenden, z. T. voneinander abweichenden Vorschriften der einzelnen Rehabilitationsträger zu den ergänzenden Leistungen

■ **Tab. 1.5** Ergänzende Leistungen

- Übergangsgeld
- Beiträge und Beitragszuschüsse zur Sozialversicherung
- Ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, einschließlich Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen
- Ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung
- Reisekosten
- Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten

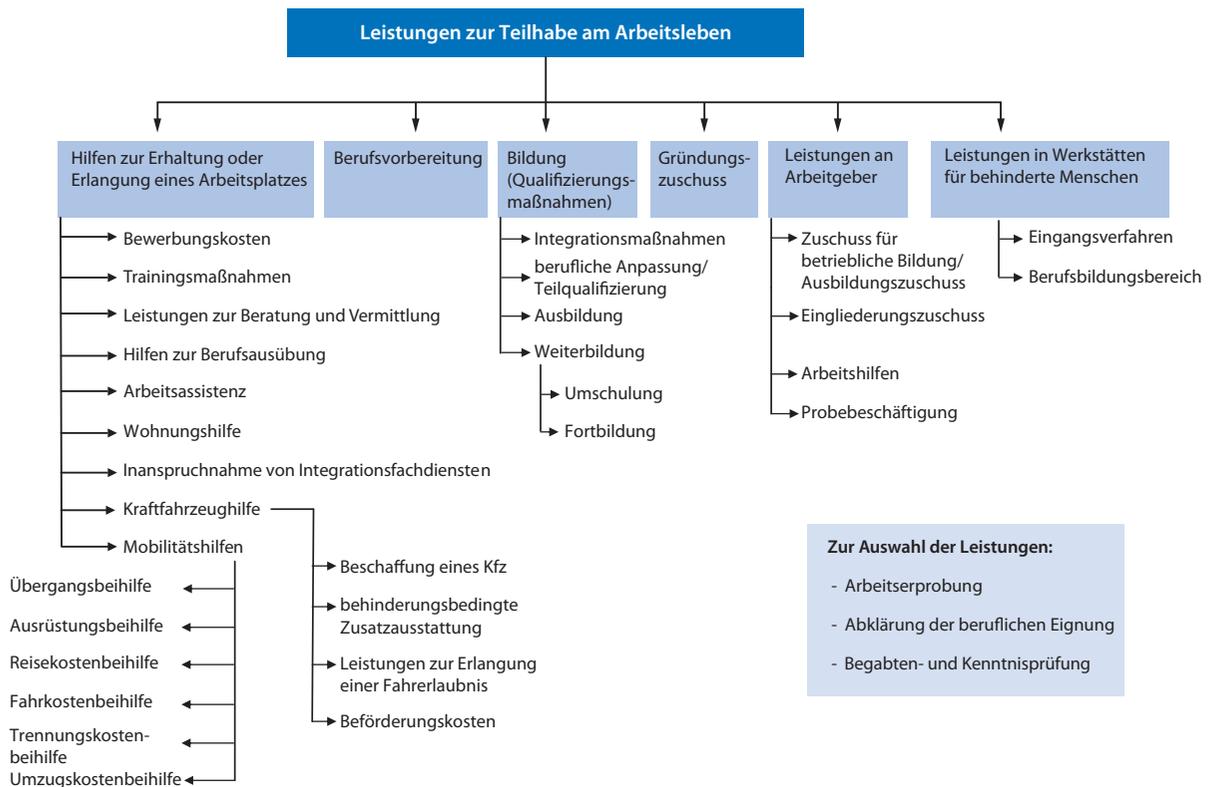


Abb. 1.1 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

zusammengefasst und einheitliche Rechtsgrundlagen geschaffen.

Übergangsgeld

Das Übergangsgeld ist eine Barleistung zur Sicherung der wirtschaftlichen Existenz als Ausgleich für entgangenes Einkommen während bzw. im Zusammenhang mit einer Leistung zur Teilhabe. Die Anspruchsvoraussetzungen, Berechnung und Zahlungsweise des Übergangsgeldes sind in den §§ 20 und 21 SGB VI sowie den §§ 45 bis 52 SGB IX geregelt.

Das Übergangsgeld in der gesetzlichen Rentenversicherung basiert bei versicherungspflichtig Beschäftigten, freiwillig Versicherten und pflichtversicherten Selbständigen auf der zu ermittelnden Berechnungsgrundlage. Diese richtet sich im Allgemeinen nach den letzten Arbeitseinkünften sowie bestimmten persönlichen Voraussetzungen. Die Höhe des Übergangsgeldes hängt davon ab, ob der Leistungsempfänger mindestens ein Kind i. S. d. § 32 Abs. 1, 3–5 Einkommensteuergesetz hat oder ob sein Ehegatte oder Lebenspartner einer Erwerbstätigkeit nicht nachgehen kann, weil er den Leistungsempfänger pflegt oder selbst der Pflege bedarf und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat. Das Übergangsgeld beträgt in diesen Fällen 75 v. H. und für die üb-

rigen Leistungsempfänger 68 v. H. der maßgebenden Berechnungsgrundlage.

Die leistungsrechtlichen Vorschriften zum Übergangsgeld sind in einem *Gemeinsamen Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld* kommentiert.

Rehabilitationssport und Funktionstraining

Um die Behandlungsergebnisse von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation langfristig zu sichern, ist im unmittelbaren Anschluss daran die ärztliche Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining möglich (§ 28 SGB VI i. V. m. §§ 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX). Diese umfassen bewegungstherapeutische Übungen, die als Gruppenbehandlung unter ärztlicher Betreuung im Rahmen regelmäßiger Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Die Übungen müssen auf Art oder Schwere der Behinderung einerseits sowie auf den gesundheitlichen Allgemeinzustand des Einzelnen andererseits abgestimmt sein.

Eine Erweiterung hat sich durch die eigens durch das SGB IX aufgenommene Zielsetzung ergeben, im Rahmen des Rehabilitationssports dem besonderen Hilfebedarf und den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen

■ Tab. 1.6 Sonstige Leistungen

- Leistungen zur Eingliederung in das Erwerbsleben
- Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit
- Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen
- Kinderrehabilitation
- Zuwendungen an bestimmte Einrichtungen

durch Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins (sog. Selbstbehauptungskurse) Rechnung zu tragen.

1.1.4 Sonstige Leistungen

Abgesehen von den vorgenannten Leistungen können die Träger der Rentenversicherung *sonstige Leistungen zur Teilhabe* nach § 31 Abs. 1 Nr. 1–5 SGB VI erbringen (vgl.

■ Tab. 1.6).

Mit Ausnahme der stationären Leistungen zur Eingliederung sowie der Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen sind die Aufwendungen für die sonstigen Leistungen budgetiert. Sie dürfen im Kalenderjahr 7,5 v. H. der Haushaltsansätze für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die ergänzenden Leistungen nicht übersteigen.

Entsprechend der Vorgabe des Gesetzgebers haben die Rentenversicherungsträger zwecks einheitlicher Gewährung der in § 31 Abs. 1 Nr. 1–5 SGB VI geregelten sonstigen Leistungen *Gemeinsame Richtlinien* verabschiedet.

■ Leistungen zur Eingliederung in das Erwerbsleben

Als Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben kommen Leistungen zur Rehabilitationsvorbereitung und -nachsorge in Betracht sowie weitere Leistungen, die erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern; vgl. die *Gemeinsamen Richtlinien nach § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI*. Diese sind in ambulanter oder stationärer Form möglich und setzen das Vorliegen der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen voraus.

■ Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit

Zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit können nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI medizinische Leistungen erbracht werden für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben. Damit kann die Rentenversicherung auch präventiv tätig werden, ohne den Nachweis einer erheblichen Gefährdung oder bereits eingetretenen Minderung der Erwerbsfähigkeit. Voraussetzung ist allerdings, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen

vorliegen. Als besonders gesundheitsgefährdend sind Beschäftigungen mit außergewöhnlich schweren körperlichen oder psychischen Belastungen anzusehen, wenn bei entsprechender Disposition erhöhte Erkrankungsgefahr besteht. Näheres ist den *Gemeinsamen Richtlinien nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI* zu entnehmen.

■ Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen

Nach § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI können die Rentenversicherungsträger Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen (sog. onkologische Nachsorgeleistungen) erbringen.

Der Kreis der Leistungsberechtigten ist weiter als bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und schließt neben Versicherten auch Rentenbezieher sowie ihre Angehörigen ein.

Die *Gemeinsamen Richtlinien nach § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI (CA-Richtlinien)* enthalten die notwendigen Leistungsvoraussetzungen und -inhalte. Für Versicherte gelten die gleichen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen wie bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 11 SGB VI); allerdings reicht anstelle einer Wartezeit von 15 Jahren die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren aus. Die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI müssen demgegenüber nicht vorliegen. Es ist also nicht erforderlich, dass durch die onkologischen Nachsorgeleistungen die Erwerbsfähigkeit des Patienten voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert, wiederhergestellt oder eine wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann. Ausreichend ist vielmehr, dass die durch die Tumorerkrankungen oder deren Therapie bedingten körperlichen, seelischen, sozialen und beruflichen Behinderungen positiv beeinflussbar sind. Ferner muss die Diagnose geklärt und eine vorher stattgefunden operative oder Strahlentherapie abgeschlossen sein. Der Patient muss für die onkologischen Nachsorgeleistungen ausreichend belastbar sein und sollte in der Regel allein reisefähig sein.

Die Leistungen umfassen gezielte diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die geeignet sind, zur Stabilisierung oder Besserung des Gesundheitszustandes beizutragen und insbesondere Funktionsstörungen zu beseitigen oder auszugleichen. Sie können auch als Anschlussheilbehandlung durchgeführt werden.

Die Leistungsgewährung ist nach den *CA-Richtlinien* bis zum Ablauf eines Jahres nach einer beendeten Primärbehandlung möglich, bei erheblichen Funktionsstörungen im Einzelfall auch bis zum Ablauf von zwei Jahren danach.

■ Kinderrehabilitation

Kinder von Versicherten, Beziehern einer Rente wegen Alters oder wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und Bezieher einer Waisenrente können nach § 31 Abs. 1 Nr. 4

SGB VI stationäre Kinderheilbehandlungen von der Rentenversicherung erhalten, wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung ihrer Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit hat. Die Rentenversicherungsträger haben hierzu *Gemeinsame Richtlinien nach § 31 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI (Kinderheilbehandlungsrichtlinien)* festgelegt.

Bei akuten Krankheiten und Infektionskrankheiten ist nicht die Rentenversicherung, sondern die Krankenversicherung für die Durchführung der Kinderheilbehandlung leistungszuständig.

Die Leistungen umfassen insbesondere die Gewährung von ärztlicher und nichtärztlicher Therapie, Pflege und Versorgung mit Medikamenten, Unterkunft und Verpflegung in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen sowie Übernahme von Reisekosten und sonstigen notwendigen Nebenkosten. Auch die Unterbringung einer Begleitperson kann aus medizinischen Gründen zu Lasten der Rentenversicherung erfolgen.

■ Zuwendungen an bestimmte Einrichtungen

Als sonstige Leistungen nach § 31 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI kann die Rentenversicherung finanzielle Zuwendungen für Einrichtungen erbringen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern. Näheres ist in den *Zuwendungsrichtlinien* geregelt.

1.1.5 Verfahren

Antrag und Zuständigkeitsklärung

■ Antrag

Leistungen zur Teilhabe setzen grundsätzlich einen Antrag voraus. Sie können allerdings auch von Amts wegen erbracht werden, wenn die Versicherten dem zustimmen (§ 115 Abs. 1, 4 SGB VI).

Die Anträge können unmittelbar beim zuständigen Rentenversicherungsträger, aber auch bei den übrigen Rehabilitationsträgern sowie bei den Gemeinsamen Servicestellen wirksam gestellt werden. Zur Antragsannahme sind alle Sozialleistungsträger sowie Gemeinden befugt. Sie sind verpflichtet, den Antrag unverzüglich an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten.

■ Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX

Zur Beschleunigung des Antragsverfahrens hat der Gesetzgeber in § 14 SGB IX ein *fristenabhängiges Zuständigkeitsklärungsverfahren* eingeführt. Dieses tritt an die Stelle des früheren Systems der vorläufigen Leistungsverpflichtung bei ungeklärter Zuständigkeit. Damit soll gewährleistet werden, dass der Leistungsberechtigte seine erforderliche

Leistungsleistung möglichst rasch erhält. Schwierigkeiten hinsichtlich der zum Teil recht zeitaufwändigen Abklärung der Leistungszuständigkeit eines Rehabilitationsträgers gehen nicht (mehr) zu Lasten des Antragstellers, sondern werden erst im Nachhinein im Rahmen des Erstattungsrechts gelöst.

Erstangegangener Träger. Wird ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei einem Rehabilitationsträger gestellt, hat dieser als erstangegangener Träger wie folgt zu verfahren:

1. Feststellung der Zuständigkeit

Er hat innerhalb von zwei Wochen festzustellen, ob er nach seinem spezifischen Leistungsgesetz für die beantragten Leistungen sachlich und örtlich zuständig ist. Der Rentenversicherungsträger ist also gehalten, die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen, etwaige Ausschlussgründe sowie seine örtliche Zuständigkeit binnen zwei Wochen ab Antragseingang zu klären.

Hält sich der erstangegangene Träger für unzuständig, leitet er den Antrag unverzüglich an den aus seiner Sicht zuständigen (und nunmehr zweitangegangenen) Träger weiter. Andernfalls hat er umgehend den Rehabilitationsbedarf festzustellen und ggf. eine hierfür erforderliche Begutachtung in die Wege zu leiten.

Eine Sonderregelung besteht für die Fälle, in denen die Zuständigkeit von der *Ursache einer Behinderung* (Arbeitsunfall, Berufskrankheit) abhängt. Hier hat der erstangegangene Rehabilitationsträger den Antrag dem Rehabilitationsträger zuzuleiten, der für die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung zuständig wäre.

2. Feststellung des Rehabilitationsbedarfs

Die sozialmedizinische Sachaufklärung hat in der Regel zwei Aufgabenstellungen: Zum einen gilt es, den Rehabilitationsbedarf festzustellen und zum anderen das Vorliegen der medizinischen/persönlichen Voraussetzungen zu prüfen, bei der gesetzlichen Rentenversicherung im Sinne des § 10 SGB VI.

Das SGB IX bezieht sich mit § 14 Abs. 2 Satz 1 i. V. m. Abs. 5 lediglich auf die Feststellung des Rehabilitationsbedarfes durch ein ggf. notwendiges Gutachten. Dazu sieht § 14 Abs. 5 Satz 6 SGB IX vor, dass die in dem Gutachten getroffenen Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf den Entscheidungen der (also aller ggf. beteiligten) Rehabilitationsträger zugrunde gelegt werden und nicht nur der Entscheidung des Trägers, der das Gutachten in Auftrag gegeben hat.

Die sozialmedizinische Begutachtung hat insofern umfassend und unter Berücksichtigung aller sozialmedizinischen Aspekte zu erfolgen. Damit sollen unnötige, verfahrensverzögernde und den Betroffenen belastende Mehrfachbegutachtungen vermieden werden; siehe auch § 96 SGB X. Bestehen jedoch aus Sicht des Trägers Zweifel

an der sozialmedizinischen Begutachtung oder haben die gutachterlichen Fragestellungen für die Entscheidung keine Relevanz (mehr), so steht es ihm nach dem Grundsatz der unabhängigen Beweiswürdigung frei, z. B. ein Zusatzgutachten oder Zweitgutachten einzuholen.

Ist eine *Begutachtung* erforderlich, hat der Rehabilitationsträger nach § 14 Abs. 5 SGB IX dem Antragsteller in der Regel drei geeignete Sachverständige zur Auswahl zu benennen, die möglichst wohnortnah erreichbar und entsprechend dem individuellen Bedarf barrierefrei zugänglich sind. Laut Gesetz sind hierbei auch die bestehenden sozialmedizinischen Dienste zu berücksichtigen. Die Pflicht zur Benennung von drei Sachverständigen bezieht sich nur auf externe Gutachter. Greifen Rentenversicherungsträger auf eigene sozialmedizinische Dienste zurück, ist eine entsprechende Gutachterbenennung nicht erforderlich. Das Gutachten ist innerhalb von zwei Wochen zu erstellen. Von den Rehabilitationsträgern ist darauf hinzuwirken, dass die Begutachtung unverzüglich – spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Beauftragung – erfolgt.

3. Entscheidung über den Antrag

Über den Antrag ist innerhalb von drei Wochen nach Eingang zu entscheiden, sofern der Rehabilitationsbedarf anhand der vorliegenden Unterlagen ohne ein (weiteres) Gutachten festgestellt werden kann. Ist ein Gutachten erforderlich, ergeht die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens.

Zweitangegangener Träger. Für diesen gelten die gleichen Entscheidungsfristen wie für den erstangegangenen Träger. Er kann sich jedoch nicht auf eine fehlende Zuständigkeit berufen, da diese mit der Weiterleitung des Antrags an ihn als gegeben normiert ist. Er *muss* demnach leisten, sofern ein Rehabilitationsbedarf besteht. Eine Rückgabe oder eine erneute Weiterleitung des Antrags ist grundsätzlich ausgeschlossen. Kann allerdings der zweitangegangene Träger für die beantragte Leistung nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX sein, klärt er unverzüglich mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger, von wem und in welcher Weise über den Antrag entschieden wird und unterrichtet hierüber den Antragsteller.

Erstattung. Die Prüfung der spezifischen Leistungsvoraussetzungen des zweitangegangenen Rehabilitationsträgers (für die Rentenversicherung nach den §§ 10, 11, 12, 13 SGB VI) ist nachgelagert – nach Leistungsbewilligung – durchzuführen. Im Falle seiner Unzuständigkeit erhält der zweitangegangene Träger die ihm entstandenen Aufwendungen vom eigentlich zuständigen Träger erstattet.

Über die Ausgestaltung des Zuständigkeitsklärungsverfahrens nach § 14 SGB IX ist von den Rehabilitationsträgern auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für

Rehabilitation (BAR) eine *Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung* vereinbart worden.

Aufforderung zur Reha-Antragstellung

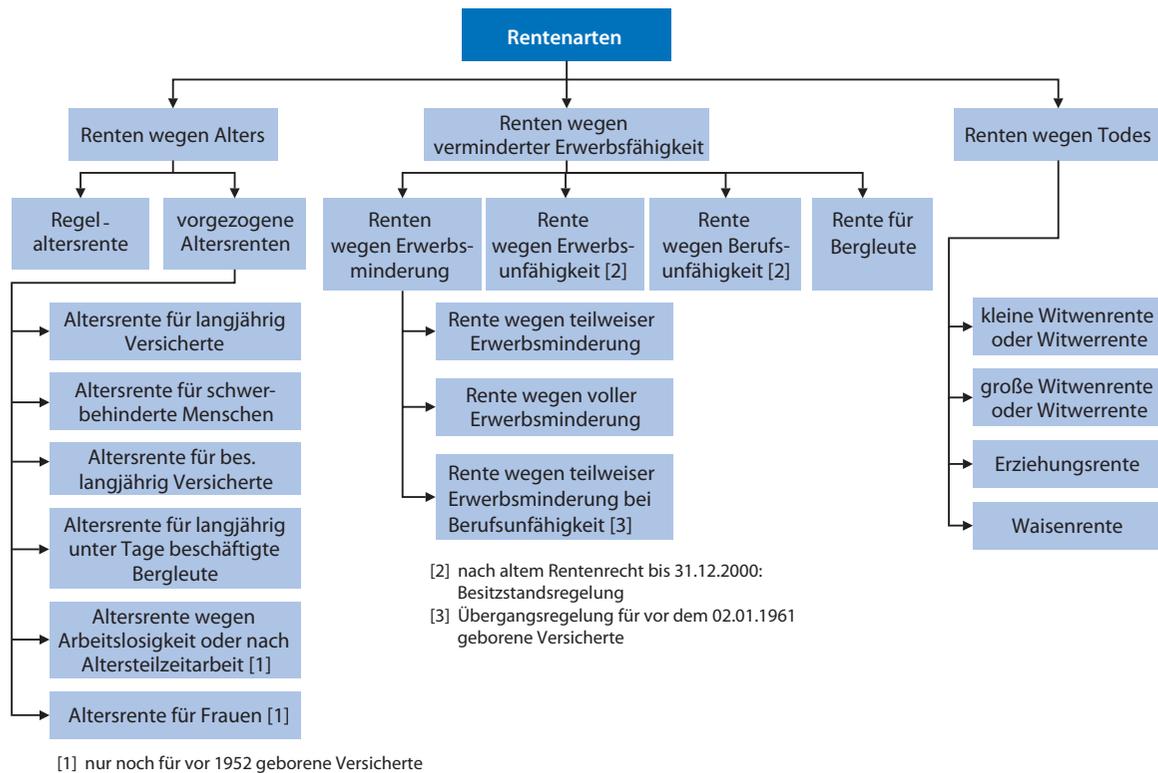
In bestimmten, gesetzlich definierten Fällen kann ein Versicherter durch die Krankenkasse (§ 51 Abs. 1 SGB V) oder die Arbeitsagentur (§ 125 Abs. 2 SGB III) aufgefordert werden, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei der Rentenversicherung zu stellen.

Nach § 51 Abs. 1 SGB V kann die Krankenkasse einen Versicherten, dessen Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, zu einem Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der Rentenversicherung auffordern. Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht nach, entfällt sein Anspruch auf Krankengeld bis zu dem Tag, an dem die Antragstellung nachgeholt wird. Näheres für die Verfahrenspraxis regeln die *Empfehlungen zur Anwendung des § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V*.

Nach § 125 Abs. 1 SGB III hat ein Arbeitsloser auch dann Anspruch auf Arbeitslosengeld, wenn ihm wegen einer nicht nur vorübergehenden Minderung seiner beruflichen Leistungsfähigkeit (mehr als 6 Monate) eine regelmäßige Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts (mindestens 15 Wochenstunden) nicht zumutbar ist. In diesen Fällen soll ihn das Arbeitsamt auffordern, binnen eines Monats einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der Rentenversicherung zu stellen. Tut er dies nicht, ruht sein Anspruch auf Arbeitslosengeld bis zum Tag der nachgeholtten Antragstellung (§ 125 Abs. 2 SGB III).

Umdeutung des Reha-Antrags in einen Rentenanspruch

Nach § 116 Abs. 2 SGB VI gilt ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben als Antrag auf Rente, wenn Versicherte vermindert erwerbsfähig sind und ein Erfolg der Rehabilitationsleistung nicht zu erwarten ist oder Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nicht erfolgreich gewesen sind, weil sie die verminderte Erwerbsfähigkeit nicht verhindert haben. Sofern Übergangsgeld gezahlt worden ist und nachträglich für denselben Zeitraum der Anspruch auf eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit festgestellt wird, gilt dieser Anspruch bis zur Höhe des gezahlten Übergangsgeldes als erfüllt. Übersteigt das Übergangsgeld den Betrag der Rente, kann der übersteigende Betrag nicht zurückgefordert werden. Näheres zur Umdeutung siehe ► Abschn. 1.2.1.



■ Abb. 1.2 Rentenarten

1.2 Renten

Uwe Chojetzki

Die gesetzliche Rentenversicherung bietet Schutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von »Erwerbsminderung«, »Alter« und »Tod unter Hinterlassung von Hinterbliebenen«. Dementsprechend gehören zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Rentenversicherung Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Renten wegen Alters und Renten wegen Todes (siehe auch ■ Abb. 1.2). Als monatlich wiederkehrende Geldleistungen haben die Renten die Aufgabe, die finanziellen Folgen bereits eingetretener Risiken auszugleichen.

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind:

- Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung (§ 43 SGB VI)
- Rente wegen voller Erwerbsminderung (§ 43 SGB VI)
- Rente für Bergleute (§ 45 SGB VI)
- Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit (§ 240 SGB VI)
- Rente wegen Berufsunfähigkeit (§ 43 SGB VI in der bis 31.12.2000 geltenden Fassung)
- Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (§ 44 SGB VI in der bis 31.12.2000 geltenden Fassung)

Renten wegen Alters sind:

- Regelaltersrente (§§ 35, 235 SGB VI)
- Altersrente für langjährig Versicherte (§§ 36, 236 SGB VI)
- Altersrente für schwerbehinderte Menschen (§§ 37, 236a SGB VI)
- Altersrente für besonders langjährig Versicherte (§ 38 SGB VI)
- Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute (§§ 40, 238 SGB VI)
- Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit (§ 237 SGB VI, nur noch für vor 1952 geborene Versicherte)
- Altersrente für Frauen (§ 237a SGB VI, nur noch für vor 1952 geborene Versicherte)

Renten wegen Todes sind:

- kleine Witwenrente oder Witwerrente (§ 46 SGB VI)
- große Witwenrente oder Witwerrente (§ 46 SGB VI)
- Erziehungsrente (§ 47 SGB VI)
- Waisenrente (§ 48 SGB VI)

Wie Leistungen zur Teilhabe werden auch Renten nur dann geleistet, wenn bestimmte versicherungsrechtliche und persönliche Voraussetzungen erfüllt sind. Auf Renten wegen Alters und Renten wegen Todes wird nachfolgend

nur eingegangen, soweit ein sozialmedizinischer Bezug besteht.

1.2.1 Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sollen den teilweisen oder vollen Verlust der Erwerbsfähigkeit infolge Krankheit oder Behinderung finanziell ausgleichen. Von praktischer Bedeutung sind vor allem die Renten wegen teilweiser sowie voller Erwerbsminderung und die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Die Rente für Bergleute ist eine Leistung der knappschaftlichen Rentenversicherung u. a. für Versicherte, die im Bergbau vermindert berufsfähig sind, d. h. wegen Krankheit oder Behinderung eine knappschaftliche Beschäftigung nicht mehr ausüben können. Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit waren nach dem bis 2000 geltenden Recht zu erbringen und haben nur noch im Rahmen von Übergangsregelungen Bedeutung.

Rehabilitation vor Rente. Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie großer Witwen-/Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, die bei erfolgreich abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind. Dieser kurz »Reha vor Rente« genannte Grundsatz ist für alle Leistungsträger in § 8 Abs. 2 SGB IX und speziell für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung in § 9 Abs. 1 SGB VI verankert. Vor der Bewilligung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ist daher stets zu prüfen, ob die festgestellte Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben behoben oder wesentlich gebessert werden kann. Es müssen alle Möglichkeiten genutzt werden, leistungsgeminderte Versicherte wieder in das Erwerbsleben zu integrieren. Besteht bei teilweiser Erwerbsminderung keine Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit, können Versicherten, die einen Arbeitsplatz innehaben, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gewährt werden, um den Arbeitsplatz zu erhalten.

Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit nach dem bis zum 31.12.2000 geltenden Recht (§§ 43, 44 SGB VI)

Mit der Rentenreform 1957 wurde der Begriff der Invalidität durch Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit abgelöst. Diese Unterscheidung, die auch in dem mit der Rentenreform 1992 in Kraft getretenen SGB VI beibehalten wurde, sollte dem Umstand Rechnung tragen, dass

es Versicherte gibt, die trotz einer Minderung ihrer Leistungsfähigkeit noch in der Lage sind, erwerbstätig zu sein und Einkommen zu erzielen.

Eine Rente wegen Berufsunfähigkeit (BU-Rente) wurde gewährt bei einer Einbuße der Erwerbsfähigkeit im bisherigen Beruf bzw. einer zumutbaren Verweisungstätigkeit um mehr als die Hälfte (§ 43 SGB VI a. F.). Bei dieser Rente wurde unterstellt, dass der betroffene Versicherte sein Restleistungsvermögen noch in Erwerbseinkommen umsetzen kann. Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (EU-Rente) erhielten Versicherte, die auf nicht absehbare Zeit außerstande waren, noch irgendeine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder mehr als ein geringfügiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen (§ 44 SGB VI a. F.), oder bei denen bei Arbeitslosigkeit bzw. Beschäftigungslosigkeit der Teilzeitarbeitsmarkt als verschlossen anzusehen war. Die Erwerbsunfähigkeitsrente wurde deshalb mit dem Rentenartfaktor 1,0 berechnet, der auch bei einer Rente wegen Alters maßgebend ist. Die Rente wegen Berufsunfähigkeit war demgegenüber mit dem Rentenartfaktor 0,6667 um ein Drittel geringer.

Mit dem Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20.12.2000 wurde das Recht der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zum 01.01.2001 grundlegend reformiert. Die bisherigen Renten wegen Berufsunfähigkeit- bzw. Erwerbsunfähigkeit wurden durch eine zweistufige Erwerbsminderungsrente ersetzt. Für Versicherte, die am 31.12.2000 bereits Anspruch auf eine Rente wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit hatten, wurde das bisherige Recht beibehalten: Der Anspruch auf Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente besteht bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze weiter, solange die Voraussetzungen vorliegen. Wurde die Rente befristet gewährt, bleibt auch bei einer Verlängerung der Rente das bis zum 31.12.2000 geltende Recht maßgebend, sofern sich der neue Anspruchszeitraum nahtlos an den vorherigen anschließt (§§ 302b, 314b SGB VI).

Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung nach dem ab 01.01.2001 geltenden Recht (§ 43 SGB VI)

■ Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Vor Eintritt der Erwerbsminderung muss die allgemeine Wartezeit (Mindestversicherungszeit) von fünf Jahren erfüllt sein. Außerdem müssen die Versicherten in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung mindestens drei Jahre Pflichtbeitragszeiten für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (§ 43 Abs. 1, 2 SGB VI). Zu diesen Pflichtbeitragszeiten gehören auch Zeiten, in denen wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II Versicherungspflicht bestand.

■ Persönliche Voraussetzungen: Teilweise oder volle Erwerbsminderung

Der Versicherte muss wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sein, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden bzw. mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 1, 2 SGB VI). Bei einem 3- bis unter 6-stündigen Leistungsvermögen liegt teilweise Erwerbsminderung, bei einem weniger als 3-stündigen Leistungsvermögen liegt volle Erwerbsminderung vor.

■ Ausgangspunkt Erwerbsfähigkeit

Die Erwerbsfähigkeit des Versicherten ist Ausgangspunkt für die Prüfung, ob ein Leistungsfall der Erwerbsminderung eingetreten ist. Wie schon die RVO enthält auch das SGB VI keine Definition des Begriffs »Erwerbsfähigkeit«, sondern lediglich verschiedene Kriterien der »Minderung« der Erwerbsfähigkeit. In Rechtsprechung und Literatur wird unter Erwerbsfähigkeit die Fähigkeit des Versicherten verstanden, durch Ausübung einer Tätigkeit dem Lebensunterhalt dienendes Entgelt zu erzielen.

Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit setzt voraus, dass sie zunächst in vollem Umfang bestanden und sich erst im Laufe der Zeit verringert hat. Eine Leistungseinschränkung, die bereits bei Eintritt in die Versicherung vorhanden war (sog. eingebrachtes Leiden), kann grundsätzlich nicht zu einem Rentenanspruch führen, solange keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist.

■ Ursachen und Dauer der Erwerbsminderung

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit muss auf Krankheit oder Behinderung zurückzuführen sein. Zu den durch die Rentenversicherung geschützten Risiken gehört nicht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit, die auf anderen als gesundheitlichen Gründen beruht. Sind z. B. berufliche Fähigkeiten mangels deutscher Sprachkenntnisse nicht verwertbar oder sind Berufserfahrungen nutzlos geworden, weil bestimmte Produktionsverfahren grundlegend umgestellt wurden, so hat beim Verlust des Arbeitsplatzes die Arbeitslosenversicherung für den Versicherten einzutreten. Veränderungen der körperlichen Leistungsfähigkeit als Folge des normalen Alterungsprozesses sind ebenfalls nicht als Krankheit oder Behinderung anzusehen. Eine Erwerbsminderung ist erst dann rentenrechtlich relevant, wenn das Leistungsvermögen trotz Ausschöpfens aller therapeutischen Möglichkeiten auf »nicht absehbare Zeit« eingeschränkt ist. Hierunter ist ein Zeitraum von mehr als sechs Monaten zu verstehen.

■ Umfang der Erwerbsminderung

Bei der Prüfung, ob eine Erwerbsminderung vorliegt, kommt es anders als im Recht der sozialen Entschädi-

gung, im Schwerbehindertenrecht und im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung nicht auf einen Grad der Leistungsminderung, sondern auf das *verbliebene individuelle Restleistungsvermögen* an. Dieses Restleistungsvermögen ist im Wege der sozialmedizinischen Begutachtung festzustellen. Die Ermittlungen haben sich auf das positive und negative Leistungsvermögen zu erstrecken (Näheres hierzu in ► Abschn. 5.2.6).

Zu unterscheiden sind drei Stufen des quantitativen (zeitlichen) Leistungsvermögens, an die sich jeweils unterschiedliche rechtliche Konsequenzen knüpfen:

Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein, sind *voll erwerbsgemindert* (§ 43 Abs. 2 SGB VI).

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, also bei einem weniger als 3-stündigen Leistungsvermögen, erhält der Versicherte eine *Rente wegen voller Erwerbsminderung*. Die Grenze von drei Stunden entspricht der Geringfügigkeitsgrenze in der Arbeitslosenversicherung und wurde gewählt, um die Nahtlosigkeit zwischen den Regelungen der Rentenversicherung und der Arbeitslosenversicherung zu gewährleisten. Die Höhe der vollen Erwerbsminderungsrente orientiert sich mit dem Rentenartfaktor 1,0 an der Höhe einer Altersrente (§ 67 Nr. 3 SGB VI).

Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein, sind *teilweise erwerbsgemindert* (§ 43 Abs. 1 SGB VI).

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, also bei einem 3- bis unter 6-stündigen Leistungsvermögen, wird grundsätzlich eine *Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung* geleistet. Diese Rente hat – wie die frühere Berufsunfähigkeitsrente – keine volle Lohnersatzfunktion. Sie wird in Höhe der Hälfte der vollen Erwerbsminderungsrente gezahlt (Rentenartfaktor: 0,5; § 67 Nr. 2 SGB VI). Ausgegangen wird davon, dass die betroffenen Versicherten zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes weiteres Einkommen erzielen. Wenn aber für den Versicherten bei Arbeitslosigkeit oder Beschäftigungslosigkeit der Teilzeitarbeitsmarkt verschlossen ist, besteht nach der von der Rechtsprechung entwickelten »konkreten Betrachtungsweise« ein Anspruch auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann, ist nach der gesetzlichen Konzeption *nicht erwerbsgemindert* (§ 43 Abs. 3 SGB VI). Von Versicherten mit einem entsprechenden Leistungsvermögen wird erwartet, dass sie einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Finden sie keinen Arbeitsplatz, so fällt dies in den Risikobereich der Arbeitslosenversicherung.

Bei bestimmten qualitativen Leistungseinschränkungen ist allerdings nach der Rechtsprechung unter Umständen auch dann von einer vollen Erwerbsminderung auszugehen, wenn das Leistungsvermögen zeitlich gesehen sechs Stunden und mehr beträgt. Auf einige dieser Leistungseinschränkungen (Erfordernis zusätzlicher unüblicher Arbeitspausen, fehlende Wegefähigkeit, »schwere spezifische Leistungsbehinderung«, »Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen«) wird unten im Zusammenhang mit den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes eingegangen.

■ ■ Erwerbstätigkeit auf Kosten der Gesundheit

Einen hohen Beweiswert misst die Rechtsprechung der tatsächlichen Ausübung einer Erwerbstätigkeit bei. Sie kann ein ärztliches Gutachten, nach dem eine Erwerbsminderung besteht, widerlegen. Wird eine Erwerbstätigkeit dagegen »auf Kosten der Gesundheit« ausgeübt, steht dies einem Rentenanspruch nicht entgegen. Eine die Erwerbsminderung nicht ausschließende Erwerbstätigkeit auf Kosten der Gesundheit liegt vor, wenn die Tätigkeit unter unzumutbaren Schmerzen oder einer unzumutbaren Anspannung der Willenskraft verrichtet wird oder für den Versicherten nach ärztlicher Prognose bei weiterer Arbeit in absehbarer Zeit eine Verschlimmerung einzutreten droht. Eine derartige Tätigkeit ist zwar im Hinblick auf den Rentenanspruch unschädlich, der erzielte Verdienst kann allerdings im Rahmen der Hinzuverdienstregelungen die Rentenhöhe mindern oder die Rentenzahlung ganz entfallen lassen (§ 96a SGB VI).

■ Bedeutung des Arbeitsmarktes

Festzustellen ist das zeitliche Leistungsvermögen des Versicherten »unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes«.

■ ■ Allgemeiner Arbeitsmarkt

Der Arbeitsmarkt ist der Bereich einer Volkswirtschaft, in dem sich Angebot an und Nachfrage nach Arbeit begegnen. Er ist kein homogenes »Ganzes«, sondern setzt sich aus einer Vielzahl von Teilarbeitsmärkten zusammen, z. B. für einzelne Wirtschaftszweige, für verschiedene Berufe/Qualifikationen, für Frauen und Männer, für Teilzeit- und Vollzeitarbeit oder für Ausbildungsstellen. Der allgemeine Arbeitsmarkt im Sinne des § 43 SGB VI umfasst alle nur denkbaren unselbständigen oder selbständigen Tätigkeiten außerhalb einer beschützenden Einrichtung (z. B. Werkstätte für behinderte Menschen oder Blindenwerkstätte), für die Angebot und Nachfrage besteht. So genannte Schonarbeitsplätze, die nur leistungsgeminderten Betriebsangehörigen vorbehalten sind bzw. speziell für diese eingerichtet werden, sind nicht dem allgemeinen Arbeitsmarkt zuzuordnen. Dem Begriff »allgemein« kommt

somit nur zur Abgrenzung von Sonderbereichen wie z. B. beschützenden Einrichtungen Bedeutung zu. Darüber hinaus hat er keine Relevanz.

■ ■ Übliche Bedingungen

Die »üblichen Bedingungen« des allgemeinen Arbeitsmarktes betreffen nicht die Tätigkeit selbst, sondern die konkrete Ausgestaltung von Tätigkeiten, wie sie in gesetzlichen Regelungen, Tarifverträgen, Betriebsvereinbarungen etc. zum Ausdruck kommt. Üblich sind Bedingungen dann, wenn Beschäftigungsverhältnisse oder selbständige Tätigkeiten zwar nicht unbedingt in der Mehrzahl, aber zumindest in einer nennenswerten Zahl unter Beachtung derartiger Bedingungen eingegangen oder ausgeübt werden. Von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang vor allem die Dauer, Lage und Verteilung der Arbeitszeit, da sich in dieser Hinsicht viele Gesundheitsbeeinträchtigungen besonders störend auswirken. Die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten hängt also neben seinem zeitlichen Leistungsvermögen auch von den realen Anforderungen in der Arbeitswelt ab.

Beträgt das zeitliche Leistungsvermögen sechs Stunden und mehr, wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass es auch unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes verwertbar ist. Bei einigen qualitativen Leistungseinschränkungen kann eine andere Beurteilung geboten sein. Zu den von der Rechtsprechung in diesem Zusammenhang anerkannten Ausnahmefällen, in denen es an der Erwerbsfähigkeit unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes fehlt, gehören u. a. folgende Leistungseinschränkungen:

■ Erfordernis zusätzlicher unüblicher Arbeitspausen.

Maßstab für den üblichen Umfang von Arbeitspausen sind die Arbeitszeitordnung, tarifvertragliche Regelungen, betriebliche Vereinbarungen und Übung. Benötigt ein Versicherter darüber hinausgehende Pausen, ist er unter Umständen nicht fähig, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein und damit voll erwerbsgemindert. Kurze Arbeitsunterbrechungen, die z. B. aufgrund von häufigen Toilettengängen wie bei M. CROHN oder Blutzuckerkontrollen bei Diabetes mellitus erforderlich sind, gehen jedoch regelmäßig nicht über das übliche Maß der Arbeitspausen hinaus, da Arbeitnehmern in vielen Bereichen des allgemeinen Arbeitsmarktes zusätzlich zu den Arbeitspausen eine sog. persönliche Verteilzeit zugebilligt wird.

Fehlende Wegefähigkeit. Zur Erwerbsfähigkeit gehört auch die Fähigkeit, eine Arbeitsstelle aufsuchen zu können. Bei einem gehbehinderten Versicherten, dem kein Kraftfahrzeug zur Verfügung steht, ist maßgebend, ob er einen Arbeitsplatz unter Benutzung öffentlicher Verkehrs-

mittel erreichen kann. Nach dem von der Rechtsprechung entwickelten generalisierenden Maßstab ist nicht wegefähig, wer auch unter Verwendung von Hilfsmitteln (z. B. Gehstützen) nicht in der Lage ist, täglich viermal eine Wegstrecke von mehr als 500 Metern mit zumutbarem Zeitaufwand zu Fuß zurückzulegen und zweimal während der Hauptverkehrszeit öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Für eine Wegstrecke von 500 Metern gilt ein Zeitaufwand von 20 Minuten als nicht mehr zumutbar. Ist Wegefähigkeit nicht gegeben, liegt bei dem Versicherten unabhängig von seinem quantitativen Leistungsvermögen volle Erwerbsminderung vor, es sei denn, er hat einen Arbeitsplatz inne, den er mit der ihm möglichen Wegstrecke tatsächlich erreicht oder ihm wird ein solcher Arbeitsplatz konkret angeboten. Die fehlende Wegefähigkeit kann im Einzelfall durch Zusage bzw. Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. Übernahme der Kosten für Inanspruchnahme eines Fahrdienstes, behindertengerechter Umbau eines Kfz) kompensiert werden. Ein Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung besteht dann nicht mehr.

Schwere spezifische Leistungsbehinderung und Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen.

In den Fällen einer »schweren spezifischen Leistungsbehinderung« oder einer »Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen« besteht nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Gefahr, dass der allgemeine Arbeitsmarkt schlechthin keine leistungsgerechte Arbeitsstelle mehr bereithält und damit verschlossen ist. Dem Rentenversicherungsträger erwächst in diesen Fällen eine Darlegungslast: Der Arbeitsmarkt ist nur dann als »offen« anzusehen, wenn dem Versicherten zumindest eine seinem Leistungsvermögen entsprechende Berufstätigkeit benannt werden kann. Zu benennen ist kein konkreter Arbeitsplatz, sondern eine Berufstätigkeit mit einer im Arbeitsleben üblichen Berufsbezeichnung. Gelingt die Benennung einer derartigen Tätigkeit nicht, liegt auch bei einem mindestens 6-stündigen Leistungsvermögen volle Erwerbsminderung vor.

Dem Begriff »schwere spezifische Leistungsbehinderung« werden diejenigen Fälle zugerechnet, bei denen bereits eine schwerwiegende Behinderung ein weites Feld von Verweisungsmöglichkeiten versperrt. Dies ist beispielsweise bei Einarmigkeit anzunehmen. Bei der Frage, wann eine »Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen« vorliegt, sind die Besonderheiten des Einzelfalles entscheidend. Die Rechtsprechung hat bisher insoweit keine generalisierenden Vorgaben und Maßstäbe aufgestellt, sondern im Sinne einer Kasuistik lediglich Einzelfallentscheidungen getroffen. Als Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen sind u. a. angesehen worden:

- Besondere Schwierigkeiten hinsichtlich der Gewöhnung und Anpassung an einen neuen Arbeitsplatz,
- das Erfordernis, zwei zusätzliche Pausen von je 15 Minuten einzulegen in Verbindung mit anderen Einschränkungen,
- das Erfordernis, bei der Arbeit halbstündig zwischen Sitzen und Stehen zu wechseln und Gehphasen zwischenschalten in Verbindung mit Einschränkungen bei Arm- und Handbewegungen,
- durchschnittlich einmal in der Woche auftretende Fieberschübe mit mehrtägigen (vollständigen) Arbeitsunfähigkeiten,
- Sehstörungen, Beweglichkeitseinschränkungen der Hände, Arbeit nur unter Ausschluss bestimmter Umwelteinflüsse wie Kälte, Nässe und Staub möglich, Ausschluss von knieenden Arbeiten und Arbeiten mit häufigem Bücken.

Verneint wurde eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen u. a. beim

- Ausschluss von Tätigkeiten, die überwiegendes Stehen oder ständiges Sitzen erfordern, in Nässe oder Kälte oder mit häufigem Bücken zu leisten sind, besondere Fingerfertigkeit erfordern oder mit besonderen Unfallgefahren verbunden sind,
- Ausschluss von Tätigkeiten im Akkord, im Schichtdienst und an laufenden Maschinen,
- Ausschluss von Tätigkeiten, die besondere Anforderungen an das Seh-, Hör- oder Konzentrationsvermögen stellen,
- Ausschluss von Tätigkeiten, die häufiges Bücken, Treppen- und Leiternsteigen, Zwangshaltungen sowie Überkopparbeiten erfordern.

■ Verschlossenheit des Teilzeitarbeitsmarktes

Versicherte mit einem Restleistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden täglich haben an sich nur Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Sie erhalten dennoch eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn für sie der Teilzeitarbeitsmarkt verschlossen ist. Diese arbeitsmarktbedingte Gewährung voller Erwerbsminderungsrenten geht auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zurück. Es entschied bereits 1969 bzw. 1976, dass es bei der Beurteilung, ob ein Versicherter, der aufgrund seines Gesundheitszustandes nur noch Teilzeitarbeit verrichten kann, erwerbsunfähig ist, nicht allein auf das Ausmaß seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung, sondern auch auf das Vorhandensein leidensgerechter Teilzeitarbeitsplätze ankommt. Diese so genannte konkrete Betrachtungsweise ist mit der am 01.01.2001 in Kraft getretenen Reform des Rechts der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beibehalten worden.

Im Einzelnen gelten folgende Grundsätze: Hat der Versicherte einen leidensgerechten Teilzeitarbeitsplatz inne oder arbeitet er auf Kosten seiner Gesundheit täglich sechs Stunden oder länger, ist der Teilzeitarbeitsmarkt nicht als verschlossen anzusehen. Folglich besteht nur Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Im Fall der Arbeits- bzw. Beschäftigungslosigkeit ist zu prüfen, ob für den Versicherten seinem Leistungsvermögen entsprechende Arbeitsplätze in ausreichender Zahl vorhanden sind. Von einem verschlossenen Arbeitsmarkt ist auszugehen, wenn es weder dem Rentenversicherungsträger noch der Arbeitsverwaltung gelingt, dem Versicherten innerhalb eines Jahres seit Renten Antragstellung einen geeigneten Teilzeitarbeitsplatz zu vermitteln. Wenn nach Kenntnis des Rentenversicherungsträgers oder der Arbeitsverwaltung mit aller Wahrscheinlichkeit von vornherein nicht (mehr) damit zu rechnen ist, dass dem Versicherten innerhalb eines Jahres ein entsprechender Arbeitsplatz angeboten werden kann, braucht das Jahr nicht abgewartet zu werden; eine Rente wegen voller Erwerbsminderung kann sofort bewilligt werden. Im Hinblick auf die nach wie vor ungünstige Arbeitsmarktlage für gesundheitlich eingeschränkte Teilzeitarbeitskräfte gehen die Rentenversicherungsträger regelmäßig ohne weitere Ermittlungen von einem verschlossenen Teilzeitarbeitsmarkt aus.

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit (§ 240 SGB VI)

Mit der Rentenreform 2001 wurde die Rente wegen Berufsunfähigkeit und damit der Berufsschutz des früheren Rechts abgeschafft. Allerdings besteht für Versicherte, die bei Inkrafttreten der Reform am 01.01.2001 das 40. Lebensjahr bereits vollendet hatten, d.h. vor dem 02.01.1961 geboren sind, Vertrauensschutz. Sie erhalten bei Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung auch dann, wenn sie berufsunfähig sind. Berufsunfähig sind nach der gesetzlichen Definition Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung im Vergleich zur Erwerbsfähigkeit von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten auf weniger als sechs Stunden gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. Zumutbar ist stets eine Tätigkeit, für die die Versicherten durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult worden sind.

Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit mindestens sechs Stunden täglich ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen (§ 240 Abs. 2 SGB VI). Ob Berufsunfähigkeit vorliegt, wird in drei Schritten geprüft:

Zunächst ist anhand der vom Versicherten ausgeübten versicherungspflichtigen Beschäftigungen oder Tätigkeiten dessen bisheriger Beruf bzw. Hauptberuf festzustellen. Ausgangspunkt für die Prüfung ist die letzte auf Dauer ausgeübte versicherungspflichtige Beschäftigung/Tätigkeit (siehe auch ► Kap. 3.2).

Anschließend werden im Wege der sozialmedizinischen Begutachtung das positive und das negative Leistungsvermögen des Versicherten festgestellt.

Das medizinisch ermittelte qualitative Leistungsvermögen ist sodann in Beziehung zu setzen zu dem Anforderungsprofil des bisherigen Berufs (siehe auch ► Kap. 3.2). Kann der Versicherte seinen bisherigen Beruf aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr mindestens sechs Stunden täglich ausüben, ist zu klären, ob er auf eine andere Tätigkeit verwiesen werden kann. Diese muss den Kenntnissen und Fähigkeiten des Versicherten entsprechen. Zudem darf sie ihn nicht körperlich oder geistig überfordern und der Versicherte muss in der Lage sein, sie noch mindestens sechs Stunden täglich auszuüben (objektive Zumutbarkeit). Eine Verweisung ist weiterhin nur auf Tätigkeiten möglich, deren Ausübung nicht mit einem unzumutbaren »sozialen Abstieg« verbunden ist (subjektive Zumutbarkeit). Welche Verweisungstätigkeiten dem Versicherten sozial zumutbar sind, bestimmt sich nach dem qualitativen Wert seines bisherigen Berufs. Die Rechtsprechung hat für die Arbeiter- und Angestelltenberufe jeweils ein Mehrstufenschema entwickelt, in dem gleichwertige Berufstätigkeiten zu sog. Leitberufen zusammengefasst und hierarchisch geordnet sind. Bei Arbeitern wird unterschieden zwischen: (1) hochqualifizierten Facharbeitern und Facharbeitern mit Vorgesetztenfunktion, (2) Facharbeitern, (3) angelernten Facharbeitern und (4) ungelerten Arbeitern. Das Mehrstufenschema für Angestellte weist insgesamt sechs Stufen auf (siehe auch ■ Abb. 3.1). Zumutbar verwiesen werden kann ein Versicherter, gemessen am bisherigen Beruf, nur auf Tätigkeiten derselben oder der nächstniedrigeren Stufe. Ist eine solche Verweisung nicht möglich, liegt Berufsunfähigkeit vor.

Die Höhe der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit beträgt die Hälfte der vollen Rente (Rentenartfaktor 0,5; § 67 Nr. 2 SGB VI).

Befristung, Beginn, Wegfall und Entzug der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

■ Befristung

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden grundsätzlich auf Zeit geleistet. Die Befristung erfolgt für längstens drei Jahre nach Rentenbeginn. Verlängerungen der Rente erfolgen für längstens drei Jahre nach Ablauf der vorherigen Frist (§ 102 Abs. 2 Sätze 1 bis 4 SGB VI). Die Rente kann auch auf kürzere Zeiträume befristet werden, wenn die maßgebliche Erwerbsminderung in dieser Zeit behoben werden kann.

Arbeitsmarktbedingte Erwerbsminderungsrenten werden stets auf Zeit geleistet. Allein aus medizinischen Gründen bewilligte Renten werden grundsätzlich als Zeitrenten geleistet, unbefristet dann, wenn unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann. Dies ist dann anzunehmen, wenn aus ärztlicher Sicht bei Betrachtung des bisherigen Krankheitsverlaufs nach medizinischen Erkenntnissen auch unter Berücksichtigung noch vorhandener therapeutischer Möglichkeiten eine Besserung auszuschließen ist, durch die sich eine rentenrelevante Steigerung der qualitativen und/oder quantitativen Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben ergeben würde. Nach einer Gesamtdauer der Befristung von neun Jahren wird vermutet, dass eine künftige Besserung unwahrscheinlich ist (§ 102 Abs. 2 Satz 5 SGB VI).

Bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen kann eine Erwerbsminderungsrente auch während einer Leistung zur Teilhabe gezahlt werden. Werden Leistungen zur Teilhabe erbracht, ohne dass zum Zeitpunkt der Bewilligung feststeht, wann die Leistung enden wird, kann bestimmt werden, dass die Erwerbsminderungsrente mit Ablauf des Kalendermonats endet, in dem die Leistung zur Teilhabe beendet wird (§ 102 Abs. 2a SGB VI). Die Befristung erfolgt also ohne Angabe eines kalendermäßig bestimmten Enddatums.

■ Beginn

Unbefristete Renten werden bei rechtzeitiger Antragstellung von dem Kalendermonat an geleistet, zu dessen Beginn die Anspruchsvoraussetzungen für die Rente erfüllt sind (§ 99 Abs. 1 Satz 1 SGB VI). Befristete Renten werden hingegen frühestens ab Beginn des siebten Kalendermonats nach dem Eintritt der Minderung der Erwerbsfähigkeit geleistet (§ 101 Abs. 1 SGB VI). In solchen Fällen haben ggf. andere Leistungsträger ihre Leistungen bis zum Ende des sechsten Kalendermonats weiter zu zahlen, z. B. die Krankenkassen das Krankengeld.

■ Wegfall und Entzug

Befristete Renten enden mit Zeitablauf; eine Verlängerung der Rente muss gesondert beantragt und bewilligt werden.

Der Bescheid über eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit kann nach § 48 SGB X aufgehoben und damit die Rente entzogen werden, wenn aufgrund einer wesentlichen Änderung in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass des Bescheids vorgelegen haben, die Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit nicht mehr vorliegt. Dies gilt für Zeit- und Dauerrenten. Eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen kann sich beispielsweise ergeben durch eine Besserung des Gesundheitszustands, die Erlangung eines geeigneten/leistungsrechten Arbeitsplatzes oder durch den Erwerb neuer Qualifikationen. Liegt bei dem Empfänger einer Rente wegen voller Erwerbsminderung nur noch teilweise Erwerbsminderung vor, so wird die Rente in eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung umgewandelt. Um die Änderung der Verhältnisse festzustellen, sind u. a. die medizinischen Befunde, die der Rentenbewilligung zugrunde lagen, mit denen am Tag der Überprüfung zu vergleichen. Nur wenn sich die Änderung zwischen diesen beiden Zeitpunkten ereignet hat, liegt eine nachträgliche Änderung der Verhältnisse vor. War der Rentenempfänger schon bei der Rentenbewilligung nicht oder nicht mehr erwerbsgemindert, so war der Rentenbescheid rechtswidrig und kann nur im engen Rahmen des § 45 SGB X zurückgenommen werden. Das ist z. B. bei einer Fehldiagnose der Fall.

Von Seiten der Gerichte werden hohe Anforderungen an das Vorliegen entziehungsrelevanter Sachverhalte gestellt. Auch deshalb hat sich der Gesetzgeber dafür entschieden, dass Erwerbsminderungsrenten im Regelfall zu befristen sind. Anlässlich der Entscheidung über die Verlängerung einer Zeitrente können die gesundheitlichen Verhältnisse nochmals geprüft werden.

■ Umwandlung in Altersrente

Erwerbsminderungsrenten werden längstens bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze geleistet. Danach ist von Amts wegen die Regelaltersrente zu leisten (§ 115 Abs. 3 SGB VI). Für Versicherte, die vor 1947 geboren wurden, liegt die Regelaltersgrenze bei 65 Jahren. Die Regelaltersgrenze wird aufgrund des RV-Altersgrenzenanpassungsgesetzes beginnend mit dem Jahrgang 1947 im Zeitraum 2012 bis 2029 schrittweise vom 65. auf das 67. Lebensjahr angehoben.

Verfahrensfragen

■ Antragsprinzip

Renten der gesetzlichen Rentenversicherung werden nur auf Antrag erbracht. Der Rentenversicherungsträger entscheidet anhand der eingereichten Unterlagen, Befundberichte oder weiterer Gutachten, ob und welche Leistungen gewährt werden. Nach dem Grundsatz »Reha vor Rente«

werden stets zunächst Möglichkeiten zur Rehabilitation geprüft.

■ Umdeutung eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe in einen Rentenantrag

War (nur) ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe gestellt worden, kann dieser in einen Rentenantrag umgedeutet werden, wenn der Versicherte vermindert erwerbsfähig ist und

- sich bereits bei Prüfung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe ergibt, dass ein Erfolg einer solchen Leistung nicht zu erwarten ist (§ 116 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI) oder
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben durchgeführt worden sind, diese die verminderte Erwerbsfähigkeit aber nicht verhindert haben (§ 116 Abs. 2 Nr. 2 SGB VI).

Die Umdeutung eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe in einen Rentenantrag bedarf grundsätzlich der Zustimmung des Versicherten. Wenn er die Rente nicht anknüpfend an den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe, sondern erst ab einem späteren Zeitpunkt beziehen will, kann er einer Umdeutung widersprechen und einen späteren Zeitpunkt als Rentenbeginn wählen. Dies geschieht häufig dann, wenn noch ein Anspruch auf höheres Krankengeld oder höheres Arbeitslosengeld besteht, der noch ausgeschöpft werden soll.

■ Einschränkung der Dispositionsfreiheit

Ein Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung hat Vorrang gegenüber einem Anspruch auf Krankengeld oder Arbeitslosengeld. Wird einem Versicherten, der zunächst Krankengeld oder Arbeitslosengeld bezogen hat, rückwirkend eine volle Erwerbsminderungsrente bewilligt, hat die Krankenkasse bzw. Agentur für Arbeit gegen den Rentenversicherungsträger einen Anspruch auf Erstattung der von ihr erbrachten Leistungen, maximal in Höhe der Rentennachzahlung.

Krankenkasse und Agentur für Arbeit können den Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen auffordern, innerhalb einer bestimmten Frist einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht nach, entfällt bzw. ruht nach Ablauf der Frist der Anspruch auf Kranken- bzw. Arbeitslosengeld (§ 51 Abs. 1, 3 SGB V; § 125 Abs. 2 SGB III). Der Antrag eines vermindert Erwerbsfähigen auf Leistungen zur Teilhabe kann nach Maßgabe des § 116 Abs. 2 SGB VI als Antrag auf Rente gelten. Daher können Krankenkasse und Agentur für Arbeit durch eine Aufforderung nach § 51 Abs. 1 SGB V, § 125 Abs. 2 SGB III Einfluss auf den Beginn der Erwerbsminderungsrente nehmen und da-

mit einem frühzeitigen Wegfall des Anspruchs auf Krankengeld/Arbeitslosengeld bewirken. Krankenkasse und Agentur für Arbeit haben also ein Druckmittel, um die Versicherten in die Leistungszuständigkeit der Rentenversicherung zu überführen.

Um den Krankenkassen/Agenturen für Arbeit diesen vom Gesetzgeber beabsichtigten Vorteil zu erhalten, ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts der Versicherte, der entsprechend der Aufforderung der Krankenkasse/Agentur für Arbeit einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe gestellt hat, hinsichtlich dieses Antrags in seiner Dispositionsfreiheit eingeschränkt: Nur noch mit Zustimmung der Krankenkasse/Agentur für Arbeit kann er den Antrag wirksam zurücknehmen oder seiner Umdeutung in einen Rentenantrag widersprechen. Die Dispositionsbefugnis ist im vorgenannten Sinne unter Umständen auch dann eingeschränkt, wenn der Versicherte von sich aus einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe gestellt hatte und die Krankenkasse/Agentur für Arbeit erst danach eine Aufforderung im Sinne des § 51 Abs. 1 SGB V, § 125 Abs. 2 SGB III ausspricht. Die Krankenkasse/Agentur für Arbeit hat bei der Frage, ob sie einer Disposition des Versicherten zustimmt, die berechtigten Interessen des Versicherten zu berücksichtigen. Überwiegt das Interesse des Versicherten an der Nichtinanspruchnahme der Rente das Interesse der Krankenkasse/Agentur für Arbeit an einer frühestmöglichen Rentenzahlung, muss letztere z. B. der Ablehnung einer Umdeutung durch den Versicherten und damit im Ergebnis einem späteren Rentenbeginn zustimmen.

Die genannten Regelungen sollen gewährleisten, dass die Versicherten nicht nach Belieben die Leistungen der verschiedenen Sozialversicherungszweige in Anspruch nehmen, sondern so früh wie möglich Leistungen von dem für sie vorrangig zuständigen Träger erhalten. Dies ist für erwerbsgeminderte Rentenversicherte die gesetzliche Rentenversicherung.

■ Mitwirkung des Antragstellers

Dem Antragsteller obliegen im Rentenverfahren Mitwirkungspflichten. Er muss z. B. alle entscheidungserheblichen Tatsachen angeben und sich auf Verlangen des Rentenversicherungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungen unterziehen. Kommt der Antragsteller Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die beantragte Rente – wenn ihre Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind – versagt werden (§§ 60 bis 67 SGB I). Ausführlich wird auf die Mitwirkung des Versicherten in

► Kap. 2.2 eingegangen.

■ Widerspruch und Klage

Das Rentenverfahren endet mit Erlass eines schriftlichen Bescheides. Ist der Antragsteller mit der Entscheidung nicht einverstanden, kann er den Bescheid durch den Rentenversicherungsträger in einem förmlichen Verfahren, dem Widerspruchsverfahren, überprüfen lassen. Der Widerspruch muss innerhalb eines Monats – bei fehlender oder unrichtiger Rechtsbehelfsbelehrung innerhalb eines Jahres – nach Bekanntgabe des Bescheides erhoben werden. Begründet ist der Widerspruch, soweit der angefochtene Bescheid rechtswidrig ist. Die Rechtswidrigkeit kann insbesondere auf der falschen Anwendung von Rechtsnormen oder auf der unzulänglichen Ermittlung oder fehlerhaften Bewertung der entscheidungserheblichen Tatsachen beruhen. Ist der Widerspruch ganz oder teilweise begründet, wird ihm im Umfang der Begründetheit abgeholfen. Soweit der Widerspruch unbegründet ist, wird er mit einem Widerspruchsbescheid ganz oder teilweise zurückgewiesen. Binnen eines Monats nach Bekanntgabe des Widerspruchsbescheides kann der Versicherte beim zuständigen Sozialgericht Klage erheben. Es ist nicht möglich, ohne vorheriges Widerspruchsverfahren zu klagen. Das Widerspruchsverfahren hat nämlich nicht nur den Zweck, dem Versicherungsträger eine Eigenkontrolle zu ermöglichen, es dient auch und vor allem der Entlastung der Sozialgerichtsbarkeit.

Erhebt der Versicherte keinen Widerspruch, wird der Bescheid mit Ablauf der Widerspruchsfrist bestandskräftig, d. h. die Entscheidung des Versicherungsträgers wird auf Dauer verbindlich. Ein bestandskräftiger Bescheid kann nur unter bestimmten, im SGB X geregelten Voraussetzungen zurückgenommen oder aufgehoben werden. Praktisch bedeutsam ist die Aufhebung des Rentenbescheides bei Besserung des Gesundheitszustands.

1.2.2 Weitere Rentenarten mit sozialmedizinischem Bezug

■ Altersrente für schwerbehinderte Menschen

Eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen (§§ 37, 236a SGB VI) können Versicherte erhalten, die die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben und die bei Beginn der Rente als schwerbehinderte Menschen anerkannt sind. Schwerbehindert sind Personen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 (§ 2 Abs. 2 SGB IX). Das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden fest. Die Rentenversicherungsträger sind an deren Feststellung gebunden. Versicherte, die vor 1951 geboren sind, können nach einer Übergangsregelung eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen auch dann beziehen, wenn

sie bei Beginn der Rente berufs- oder erwerbsunfähig nach dem am 31.12.2000 geltenden Recht sind.

Für Versicherte, die vor 1952 geboren wurden, liegt die reguläre Altersgrenze bei 63 Jahren und die Altersgrenze für den vorzeitigen, abschlagsbehafteten Rentenbezug bei 60 Jahren. Diese Altersgrenzen werden aufgrund des RV-Altersgrenzenanpassungsgesetzes im Zeitraum 2012 bis 2029 beginnend mit dem Jahrgang 1952 schrittweise jeweils um zwei Jahre auf das 65. bzw. 62. Lebensjahr angehoben. Versicherte, die bereits am 01.01.2007 als schwerbehinderte Menschen anerkannt waren, vor dem 01.01.1955 geboren sind und vor dem 01.01.2007 mit ihrem Arbeitgeber Altersteilzeitarbeit vereinbart haben, sind nach einer Vertrauensschutzregelung von der Anhebung der Altersgrenzen ausgenommen.

Die Altersgrenze für den abschlagsfreien Bezug der Altersrente für schwerbehinderte Menschen lag ursprünglich bei 60 Jahren. Von 2001 bis 2003 wurde sie schrittweise auf 63 Jahre angehoben. Nach einer in diesem Zusammenhang getroffenen Vertrauensschutzregelung können Versicherte, die vor dem 17.11.1950 geboren sind und am Stichtag 16.11.2000, das war der Tag der 3. Lesung des betreffenden Gesetzes im Deutschen Bundestag, schwerbehindert, berufs- oder erwerbsunfähig nach dem am 31.12.2000 geltenden Recht waren, bei Erfüllung aller Voraussetzungen weiterhin ab dem 60. Lebensjahr ohne Abschlag in Rente gehen. Dabei kommt es nicht auf das Datum der Anerkennung der Schwerbehinderung oder der Feststellung der Erwerbsminderung an, sondern auf das Vorliegen des entsprechenden Sachverhalts am Stichtag. Das bedeutet, dass in Einzelfällen noch bis zum Jahr 2013 nachträglich geprüft werden muss, ob eine Schwerbehinderung oder eine Erwerbsminderung am Stichtag bereits vorgelegen hatte.

■ Große Witwen-/Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

In versicherungsrechtlicher Hinsicht setzen Hinterbliebenenrenten voraus, dass der Verstorbene zur Zeit seines Todes die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren zurückgelegt hatte oder ihm zu diesem Zeitpunkt eine Rentenrente zustand.

Eine große Witwen-/Witwerrente wird zunächst dann geleistet, wenn der hinterbliebene Ehegatte das 45. Lebensjahr vollendet hat. Diese Altersgrenze wird aufgrund des RV-Altersgrenzenanpassungsgesetzes von 2012 bis 2029 stufenweise auf das 47. Lebensjahr angehoben. Vor dem 45. Lebensjahr haben Anspruch auf große Witwen-/Witwerrente unter anderem hinterbliebene Ehegatten,

- die erwerbsgemindert sind (§ 46 Abs. 2 SGB VI),
- die vor dem 02.01.1962 geboren und berufsunfähig sind oder

- die am 31.12.2000 bereits berufsunfähig oder erwerbsunfähig waren und dies ununterbrochen sind (§ 242a Abs. 2 SGB VI).

Nach Ablauf des Sterbevierteljahres, in dem eine volle Rente gezahlt wird, beträgt die große Witwen-/Witwerrente 60 % der Rente des verstorbenen Versicherten. Im Falle der Wiederheirat entfällt der Anspruch auf Witwen-/Witwerrente. Der überlebende Ehegatte erhält dann eine Abfindung in Höhe des zweifachen Jahresbetrags der weggefallenen Rente. Das Recht der Hinterbliebenenrenten wurde zum 01.01.2002 grundlegend reformiert. Die Änderungen kommen allerdings aufgrund langfristig wirkender Übergangsregelungen nur allmählich zum Tragen. Für Hinterbliebene, die von dem neuen Recht betroffen sind, ergeben sich u. a. folgende Änderungen:

- Ein Anspruch auf Witwen-/Witwerrente setzt grundsätzlich voraus, dass die Ehe mindestens ein Jahr gedauert hat. Bei kürzeren Ehen wird vermutet, dass die Ehe geschlossen wurde, um eine Hinterbliebenenversorgung zu erlangen. Eine Rente wird nur geleistet, wenn diese Vermutung im Einzelfall widerlegt werden kann.
- Die große Witwen-/Witwerrente beträgt nur noch 55 % der Versichertenrente.
- Hinterbliebene, die Kinder erzogen haben, erhalten zur Witwen- oder Witwerrente einen Zuschlag.

■ **Waisenrente wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung**

Kinder verstorbener Versicherter haben Anspruch auf Waisenrente (§ 48 SGB VI). Wenn noch ein unterhaltspflichtiger Elternteil lebt, wird eine Halbwaisenrente gezahlt; ist kein unterhaltspflichtiger Elternteil mehr vorhanden, eine wesentlich höhere Vollwaisenrente. Waisenrenten werden grundsätzlich bis zum 18. Geburtstag des Kindes geleistet. Unter anderem wenn die Waise wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, besteht der Anspruch längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres. Eine Behinderung im vorgenannten Sinne ist gegeben, wenn die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit der Waise mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher die Teilhabe der Waise am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (§ 48 Abs. 4 SGB VI i. V. m. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Entsprechende Behinderungen können auch durch Krankheiten bewirkt werden. Unter den Begriff »Behinderung« fallen dagegen keine Krankheiten, deren Verlauf sich auf eine im Voraus abschätzbare kurze oder längere Dauer beschränkt (sog. akute Krankheiten).

1.3 Schnittstellen zu anderen Sozialleistungsbereichen

Uwe Chojetzki

1.3.1 Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende umfasst Leistungen zur Eingliederung in Arbeit und Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts. Zu Letzteren gehört das Arbeitslosengeld II. Eine Voraussetzung für den Bezug von Arbeitslosengeld II ist die Erwerbsfähigkeit. Erwerbsfähig im Sinne des SGB II ist, »wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein« (§ 8 Abs. 1 SGB II). Diese Regelung lehnt sich an die Definition der vollen Erwerbsminderung in § 43 Abs. 2 SGB VI an. Als erwerbsfähig sind alle Personen anzusehen, die nicht voll erwerbsgemindert im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB VI sind. Die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des SGB II richtet sich also nach rentenversicherungsrechtlichen Kriterien.

Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind die Bundesagentur für Arbeit sowie die kreisfreien Städte und Kreise. Die Agentur für Arbeit hat festzustellen, ob der Arbeitsuchende erwerbsfähig ist. Der kommunale Träger, ein anderer Träger, der bei voller Erwerbsminderung zuständig wäre (z. B. ein Rentenversicherungsträger), oder die Krankenkasse, die bei Erwerbsfähigkeit Leistungen der Krankenversicherung zu erbringen hätte, können der Feststellung der Agentur für Arbeit widersprechen. Bis 2010 entschied im Widerspruchsfall eine gemeinsame Einigungsstelle. Die Einigungsstelle sollte eine einvernehmliche Entscheidung anstreben, zog im notwendigen Umfang Sachverständige hinzu und entschied mit der Mehrheit der Mitglieder (§§ 44a, 45 SGB II a. F.). Die Entscheidung der Einigungsstelle war für die an der Entscheidung beteiligten Träger bindend. Zum 01.01.2011 wurde das Einigungsstellenverfahren abgeschafft. Im Widerspruchsfall entscheidet seitdem die Agentur für Arbeit, nachdem sie eine gutachterliche Stellungnahme des nach § 109a Abs. 4 SGB VI zuständigen Rentenversicherungsträgers eingeholt hat. Die Agentur für Arbeit ist bei der Entscheidung über den Widerspruch an das Gutachten des Rentenversicherungsträgers gebunden. Die gutachterliche Stellungnahme zur Erwerbsfähigkeit bindet darüber hinaus alle Leistungsträger nach dem SGB II, SGB III, SGB V, SGB VI und SGB XII (§ 44a SGB II).

Die Rentenversicherung hat mit der Bundesagentur für Arbeit eine Verfahrensvereinbarung über die Zusammenarbeit bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit von

Arbeitsuchenden im Sinne des SGB II getroffen. Sie zielt darauf ab, den Aufwand für alle Beteiligten zu begrenzen, insbesondere unnötige Doppeluntersuchungen und unterschiedliche Beurteilungen der Leistungsfähigkeit von Arbeitsuchenden zu vermeiden. Wenn im Einzelfall die Leistungsfähigkeit von Arbeitsuchenden, die die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllen, unterschiedlich beurteilt wird, sollen diese Divergenzen zwischen den ärztlichen Diensten der Agentur für Arbeit und des Rentenversicherungsträgers erörtert und möglichst ausgeräumt werden. Nach der Erörterung entscheidet der Rentenversicherungsträger abschließend über den Rentenantrag. Die Arbeitsagentur erkennt die im Rentenverfahren abgegebene ärztliche Stellungnahme als für sich verbindlich an. Diese Regelungen haben zur Folge, dass bei den genannten Arbeitsuchenden ein förmlicher Widerspruch des Rentenversicherungsträgers gegen die Feststellung der Agentur für Arbeit zur Erwerbsfähigkeit regelmäßig entfällt.

1.3.2 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41 bis 46 SGB XII)

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist eine steuerfinanzierte, Bedürftigkeit voraussetzende Leistung zur Sicherung des notwendigen Lebensunterhalts älterer und dauerhaft voll erwerbsgeminderter Personen. Sie wurde 2003 eingeführt und war zunächst in einem eigenen Gesetz geregelt. Zum 01.01.2005 wurde die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in das Sozialhilferecht (SGB XII) integriert und ist seitdem eine besondere Leistung der Sozialhilfe.

Anspruch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung haben u. a. bedürftige Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage, also aus medizinischen Gründen, voll erwerbsgemindert im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB VI sind und bei denen unwahrscheinlich ist, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden kann (§ 41 Abs. 1 und 3 SGB XII). Ob eine Person aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgemindert ist, prüft und entscheidet auf Ersuchen des Sozialhilfeträgers der zuständige Rentenversicherungsträger. Die Entscheidung des Rentenversicherungsträgers ist für den ersuchenden Sozialhilfeträger bindend. Wurde bereits in einem Rentenverfahren oder bei einer Begutachtung nach § 44a SGB II zur Erwerbsfähigkeit (siehe ► Abschn. 1.3.1) eine dauerhafte volle Erwerbsminderung festgestellt, entfällt eine erneute Prüfung des Leistungsvermögens (§ 45 SGB XII, § 109a Abs. 2 und 4 SGB VI).

Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung entsprechen weitestgehend den Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27 bis 40 SGB XII). Ein wesentlicher Unterschied zur Hilfe zum Lebensunterhalt besteht darin, dass Unterhaltsansprüche gegenüber Kindern oder Eltern unberücksichtigt bleiben, sofern deren jährliches Gesamteinkommen unter 100.000 Euro liegt. Mit dieser Regelung soll »verschämter Altersarmut« entgegengewirkt werden. Ältere Menschen machten in der Vergangenheit Sozialhilfeansprüche oft nicht geltend, um einen Rückgriff des Sozialhilfeträgers auf unterhaltspflichtige Kinder zu vermeiden.

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist primär für die dauerhaft voll erwerbsgeminderten Personen von Bedeutung, die die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung nicht erfüllen. Für Rentenberechtigte kommt ein (ergänzender) Bezug von Grundsicherungsleistungen dann in Betracht, wenn die Rente wegen voller Erwerbsminderung den notwendigen Lebensunterhalt im Sinne des SGB XII nicht vollständig deckt.

1.3.3 Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)

Die gesetzliche Unfallversicherung hat die Aufgabe, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten und nach Eintritt eines Versicherungsfalles die Gesundheit und Leistungsfähigkeit des Versicherten wiederherzustellen (insbesondere durch Heilbehandlung, Leistungen zur Teilhabe) und ihn oder seine Hinterbliebenen zu entschädigen (insbesondere durch Verletzten- und Hinterbliebenenrenten).

Verletztenrenten werden gewährt, wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten infolge eines Versicherungsfalles (Arbeitsunfall oder Berufskrankheit) länger als 26 Wochen um mindestens 20 % gemindert ist. Erwerbsfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Fähigkeit des Versicherten, sich unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihm nach seinen Kenntnissen und Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, einen Erwerb zu verschaffen. Der Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) richtet sich nach dem Umfang der verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Die Höhe der Verletztenrente hängt ab vom Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit und dem Jahresarbeitsverdienst vor dem Eintritt des Versicherungsfalles. Bei völligem Verlust der Erwerbsfähigkeit wird eine Jahresrente in Höhe von 2/3 des Jahresarbeitsverdienstes gezahlt (Vollrente). Bei einer geringeren Erwerbsminderung wird der Teil der Vollrente gezahlt, der dem Grad der Erwerbsminderung entspricht

(Teilrente), wobei für die Feststellung des Grads der Erwerbsminderung nur Minderungen von wenigstens 10 % zu berücksichtigen sind. Die Verletztenrente orientiert sich mit der Anknüpfung an den Jahresarbeitsverdienst, anders als die Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung, nicht an dem Einkommensniveau des gesamten Erwerbslebens, sondern am aktuellen Einkommen des Versicherten.

Neben einem Anspruch auf Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung kann zugleich ein Anspruch auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung bestehen. In diesem Fall wird die Erwerbsminderungsrente insoweit nicht geleistet, als die Summe der zusammentreffenden Rentenbeträge einen bestimmten Grenzbetrag übersteigt (§ 93 SGB VI). Die Verletztenrente wird also in voller Höhe geleistet, auf die Erwerbsminderungsrente wird ggf. der Betrag angerechnet, der den Grenzbetrag übersteigt. Mit der Absenkung der Erwerbsminderungsrente soll einer »Übersorgung« begegnet werden.

Weiterführende Literatur

- Ruland F: Rentenversicherung, in: von Maydell B, Ruland F, Becker U (Hrsg.) Sozialrechtshandbuch. S. 801–875. Baden-Baden: Nomos Verlag, 4. Auflage, 2008
- Seidel E: Das Rentenversicherungsrecht – Die gesicherten Risiken, in: von Maydell B, Ruland F (Hrsg.) Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung. Neuwied: Hermann Luchterhand Verlag, 1990
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR (Hrsg.): Die Erwerbsminderungsrente, Grundsätze der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Deutsche Rentenversicherung (DRV) 2002, S. 81–213



<http://www.springer.com/978-3-642-10249-3>

Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche
Rentenversicherung

(Ed.) Deutsche Rentenversicherung Bund

2011, XXII, 708 S. 42 Abb., 32 in Farbe., Hardcover

ISBN: 978-3-642-10249-3