

SGB VI • Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Rentenversicherung

Kreikebohm / Roßbach

6. Auflage 2021
ISBN 978-3-406-76420-2
C.H.BECK

schnell und portofrei erhältlich bei
beck-shop.de

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de steht für Kompetenz aus Tradition. Sie gründet auf über 250 Jahre juristische Fachbuch-Erfahrung durch die Verlage C.H.BECK und Franz Vahlen.

beck-shop.de hält Fachinformationen in allen gängigen Medienformaten bereit: über 12 Millionen Bücher, eBooks, Loseblattwerke, Zeitschriften, DVDs, Online-Datenbanken und Seminare. Besonders geschätzt wird beck-shop.de für sein

umfassendes Spezialsortiment im Bereich Recht, Steuern und Wirtschaft mit rund 700.000 lieferbaren Fachbuchtiteln.

bei Verlust des Anspruchs auf Versorgung ein. Des Weiteren dürfen keine Aufschubgründe vorliegen.

Das **Ausscheiden aus der Beschäftigung** allein genügt nicht für den Eintritt 13 der Voraussetzungen der Nachversicherung. Es muss sich vielmehr um ein Ausscheiden „ohne Anspruch oder Anwartschaft auf Versorgung“ (also ein unversorgtes Ausscheiden) handeln. Der typische Fall des unversorgten Ausscheidens ist die Beendigung des versicherungsfreien Beschäftigungsverhältnisses vor Erfüllung der Voraussetzungen für einen Versorgungsanspruch (zB Soldaten auf Zeit). Beamte auf Lebenszeit können nur aufgrund eines Disziplinarverfahrens gegen ihren Willen entlassen werden. Hier treten die Voraussetzungen für die Nachversicherung erst nach rechtskräftiger Entscheidung über das Disziplinarverfahren ein. Ein unversorgtes Ausscheiden lag auch bei der „Umwandlung“ der Deutschen Bundespost in die Deutsche Post AG vor, da sich die fortbestehende Versorgungsansprüche nicht mehr gegen einen öffentlichen, sondern gegen einen privaten Arbeitgeber richteten (BSG NZS 2000, 356; dazu Liebich DAngVers 2000, 157).

Die Beurlaubung ohne Dienstbezüge löst **keinen Nachversicherungsfall** aus, 14 weil bei einer nur vorübergehenden Unterbrechung des Beschäftigungsverhältnisses die Anwartschaft auf Versorgung erhalten bleibt. Dies gilt zB ebenso bei Inanspruchnahme von Erziehungsurlaub oder bei Einberufung zum gesetzlichen Wehr- oder Zivildienst. Ein Wechsel der Behörde bei **demselben Dienstherrn** löst keine Nachversicherung aus. Dagegen ist der **Wechsel des Dienstherrn** ein unversorgtes Ausscheiden im Sinne des Nachversicherungsrechts, wenn vom bisherigen Dienstherrn eine Entlassungsurkunde erteilt wird. Hier kann aber ein Aufschubtatbestand nach § 184 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 vorliegen.

Versorgungsempfänger sind nachzuversichern, wenn sie ihren Anspruch auf 15 Versorgung durch Aberkennung oder Erlöschen verloren haben. In Betracht kommen vor allem Fälle, in denen Versorgungsempfänger aus disziplinarischen Gründen ihren Anspruch auf Versorgung verlieren. Ein Verlust liegt nicht vor, wenn nach dem Tod des Versorgungsempfängers für die Hinterbliebene wegen einer Eheschließung nach Erreichen der Regelaltersgrenze kein Anspruch auf Witwengeld bzw. einen Unterhaltsbetrag besteht (BSG 30.7.2008; BeckRS 2009, 50732). Maßgebend ist hier, dass der verstorbene Versorgungsempfänger selbst nicht unversorgt ausgeschieden ist.

Schließlich setzt der Nachversicherungsfall noch voraus, dass keine Gründe 16 für einen Aufschub der Beitragszahlung vorliegen. Erst mit dem Wegfall von **Aufschubgründen** (vgl. § 184 Abs. 2) tritt der Nachversicherungsfall ein.

d) Nachversicherungszeitraum (S. 2). Der Nachversicherungszeitraum 17 umfasst den Zeitraum, in dem die Versicherungsfreiheit oder die Befreiung von der Versicherungspflicht vorlag. Erfasst sind also Zeiten, in denen dem Grunde nach ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vorlag. In Betracht kommen vor allem Zeiten, für die **Arbeitsentgelt** gezahlt worden ist (§ 1 S. 1 Nr. 1). Des Weiteren gehören Zeiten dazu, in denen ein Beschäftigungsverhältnis nach § 7 Abs. 3 SGB IV ohne Entgeltzahlung fortbesteht. Schließlich kommen auch Zeiten in Betracht, für die während einer Freistellung Entgelt aus einem Wertguthaben gezahlt wird (§ 7 Abs. 1a SGB IV).

Erstreckte sich die Gewährleistung einer Versorgungsanwartschaft auf eine weitere 18 Beschäftigung, gehören diese Beschäftigungszeiten zum Nachversicherungszeitraum. Dies gilt auch, wenn die weitere Beschäftigung für eine begrenzte Zeit im Ausland ausgeübt wurde. Diese Personen gelten im Nachversicherungsfall auch ohne Antrag als versicherungspflichtig (§ 4 Abs. 1 S. 3).

- 19 **Mitglieder geistlicher Genossenschaften**, Diakonissen und Mitglieder ähnlicher Gemeinschaften unterliegen dem Grunde nach auch ohne Arbeitsentgelt der Versicherungspflicht (§ 1 S. 1 Nr. 4). Sie sind daher auch für die Zeiträume nachzuversichern, in denen sie **kein Entgelt** erhalten haben.
- 20 **e) Ausscheiden durch Tod (S. 3).** Ein Ausscheiden aus der Beschäftigung liegt auch bei einer Versetzung in den Ruhestand oder einem vorherigen Eintritt des Todesfalls vor. Besteht bei einem **Ausscheiden aus der Beschäftigung durch Tod** kein Anspruch auf eine Hinterbliebenenversorgung, kommt dennoch eine Nachversicherung in Betracht. Die Durchführung der Nachversicherung setzt rentenberechtigte Hinterbliebene und die Erfüllung der Wartezeit (ggf. durch Nachversicherungszeiten) voraus. Hingegen erfasst S. 3 keine Fälle, in denen die verstorbene Person bereits eine Versorgung bezog.


beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Zweites Kapitel. Leistungen

Erster Abschnitt. Leistungen zur Teilhabe

Erster Unterabschnitt. Voraussetzungen für die Leistungen

Vorbemerkung

Übersicht

	Rn.
I. Leistungen zur Teilhabe – Allgemeines	1
II. Grundlagen zu Rehabilitation und Teilhabe nach SGB IX	5
1. Erweiterte Rechte für Leistungsempfänger	6
2. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 42–47 SGB IX	9
3. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach §§ 49–54 SGB IX	11
4. Unterhaltssichernde Leistungen	13
5. Beschleunigtes Verwaltungsverfahren nach § 14 SGB IX	15
6. Flexirentengesetz	18
7. Bundesteilhabegesetz (BTHG)	20

I. Leistungen zur Teilhabe – Allgemeines

DIE FACHBUCHHANDLUNG

Mit der Kodifizierung des SGB IX (G v 19.6.2001 mWv 1.7.2001. BGBl I, S 1046; novelliert durch das BTHG v. 30.12.2016 mWv 1.1.2018, BGBl I, S 3234) hat der Gesetzgeber einen **Paradigmenwechsel** vollzogen. Das SGB IX führt behinderte Menschen aus der Rolle, Empfänger staatlicher Leistungen zu sein, hin zu Selbstbestimmung, gleichberechtigter Teilhabe und Inklusion. An die Stelle von Fürsorge und Vorsorge tritt die Partizipation behinderter Menschen am beruflichen und gesellschaftlichen Leben. Behinderte Menschen gestalten die Prozesse ihrer Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben aktiv mit. Die Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts nach §§ 8, 62 SGB IX und die neue Leistungsform des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX tragen hierzu bei.

Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen erfüllen eine weitere Stärkung durch das **Behindertengleichstellungsgesetz (BGG)** vom 27.4.2002 (BGBl. I S 1005). Wesentliche Aspekte der Barrierefreiheit in Bereichen wie Bau- und Verkehr sowie Verständigung durch Verwendung von Gebärdensprache werden im öffentlichen Leben verpflichtend. Die Anwendung barrierefreier Kommunikationstechnik und für blinde und sehbehinderte Menschen wahrnehmbare Bescheide sind von Trägern öffentlicher Gewalt zu gewährleisten.

Ein weiterer wichtiger Schritt in Richtung Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe ist die am 13.12.2006 von der Generalversammlung der **Vereinten Nationen** verabschiedete **UN-Konvention zum Schutz der Menschen-**

rechte von Menschen mit Behinderung (Behindertenrechtskonvention, BRK), die am 26.3.2009 (BGBl. II S. 1419; s. Bekanntmachung zum Fakultativprotokoll vom 5.5.2009, BGBl. II S. 818) in Deutschland in Kraft trat. Die deutsche Bundesregierung war in enger Zusammenarbeit mit Verbänden behinderter Menschen an den Verhandlungen beteiligt. Bereits im SGB IX und im BGG sind Inklusion, selbstbestimmte Teilhabe, Gleichbehandlung und besonderer Schutz behinderter Frauen und Kinder verankert. Mit der Ratifizierung hat sich Deutschland verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass die Ziele der Konvention umgesetzt werden. Aus der BRK ergeben sich zwar keine unmittelbaren Rechte für Betroffene. Deutsches Recht ist aber bei der Auslegung an der Konvention zu messen. Die Bundesregierung hat zur Umsetzung der BRK den „**Nationalen Aktionsplan**“ (www.bmas.bund.de) unter Beteiligung von Ländern, Sozialversicherungsträgern, Verbänden und Unternehmen erstellt, in dem umfangreiche Handlungsfelder zur Inklusion von Menschen mit Behinderung herausgearbeitet sind.

II. Grundlagen zu Rehabilitation und Teilhabe nach SGB IX

- 5 Das SGB IX enthält im ersten Teil „Regelungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen“, Vorschriften zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die für die in § 6 SGB IX genannten Träger einheitlich gelten. Im zweiten Teil „Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen (Eingliederungshilfe)“, der zum 1.1.2020 in Kraft trat, sind die Leistungen der Eingliederungshilfe geregelt, die bis zum 31.12.2019 im SGB XII enthalten waren. In dem dritten Teil „Besondere Regelungen zur Teilhabe behinderter Menschen“ ist das Schwerbehindertenrecht – bis zum 31.12.2017 noch Teil II des SGB IX – angefügt.

1. Erweiterte Rechte für Leistungsempfänger

- 6 Durch § 8 SGB IX haben Leistungsberechtigte ein **Wunsch- und Wahlrecht** erhalten, das eine stärkere Berücksichtigung persönlicher und familiärer Bedürfnisse und Gegebenheiten bewirken soll (BT-Drs. 14/5074, 100). Die Regelung tritt neben § 33 S. 2 SGB I. Nach § 8 Abs. 2 SGB IX können Sachleistungen zur Teilhabe, die nicht in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden, auf Antrag auch als Geldleistung erbracht werden. Dazu ist erforderlich, dass die Leistung bei voraussichtlich gleicher Wirksamkeit wirtschaftlich zumindest gleichwertig ausgeführt wird. In der Rentenversicherung wird dies wie bisher in der Kraftfahrzeughilfe der Fall sein. Ambulante, teilstationäre oder stationäre Leistungen zur Teilhabe werden als Sachleistungen in Rehabilitationseinrichtungen erbracht. Für stationäre Leistungen ist regelmäßig ein Belegungsvertrag nach § 15 Abs. 2 S. 1 iVm § 38 Abs. 1 SGB IX erforderlich.
- 7 Grundsätzlich werden Leistungen zur Teilhabe im **Inland** ausgeführt (BT-Drs. 14/5074, 103). Nach § 31. S. 1 SGB IX können anders als nach § 14 in der bis zum 30.6.2001 geltenden Fassung Leistungen auch im Ausland durchgeführt werden, wenn die Leistung dort bei zumindest gleicher Qualität und Wirksamkeit wirtschaftlicher ist. Bisher hatten die Rentenversicherungsträger kein eigenes Ermessen und konnten nicht vom Grundsatz der Leistungsgewährung im Inland abweichen. Auslandsleistungen waren nur nach gutachterlicher Äußerung des VDR und mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde zulässig, wenn sie aufgrund

gesicherter medizinischer Erkenntnisse einen besseren Rehabilitationserfolg erwarten ließen. Diese Kriterien sind nach § 31 SGB IX entfallen. Die Rehabilitationsträger haben nach § 31 S. 1 SGB IX Ermessen und können grundsätzlich auch Leistungen in Einrichtungen im Ausland durchführen, mit denen sie einen Belegungsvertrag nach § 15 Abs. 2 S. 1 iVm § 38 Abs. 1 SGB IX abgeschlossen haben. Darüber hinaus besteht nach S. 2 die Möglichkeit, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im grenznahen Ausland durchzuführen, ohne dass hierzu die Bindung an Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit wie in S. 1 gegeben sein muss. Nach der Begründung (BT-Drs. 14/5074, 103 f.) sollen auf diese Weise Chancen für die Eingliederung in das Arbeitsleben genutzt werden, die sich aus der Aufnahme einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaft ergeben können. Als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen insbesondere Leistungen an Arbeitgeber, Hilfsmittel am Arbeitsplatz oder Überbrückungsgeld in Betracht.

Zur Selbstbestimmung und eigenverantwortlichen Gestaltung von Leistungen zur Teilhabe soll die Einrichtung des **Persönlichen Budgets** nach § 29 SGB IX beitragen. Das Persönliche Budget ist keine eigene Leistung, sondern eine neue Form der Leistungsgewährung, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Der Rehabilitationsträger kann in Ausübung seines Ermessens bei der Prüfung der wirksamsten, wirtschaftlichsten und damit geeignetsten Leistung einen finanziellen Rahmen setzen, in dem sich der Leistungsberechtigte seine Leistung selbst besorgen kann.

2. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 42–47 SGB IX

Die Zielsetzung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist in § 42 Abs. 1 Nr. 1 und 2 festgelegt. Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten hiernach Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, „um Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten (Nr. 1) oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern“ (Nr. 2). Die wichtigsten medizinischen Leistungen sind in § 42 Abs. 2 Nr. 1–7 SGB IX aufgeführt und umfassen unter anderem **Behandlung durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe**, die unter ärztlicher Leitung tätig werden, Arznei- und Verbandsmittel, Heil- und Hilfsmittel (§ 47 Abs. 1 SGB IX) sowie Sprach- und Beschäftigungstherapie, Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie. Die Rentenversicherung konnte für Kinder als Ermessensleistung ausschließlich unter den Voraussetzungen des § 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 aF stationäre Heilbehandlungen als sonstige Leistungen ausführen. MWv 14.2.2016 sind Leistungen zur Kinderrehabilitation Pflichtleistungen nach § 15a.

Nach § 42 Abs. 3 Nr. 1–7 SGB IX sind Bestandteil der medizinischen Leistungen auch **medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen**, die zur Erreichung des Rehabilitationsziels des Abs. 1 erforderlich sein können. Hierzu gehören Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen im Einvernehmen mit dem Leistungsberechtigten, Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbst-

hilfe- und Beratungsstellen, Hilfen zur psychischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz (ua Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und Umgang mit Krisensituationen) sowie Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

3. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach §§ 49–54 SGB IX

- 11 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben nach § 16 iVm § 49 Abs. 1 SGB IX das Ziel, die Erwerbsfähigkeit der Leistungsberechtigten „entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und die Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern“. Die wichtigsten Leistungen sind in § 49 Abs. 3 SGB IX aufgeführt und umfassen unter anderem Hilfen zur Erhaltung oder **Erlangung eines Arbeitsplatzes, Berufsvorbereitung** (einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung), **berufliche Anpassung, Aus- und Weiterbildung, Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (Gründungszuschuss)** entsprechend §§ 93, 94 SGB III, die auch von den Rentenversicherungsträgern ausgeführt wird, sowie sonstige **Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsmarkt**, um Leistungsberechtigten eine geeignete Beschäftigung zu erhalten oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen. Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gehören nach § 49 Abs. 6 SGB IX auch psychosoziale Leistungen und pädagogische Hilfen wie Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme benötigter Leistungen sowie die Beteiligung von Integrationsfachdiensten.
- 12 Die Rentenversicherungsträger können nach § 50 Abs. 1 Nr. 1–4 SGB IX **Leistungen an Arbeitgeber** ausführen, die Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen, Eingliederungszuschüsse (Abs. 3), Zuschüsse zu Arbeitshilfen im Betrieb und volle oder teilweise Kostenerstattung für befristete Probebeschäftigung umfassen. Kann das Rehabilitationsziel nicht durch Leistungen an Arbeitgeber erreicht werden, können Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in **Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation** nach §§ 51–53 SGB IX und in **Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)** nach §§ 56–58 SGB IX erbracht werden. Besonders für jugendliche behinderte Menschen ist die **Unterstützte Beschäftigung** nach § 55 SGB IX als Stufe zwischen WfbM und allgemeinem Arbeitsmarkt gedacht. Mithilfe der Unterstützten Beschäftigung können behinderte Menschen eine angemessene, geeignete und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung erhalten, die flankierend durch individuelle betriebliche Qualifizierungen und Berufsbegleitung gefördert werden kann.

4. Unterhaltssichernde Leistungen

- 13 **Übergangsgeld nach §§ 20, 21 iVm §§ 65–72 SGB IX.** Die Zahlung von Übergangsgeld durch die Rentenversicherungsträger für Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Nachsorge und sonstige Leistungen nach § 31 Abs. 1 S. 1 richtet sich nach §§ 20, 21. Seit dem 1.7.2001 ist während der Leistungen zur Teilhabe ein Anspruch auf Übergangsgeld dem Grunde nach unabhängig davon gegeben, ob die Leistung ambulant, teilstationär oder stationär erbracht wird oder Arbeitsunfähigkeit besteht. Höhe und Berechnung des Übergangsgelds richten sich grundsätz-

lich nach § 21 Abs. 1 iVm §§ 65–72 SGB IX. Sonderregelungen für die Berechnung des Übergangsgelds in der Rentenversicherung enthalten § 21 Abs. 2–5. Die Berechnung des Übergangsgeldes für rentenversicherungspflichtige Selbständige und freiwillig Versicherte folgt aus Abs. 2. Wenn unmittelbar vor dem Bezug dieser Leistungen Pflichtbeiträge entrichtet wurden, besteht nach Abs. 3 Kontinuität der Bemessungsgrundlage der unmittelbar zuvor bezogenen Leistungen wie Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld im Sinne von § 69 SGB IX. Abs. 4 regelt die Berechnung des Übergangsgeldes für Versicherte, die unmittelbar vor Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation Unterhaltsgeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe bezogen haben.

Die Rentenversicherung kann im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation **stufenweise Wiedereingliederung** nach §§ 44, 71 Abs. 5 SGB IX unter Weiterzahlung des Übergangsgeldes ausführen. Die stufenweise Wiedereingliederung entspricht inhaltlich dem bisher nur für die Krankenversicherung geltenden § 74 SGB V (vgl. BT-Drs. 14/5074, 107).

5. Beschleunigtes Verwaltungsverfahren nach § 14 SGB IX

Streitigkeiten über die Zuständigkeitsfrage einschließlich der Vorleistungserbringung oder Eilbedürftigkeit sollen nicht mehr zu Lasten der behinderten Menschen oder der Schnelligkeit der Leistungserbringung gehen (vgl. BT-Drs. 14/5074, 95). § 14 Abs. 1 und 2 SGB IX wirken im Interesse des Leistungsberechtigten auf eine rasche Zuständigkeitsklärung hin. Aufgrund der Novellierung des SGB IX durch das BTHG wurde das beschleunigte Verwaltungsverfahren mit dem Ziel der Optimierung der **Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger** und noch stärkerer **Personenzentrierung** auf Menschen mit Behinderungen reformiert. Gemäß § 14 Abs. 1 S. 1 SGB IX ist der Rehabilitationsträger verpflichtet, innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang bei ihm die eigene Leistungszuständigkeit festzustellen. Sofern der Träger nach Prüfung seiner Zuständigkeit feststellt, dass er nicht zuständig ist, leitet er den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe unverzüglich an den nach seiner Ansicht zuständigen Träger innerhalb von vierzehn Tagen weiter. Der antragstellende Mensch mit Behinderung wird zugleich über die Weiterleitung informiert. Ist zur Feststellung der Ursachen der Behinderung noch ein Gutachten einzuholen und die Klärung nicht innerhalb der zweiwöchigen Frist möglich, wird der Antrag nach § 14 Abs. 1 S. 3 SGB IX an den Träger unverzüglich weitergeleitet, der die Leistung ohne Klärung der Ursache erbringen wird. Sofern eine Berufskrankheit oder ein Arbeitsunfall die Zuständigkeit der UV begründen könnte, kann somit bis zur Klärung der Ursache der nachrangig zuständige Träger – bei Vorliegen der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung – Leistungen ausführen, für die ein Erstattungsanspruch nach § 16 Abs. 1 SGB IX besteht. Sofern die zweiwöchige Weiterleitungsfrist nicht eingehalten wird, hat der Rehabilitationsträger die Leistung zur Teilhabe auszuführen. Sofern der Antrag fristgerecht weitergeleitet wurde, ist der annehmende Träger seinerseits an diese Entscheidung gebunden und muss auch im Falle einer unrichtigen Abgabe im vorrangigen Interesse des Rehabilitanden die Leistung ohne weitere Verzögerung erbringen.

Leistungen zur Teilhabe für Menschen mit Behinderungen können aufgrund ihrer Komplexität des Zusammenwirkens mehrerer Rehabilitationsträger bedürfen. Die Neuregelungen des BTHG stellen noch mehr als im früheren, instituti-

des Verwaltungshandelns. „Leistungen wie aus einer Hand“ bei vielseitigem Rehabilitationsbedarf und einer Mehrheit von zuständigen Rehabilitationsträgern werden durch § 15 Abs. 1 S. 1 SGB IX erreicht, in dem der leistende Reha-Träger weiteren Trägern nach § 6 Abs. 1 SGB IX den Antrag unverzüglich zuleitet. Die in Betracht kommenden Leistungen werden von den jeweils zuständigen Rehabilitationsträgern festgestellt. Für die Leistungsausführung kann ein **Teilhabeplan** notwendig sein und nach § 19 SGB IX erstellt werden. Um die Leistung noch zielgerichteter abzustimmen, kann mit Zustimmung des Betroffenen eine **Teilhabe-konferenz** nach § 20 SGB IX durchgeführt werden.

- 16 Die Kostenerstattung der Rehabilitationsträger untereinander richtet sich nach § 16 SGB IX. Wird die Frist zur Weiterleitung nicht eingehalten, besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Kostenerstattung gegen den eigentlich zuständigen Träger. Einen Erstattungsanspruch hat nach § 16 Abs. 1 SGB IX nur der zweite Träger, an den der Antrag fristgerecht abgegeben wurde und der ohne erneute Möglichkeit zur Weiterleitung leistungs verpflichtet bleibt. Im Falle eines Irrtums über die Zuständigkeit hat der Rehabilitationsträger, bei dem der Antrag zuerst eingegangen ist, gem. § 14 Abs. 4 S. 3 SGB IX vorbehaltlich anderer Absprachen zwischen den Trägern keinen Erstattungsanspruch. Die Regelung des § 16 SGB IX ist *lex specialis* zu § 105 Abs. 1 SGB X, der nicht anzuwenden ist.
- 17 Kommt der Rehabilitationsträger seiner Pflicht zur rechtzeitigen Leistung nicht nach, weil er die Frist des § 14 SGB IX nicht einhält, können leistungsberechtigte Menschen mit Behinderungen sich unter den Voraussetzungen des § 18 SGB IX die **Leistung selbst beschaffen** und einen **Erstattungsanspruch gegen den Träger** geltend machen. Der noch bis zum 31.12.2017 geltende § 15 SGB IX aF beruhte auf der bisherigen Rechtsprechung (vgl. BSG SozR 2200 § 1236 Nr. 50) und setzte nach der Begründung (vgl. BT-Drs. 14/5074, 103) voraus, dass der Leistungsberechtigte eigene Mitwirkungspflichten, wie die rechtzeitige Einreichung von Unterlagen, Teilnahme an ärztlichen Untersuchungen, erfüllte und eine angemessene Frist zur Leistungserbringung setzte. § 18 SGB IX vereinfacht das Verfahren zur Erstattung selbstbeschaffter Leistungen für Menschen mit Behinderungen. Der Anspruch kann nach einer Frist von zwei Monaten geltend gemacht werden, wenn der leistende Träger nicht vor Ablauf der Frist schriftlich die Gründe mitteilt, weshalb nicht fristgerecht entschieden werden kann (§ zum Verfahren § 14 Abs. 2 und 3 SGB IX).

6. Flexirentengesetz

- 18 Durch das „Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Sicherung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz – BGBl I, 2838) vom 8.12.2016, das mWv 14.12.2016 in Kraft trat, wurden wesentliche Änderungen im Rehabilitationsrecht der Rentenversicherung nach §§ 9 bis 32 vorgenommen. Das Hinausschieben des Renteneintrittsalters erfordert für die Beschäftigten verbesserte Bedingungen für flexibles Arbeiten bis zum Ende der Regelaltersgrenze (BT-Drucks 18/9787). Neben Anreizen für eine Beschäftigung auch nach Erreichen der Regelaltersgrenze besteht die Notwendigkeit, die Gesundheit zu fördern und die Rahmenbedingungen für eine verbesserte Erwerbsfähigkeit mit dem Ziel des Verbleibs im Arbeitsleben zu schaffen. Diese Zielsetzung führte zu einer Reihe von Neuregelungen im Bereich von Prävention und Rehabilitation.