

„REHABILITATION VOR RENTE“

Erläuterung eines Grundsatzes
für Ärzte, Beschäftigte
und Arbeitgeber



Autor

Assessor jur. Martin H. Kramer, Berlin
Geschäftsführer
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.

Herausgeber

Arbeitskreis Gesundheit e.V.
Am Römerlager 2
53117 Bonn

Layout und Druck

D+L Reichenberg GmbH, Bocholt

Stand

1. Auflage, August 2006

© 2006

INHALTSÜBERSICHT

Worum geht es?	4
Rehabilitation vor Rente, ein bedeutender Grundsatz!	6
Was ist eigentlich medizinische Rehabilitation? Warum ist sie wichtig?	7
Antragstellung: Wer kann Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten?	8
Rehabilitationsträger und ihre Aufgaben	9
Rehabilitationseinrichtungen: Partner der Rehabilitationsträger und Patienten	11
Wann sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich und sollten eingeleitet werden?	12
Wer unterstützt bei Antragstellung und Einleitung?	14
Kleine Rechtskunde	16

WORUM GEHT ES?

Jeder Beschäftigte kann krank oder behindert werden. Längere und chronische Krankheiten und Behinderungen führen zunächst zu Fehlzeiten und Entgeltfortzahlung. Insgesamt ist aber die Teilhabe am Erwerbs- und Arbeitsleben durch die Gesundheitsstörung oder Behinderung gefährdet oder gar schon beeinträchtigt. Es droht der Verlust des Arbeitsplatzes und eine Minderung oder sogar der Verlust der Erwerbsfähigkeit. Die Betroffenen sind in Gefahr, von Sozialleistungen wie Arbeitslosengeld oder Grundsicherung für Arbeitsuchende oder Erwerbsminderungsrente abhängig zu werden. Besonders problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass der zu beobachtende Rückgang an Fehlzeiten in sehr vielen Fällen nicht darauf beruht, dass die Beschäftigten gesünder geworden sind. Gesundheitliche Beeinträchtigungen werden nicht zuletzt aus Angst um den Arbeitsplatz einfach verdrängt. Zu berücksichtigen ist auch, dass die Anforderungen an die Beschäftigten immer mehr zunehmen und künftig sehr wahrscheinlich länger, mindestens bis 67, gearbeitet werden muss.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen eines Beschäftigten zu ignorieren oder sogar das Arbeitsverhältnis mit einem solchen Beschäftigten zu beenden, ist für keinen Beteiligten eine vernünftige Lösung. Auf die Sozialversicherung, insbesondere die Rentenversicherung, kommen hohe Folgekosten u.a. durch Beitragsausfälle und vorzeitige Rentenzahlungen zu. Den betroffenen Beschäftigten droht eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe an der Gesellschaft, Krankheitskosten und nicht selten der soziale Abstieg. Langwierige Streitigkeiten um eine krankheitsbedingte Kündigung helfen weder dem Arbeitgeber, noch dem Beschäftigten. Für die Arbeitgeber steigen die Lohnnebenkosten und noch wichtiger, die im Betrieb gesammelte Qualifikation und die Investitionen in die Aus- und Weiterbildung eines Mitarbeiters gehen verloren. Dies kann hinsichtlich des zu erwartenden Fachkräftemangels in Deutschland schnell ein echter Wettbewerbsnachteil werden. Daher ist es besser, wenn das Gesundheitsproblem des Mitarbeiters überwunden werden kann oder der Beschäftigte trotz chronischer Krankheit oder Behinderung weiter arbeiten kann. Um dieses zu erreichen, ist eine nachhaltige Leistung erforderlich. Eine solche Leistung steht mit der medizinischen Rehabilitation in geeigneten und qualifizierten Rehabilitationseinrichtungen sofort zur Verfügung. Durch medizinische Rehabilitation wird die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt und Erwerbsunfähigkeit vermieden oder gemindert. Medizinische Rehabilitation stellt die Teilhabe der betroffenen Menschen an der Gesellschaft und speziell am Erwerbs- und Arbeitsleben sicher und senkt langfristig und nachhaltig nicht nur die Kosten im Sozialwesen, sondern auch die Kosten für die Arbeitgeber.

Festzustellen ist aber, dass viele Rehabilitationsmaßnahmen von den Beschäftigten z.B. aus Angst um den Arbeitsplatz und vor der kritischen Reaktion der Kollegen, wegen der zu leistenden Zuzahlung oder einfach aus Unkenntnis nicht beantragt werden.

Arbeitgeber und Arbeitnehmer haben immer noch den klassischen „Kur“-Begriff vor Augen, denken bei Rehabilitation immer noch an Sonderurlaub und können sich nicht vorstellen, dass sich medizinische Rehabilitation positiv rechnet. Tatsache ist, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von den Rehabilitationsträgern aus Beiträgen der Arbeitgeber und Beschäftigten bezahlt werden und diese aufgrund der knapper werdenden Beiträge sehr stark darauf achten, dass die Beiträge nicht verschwendet, sondern zielgerichtet und erfolgreich eingesetzt werden. Medizinische Rehabilitation ist deshalb kein Freizeitvergnügen oder Zusatzurlaub, sondern für den Patienten harte Arbeit. Arbeit an sich selbst, zur Veränderung seines Verhaltens, seines Lebensstils. Harte Arbeit zur Bewältigung seiner Leistungseinschränkungen und damit zur Wiederherstellung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit. Auf den ersten Blick steht der betroffene Mitarbeiter und Kollege erneut für drei Wochen nicht zur Verfügung. Auf den zweiten Blick lohnt sich diese Investition jedoch sofort, denn die meisten Beschäftigten können nach einer medizinischen Rehabilitation ihre alte Position wieder einnehmen, wichtiges Know-how bleibt dem Unternehmen erhalten.

Die Arbeitgeber haben aber seit 2004 auch eine besondere Pflicht. Ist bei einem Beschäftigten, der länger als sechs Wochen innerhalb eines Jahres arbeitsunfähig ist, der Arbeitsplatz durch personen-, verhaltens- oder betriebsbedingte Schwierigkeiten gefährdet, so ist für diesen Beschäftigten nach § 84 Abs. 2 SGB IX ein betriebliches Eingliederungsmanagement durchzuführen. Es gilt: Wer nichts tut, kann nicht mehr so einfach krankheitsbedingt kündigen, der Arbeitgeber muss zunächst sein möglichstes tun, um die Kündigung zu verhindern.

REHABILITATION VOR RENTE, EIN BEDEUTENDER GRUNDSATZ!

Im deutschen Sozialrecht hat ein Grundsatz besondere Bedeutung: „Rehabilitation vor Rente“. Der Grundsatz hat alle erwerbsfähigen Menschen zwischen 15 und 65 Jahren im Blick. Dabei ist nach § 8 SGB II erwerbsfähig, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, mit den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich tätig zu sein. Im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung sind zwei Stufen der Erwerbsminderung geregelt, die teilweise (§ 43 Abs. 1 S. 2 SGB VI) und die volle Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 2 S. 2 SGB VI).

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ ist in mehreren Sozialgesetzen verankert, so in § 9 Abs. 1 S. 2 SGB VI, § 4 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB IX, § 8 Abs. 1 SGB IX. Er besagt einfach ausgedrückt: Bevor ein Mensch erwerbsunfähig wird, muss mit medizinischer Rehabilitation alles getan werden, um dies zu verhindern. Ist ein Mensch bereits in seiner Erwerbsfähigkeit gemindert oder erwerbsunfähig, muss mit medizinischer Rehabilitation alles getan werden, um diesen Zustand und die Situation des Erwerbsunfähigen zu verbessern. Durch § 4 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX wurde der bis zum Jahr 2001 nur in spezifischen Leistungsgesetzen enthaltene Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ als grundsätzliche Zielsetzung aller Leistungen zur Teilhabe ausgedehnt. § 4 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX konkretisiert und erweitert die Ziele für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. Die Regelungen sind Ausdruck der Zielsetzung – trotz einer drohenden oder bestehenden Einschränkung der Erwerbsfähigkeit und einer drohenden oder schon bestehenden Behinderung – eine möglichst weitgehende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, am Arbeits- und Erwerbsleben und damit eine Unabhängigkeit von Sozialleistungen, wie z.B. Arbeitslosengeld oder Rente wegen Erwerbsminderung zu gewährleisten. Damit hat der Gesetzgeber nochmals klar entschieden: Auch wer gesundheitlich eingeschränkt ist, soll für die Erwerbsarbeit aktiviert werden.

WAS IST EIGENTLICH MEDIZINISCHE REHABILITATION? WARUM IST SIE WICHTIG?

Mit den Worten des Gesetzgebers ausgedrückt, sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Sozialleistungen zur Teilhabe. Hierdurch wird die besondere Bedeutung der medizinischen Rehabilitation aber nicht einmal im Ansatz deutlich. Mit der Einführung des SGB IX im Jahre 2001 ist die medizinische Rehabilitation zur dritten Säule des deutschen Sozialsystems geworden. Seitdem ist sie nicht mehr Weiterführung der akutmedizinischen Behandlung nur mit anderen Mitteln. Sie hat einen eigenständigen, sehr viel weiter gehenden Auftrag bekommen. Neue Grundlage auch für die Ausgestaltung der medizinischen Rehabilitation ist die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), mit der die funktionale Gesundheit und deren Beeinträchtigung abgebildet werden kann. Ausgangspunkt sind danach Beeinträchtigungen in den Bereichen Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus. Das SGB IX stellt dieses in den Wirkungszusammenhang mit den daraus folgenden Beeinträchtigungen der Tätigkeiten (Aktivitäten) aller Art eines Menschen sowie Beeinträchtigungen der Teilhabe (Partizipation) an Lebensbereichen.

Nach dem SGB IX ist die Beeinflussung der Beeinträchtigungen der Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus und die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit, insbesondere auf den Ebenen Aktivitäten (Leistungsfähigkeit) und Partizipation (Teilhabe an Lebensbereichen), zentrale Aufgabe der Rehabilitation. Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation setzen sich mit der Teilhabe des Patienten sowie deren Rahmenbedingungen auseinander und intervenieren in Bereichen, die der behandelnde Arzt mit den Mitteln der Krankenbehandlung nicht erreichen und beeinflussen kann. Aufgabe der medizinischen Rehabilitation ist danach nicht etwa allein die Weiterbehandlung einer Krankheit. Sie umfasst als einzige Leistung im Gesundheitswesen einen ganzheitlichen Ansatz, der den Menschen in den Mittelpunkt stellt, und der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Erkrankung hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen eines Patienten – beschrieben in Form von Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe und ihrer Kontextfaktoren – berücksichtigt. Anders ausgedrückt, den Krankenhausarzt interessiert, ob z.B. die Amputation eines diabetischen Fußes erfolgreich verlaufen ist, den Arzt in der Rehabilitationseinrichtung und sein Team interessiert, dass der Patient trotz seiner Behinderung wieder am Leben in der

Gesellschaft teilhaben kann und nicht erwerbsunfähig wird. Wichtig ist dabei, dass Art, Umfang und Ausführung der Leistungen sich nunmehr für alle Rehabilitationsträger einheitlich nach dem SGB IX richten.

Auf dieser Basis ist medizinische Rehabilitation wichtig, weil sie

- auf Dauer den Gesundheitszustand der Betroffenen verbessert,
- die Behandlungsergebnisse der akutmedizinischen Versorgung verbessert und langfristig sichert,
- den Arbeitsplatz sichert und insgesamt die Kosten für das Sozialwesen und die Arbeitgeber senkt.

Mit einer erfolgreich durchgeführten medizinischen Rehabilitation werden in den Folgejahren die krankheitsbedingten Fehlzeiten drastisch reduziert. Nach Statistiken der gesetzlichen Rentenversicherung verbleiben rund 80 % der Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter mindestens zwei Jahre nach einer Rehabilitation im Berufsleben. Durch die in dieser Zeit geleisteten Beitragszahlungen und die eingesparten Rentenzahlungen ergibt sich allein für die gesetzliche Rentenversicherung ein Einsparpotential von weit über 2 Mrd. Euro jährlich. Medizinische Rehabilitation dient damit nicht nur den Beschäftigten, sondern immer auch den Arbeitgebern und der Solidargemeinschaft.

ANTRAGSTELLUNG: WER KANN LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION ERHALTEN?

Für Sozialleistungen, also auch für Leistungen zur Teilhabe in der Form einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, ist grundsätzlich ein Antrag des betroffenen Menschen erforderlich.

Aus den gesetzlichen Zielen der Rehabilitation im SGB VI und SGB IX geht hervor, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die Erwerbsunfähigkeit verhindern sollen, nicht nur für bereits behinderte Menschen erbracht werden. Rehabilitation soll auch und gerade verhindern, dass Menschen überhaupt chronisch krank, behindert und erwerbsgemindert werden. Rehabilitation ist auch Prävention. Chronisch Kranke sind von Behinderung und Erwerbsunfähigkeit bedroht. Unabhängig von der Erkrankung oder Beeinträchtigung sind sich Praxis und Wissenschaft der Rehabilitation einig, dass Leistungen möglichst frühzeitig einsetzen müssen, um ihre Ziele zu erreichen. Leistungen müssen frühzeitig beantragt werden.

Durch den Gesetzgeber wird unterstellt, dass stationäre Rehabilitationsleistungen nur alle vier Jahre und nur für drei Wochen erforderlich sind. Dies sind jedoch nur Richtwerte. Wenn die gesundheitliche Situation des Patienten es erfordert, ist eine medizinische Rehabilitation auch vorzeitig, d.h. vor Ablauf der Vier-Jahresfrist medizinisch indiziert und kann abweichend von der Vier-Jahresfrist vorzeitig durchgeführt werden.

REHABILITATIONSTRÄGER UND IHRE AUFGABEN

Rehabilitationsträger, manchmal auch Kostenträger oder Leistungsträger genannt, sind nach § 6 Abs. 1 SGB IX u.a. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (z.B. gewerbliche Berufsgenossenschaften, Unfallkassen), die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung) und die Träger der Sozialhilfe. Die Bundesanstalt für Arbeit erbringt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Ein großer Rehabilitationsträger, die gesetzliche Krankenversicherung, bleibt hier unberücksichtigt, da diese keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für erwachsene Erwerbstätige zur Vermeidung von Rentenzahlungen erbringt.

Für erwachsene Beschäftigte ist in der Regel die gesetzliche Rentenversicherung für die Bewilligung und Ausführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuständig, wenn der Beschäftigte in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung für sechs Monate Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit entrichtet hat und sich die Erkrankung, Behinderung oder Beeinträchtigung sowie die Teilhabeleistungen auf die Erwerbsfähigkeit auswirken. Auch für Bezieher von Leistungen der Grundsicherung (Arbeitslosengeld II) werden Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet, so dass diese auch für arbeitslose Menschen mit Rehabilitationsbedarf Leistungen erbringen kann. Ist die medizinische Leistung zur Rehabilitation infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit erforderlich, ist die für den Betrieb zuständige Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse Rehabilitationsträger.

Es ist aber auch völlig unschädlich, wenn der Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beim falschen, d.h. nicht zuständigen Rehabilitationsträger eingereicht wird. Nach § 16 SGB I nehmen alle Leistungsträger die Anträge entgegen und Anträge, die bei einem unzuständigen Leistungsträger gestellt werden, sind unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten. Die Prüfung der Zuständigkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und das entsprechende Verfahren ist zudem in § 14 SGB IX mit konkreten Fristen geregelt.

Aufgabe der Rehabilitationsträger ist die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Behindert im Sinne des SGB IX sind nicht nur Menschen, die als schwerbehindert anerkannt sind oder denen man ihre Behinderung sofort ansieht. Behindert im Sinne des SGB IX sind vielmehr alle, die aus gesundheitlichen Gründen (körperlich, seelisch, geistig) in ihrer Teilhabe beeinträchtigt sind. Nach §§ 10 - 13 SGB IX sind die Rehabilitationsträger im Rahmen der gesetzlichen Regelungen dafür verantwortlich, dass die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich – „wie aus einer Hand“ – erbracht werden. Die Rehabilitationsträger stellen sicher, dass die erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation zugeschnitten auf die individuelle Lebenssituation des betroffenen Menschen und unter Berücksichtigung seiner berechtigten Wünsche (§ 9 SGB IX) im Austausch mit diesem bzw. mit seinen Angehörigen zum frühestmöglichen Zeitpunkt erbracht werden. § 8 Abs. 1 SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger zu aktivem Verwaltungshandeln, wenn bei ihnen Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht werden. Die Rehabilitationsträger müssen dann von Amts wegen prüfen, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation voraussichtlich erfolgreich sind. Die Rehabilitationsträger müssen den bei dem Menschen bestehenden individuellen Leistungsbedarf funktionsbezogen feststellen (§ 10 Abs. 1 Satz 2 SGB IX) und dazu ggf. ein ergänzendes Sachverständigengutachten (§ 14 SGB IX) einholen. In diesem Zusammenhang ist nicht nur der Rehabilitationsbedarf festzustellen. Das Ergebnis dieser Feststellungen beinhaltet insbesondere die Klärung, zu welchen Arbeiten ein Mensch körperlich, geistig oder seelisch nicht in der Lage ist und mit welchen Rehabilitationsleistungen diese Beeinträchtigungen ggf. beseitigt werden können.

Oft sind ärztliche Behandlung und medizinische Rehabilitation nicht allein geeignet, die Probleme zu lösen, die durch eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung im Arbeitsleben ausgelöst werden. Hier kommen dann Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht. Dies sind nicht nur außerbetriebliche Umschulungen, sondern auch betriebliche Hilfen für Beschäftigte und Arbeitgeber, um Arbeitsplätze anzupassen oder innerbetrieblich eine neue Tätigkeit zu erschließen. Nach § 11 SGB IX sind die Rehabilitationsträger zur Kooperation verpflichtet und müssen u.a. vor, während und nach der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation prüfen, ob durch geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Erwerbsfähigkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Für Erwerbstätige ist auch hier primär die gesetzliche Rentenversicherung zuständig.

REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN: PARTNER DER REHABILITATIONSTRÄGER UND PATIENTEN

Der Rehabilitationsträger darf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, die nach ihrer Struktur- und Prozessqualität auch tatsächlich geeignet ist, die angestrebten Rehabilitationsziele zu erreichen.

Rehabilitationseinrichtungen in diesem Sinne zeichnen sich heute dadurch aus, dass sie interne Qualitätsmanagementverfahren, z.B. das Integrierte Qualitätsmanagement Verfahren (IQMP-Reha) anwenden und über eine entsprechende Zertifizierung verfügen. Hier können Patienten sicher sein, in guten Händen zu sein. Die Rehabilitationsträger können sicher sein, einen guten Partner bei der Ausführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu haben.

WANN SIND LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION ERFORDERLICH UND SOLLTEN EINGELEITET WERDEN?

Die Träger der medizinischen Rehabilitation dürfen nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur bewilligen, wenn damit voraussichtlich folgende, gesetzlich vorgegebene Ziele erreicht werden können:

- Vermeidung, Überwindung oder Minderung einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder von Pflegebedürftigkeit bzw. Verhütung ihrer Verschlimmerung sowie Vermeidung des Bezuges von laufenden Sozialleistungen oder Minderung einer bereits laufenden Sozialleistung (§§ 4 Abs. 1 Nr. 2, 26 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX).

Mit § 26 SGB IX werden die in § 4 SGB IX für die Leistungen zur Teilhabe insgesamt vorgegebenen Ziele als spezifische Ziele der medizinischen Rehabilitation in das Leistungsrecht übernommen. Die Ziele beschreiben Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die ein Mensch als Folge einer Behinderung oder chronischen Erkrankung erleiden kann. Für die gesetzliche Rentenversicherung ergeben sich weitere Konkretisierungen aus §§ 9 und 10 SGB VI.

Die Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs muss funktionsbezogen erfolgen und sich nach dem SGB IX an der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) orientieren. Danach gilt ein Mensch nicht als funktional gesund und deswegen in seiner Teilhabe beeinträchtigt, wenn

- seine körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen nicht denen eines gesunden Menschen entsprechen,
- er nicht all das tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme erwartet wird,
- er sein Dasein nicht in allen Lebensbereichen, die ihm wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder Körperstrukturen erwartet wird.

Die Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit darf dabei nicht mit Krankheit gleichgesetzt werden. Der Bedarf für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist deshalb nicht gekennzeichnet durch den Schweregrad einer Erkrankung, sondern durch Art und Ausprägung einer bereits bestehenden oder drohenden Teilhabebeeinträchtigung. Ein Mensch kann funktional erheblich schwerwiegender beeinträchtigt sein als es die zugrunde liegende Krankheit erwarten lässt.

Wird festgestellt, dass mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein o.g. Ziel erreicht werden kann, müssen die in § 26 Abs. 2 u. 3 SGB IX nicht abschließend beschriebenen Leistungen der medizinischen Rehabilitation auf den konkreten Einzelfall bezogen bedarfsgerecht sein.

Die Ziele der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die zu erbringenden Leistungen selbst sind in §§ 33 ff SGB XI geregelt.

Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger haben in einer gemeinsamen Empfehlung zur frühzeitigen Erkennung eines Bedarfes an Leistungen zur Teilhabe Anhaltspunkte für einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe, insbesondere der medizinischen Rehabilitation, formuliert. Sollten Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe eines Menschen in für ihn wichtigen Lebensbereichen vorliegen oder drohen, sollte die Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation immer erfolgen. Solche Beeinträchtigungen können sich darstellen

auf der Ebene der Aktivitäten, z.B.

- in der Fortbewegung, der allgemeinen körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit,
- im Verhalten,
- in der Kommunikation,
- in der Haushaltsführung,
- in der Bewältigung von psychischen und sozialen Belastungen,
- in der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben;

und

auf der Ebene der Teilhabe, z.B. in Einschränkungen der Möglichkeit der

- Bildung und Ausbildung,
- Selbstversorgung,
- Mobilität,

- Erwerbstätigkeit,
- sozialen Integration,
- ökonomischen Eigenständigkeit in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhalts.

Solche Anhaltspunkte können sich zum Beispiel ergeben bei Menschen,

- die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt wegen Krankheit behandlungsbedürftig sind,
- mit mehrfachen oder lang andauernden ambulanten oder stationären Behandlungen wegen mehrerer oder derselben Erkrankung,
- die wegen der Krankheit und ihrer Folgen erkennbar mit familiären oder betrieblichen Problemen belastet sind,
- mit traumatischen Erlebnissen, insbesondere bei Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit,
- mit besonders belastenden Arbeits- und Lebensbedingungen,
- die bereits eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung beziehen,
- die bereits Leistungen zur Teilhabe erhalten oder erhalten haben, wenn sich eine Verschlimmerung anbahnt oder sich neue Aspekte für eine mögliche Verbesserung des Leistungs- und Teilhabevermögens ergeben.

Ein Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit ihrem ganzheitlichen und interdisziplinären Ansatz besteht immer, wenn bei einer drohenden oder bereits eingetretenen Beeinträchtigung der Teilhabe die Mittel der akutmedizinischen Behandlungen nicht mehr ausreichen.

WER UNTERSTÜTZT BEI ANTRAGSTELLUNG UND EINLEITUNG?

Alle Menschen, die von Erwerbsminderung bedroht oder bereits betroffen sind, haben bei der Beantragung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einen gesetzlichen Anspruch auf Beratung und Hilfe nicht nur durch die Rehabilitationsträger, sondern durch alle Sozialleistungsträger. Dieser Anspruch ist für alle Sozialleistungen grundsätzlich in §§ 13 - 16 SGB I geregelt, er findet sich aber auch in zahlreichen anderen sozialgesetzlichen Vorschriften. Durchgeführt wird die Beratung regelmäßig in den Beratungs-

stellen der Sozialleistungsträger. Von besonderer Bedeutung für die Beantragung und Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind in diesem Zusammenhang die in §§ 22, 23 SGB IX geregelten gemeinsamen örtlichen Servicestellen der Rehabilitationsträger. Die Rehabilitationsträger müssen sicherstellen, dass in allen Landkreisen und kreisfreien Städten solche gemeinsamen Servicestellen bestehen. Zwar kann für mehrere kleine Landkreise oder kreisfreie Städte auch eine Servicestelle eingerichtet werden, aber nur, wenn eine ortsnahe Beratung gewährleistet ist. Die Servicestellen haben einen umfassenden Beratungs- und Hilfsauftrag.

Als Vertrauensperson des Patienten hat der behandelnde niedergelassene Arzt eine besondere Verantwortung. Gerade der behandelnde Arzt kann dazu beitragen, dass sein Patient frühzeitig eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation beantragt. Wichtig ist, dass es für die Einleitung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung kein förmliches Verfahren gibt. Es reicht aus, wenn der behandelnde Arzt dem Patienten empfiehlt, einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beim zuständigen Rentenversicherungsträger oder einer gemeinsamen Servicestelle zu stellen. Hilfreich ist, wenn der Arzt in einem Attest die realistischen Ziele beschreibt, die nach seiner Beurteilung durch die Rehabilitationsleistungen angestrebt und erreicht werden sollen.

In einer gemeinsamen Empfehlung der Rehabilitationsträger ist geregelt, dass es Ziel der Arbeit der Sozialdienste ist, durch Information, gezielte Intervention und Unterstützung dem betroffenen Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Ein wichtiger Sozialdienst im Bereich der medizinischen Rehabilitation ist z.B. der Krankenhaussozialdienst.

Nicht nur wegen der Verpflichtung zur Einrichtung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements sollte in den Unternehmen eine Kultur der Beratung und Unterstützung der betroffenen Beschäftigten eingerichtet werden. Hier sind auch die Betriebsräte und Vertreter der Gewerkschaften gefragt.

Wegen der Nähe zu den betroffenen Menschen sind Personen aus dem direkten sozialen Umfeld, insbesondere Angehörige, oft vor anderen in der Lage, drohende Beeinträchtigungen in den Aktivitäten und der Teilhabe der betroffenen Menschen zu erkennen. Sie sollten den betroffenen Menschen auf jeden Fall dabei unterstützen, dass er die ihm zustehenden Rechte wahrnimmt und wahrnehmen kann.

KLEINE RECHTSKUNDE

SOZIALRECHT ALLGEMEIN

§ 14 SGB I

Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch. Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind.

§ 16 SGB I

- (1) Anträge auf Sozialleistungen sind beim zuständigen Leistungsträger zu stellen. Sie werden auch von allen anderen Leistungsträgern (...) entgegengenommen.
- (2) Anträge, die bei einem unzuständigen Leistungsträger (...) gestellt werden, sind unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten. Ist die Sozialleistung von einem Antrag abhängig, gilt der Antrag als zu dem Zeitpunkt gestellt, in dem er bei einer in Satz 1 genannten Stelle eingegangen ist.
- (3) Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass unverzüglich klare und sachdienliche Anträge gestellt und unvollständige Angaben ergänzt werden.

GRUNDSICHERUNG FÜR ARBEITSUCHENDE

§ 1 Abs. 1 Satz 4 SGB II

Die Leistungen zur Grundsicherung sind insbesondere darauf auszurichten, dass (...)

- Nr. 2 die Erwerbsfähigkeit des Hilfebedürftigen erhalten, verbessert oder wieder hergestellt wird, (...)
- Nr. 5 behindertenspezifische Nachteile überwunden werden.

§ 8 Abs. 1 SGB II

Erwerbsfähig ist, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbsfähig zu sein.

RENTENVERSICHERUNG

§ 3 Abs. 3 a SGB VI

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit für die sie von den jeweils zuständigen Träger nach dem SGB II Arbeitslosengeld beziehen; (...)

§ 9 SGB VI

- (1) Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um

- Nr. 1 den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
- Nr. 2 dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern.

Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind.

- (2) Die Leistungen nach Absatz 1 können erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

§ 10 Abs. 1 SGB VI

Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,

- Nr. 1 deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
- Nr. 2 bei denen voraussichtlich
 - a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann,
 - b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann,
 - c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsplatz erhalten werden kann.

§ 11 Abs. 1 und 2 SGB VI

- (1) Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, die bei Antragstellung
- Nr. 1 die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
 - Nr. 2 eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen.
- (2) Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen auch erfüllt, die
- Nr. 1 in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben,
 - Nr. 2 innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind oder
 - Nr. 3 vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, wenn sie die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.
- § 55 Abs. 2 ist entsprechend anzuwenden.

§ 12 Abs. 1 SGB VI

- Leistungen zur Teilhabe werden nicht für Versicherte erbracht, die
- Nr. 1 wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers erhalten können,
 - Nr. 2 eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beziehen oder beantragt haben,
 - Nr. 3 eine Beschäftigung ausüben, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschrift Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist,
 - Nr. 4 als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze versicherungsfrei sind, (...)

§ 33 Abs. 3 SGB VI

- Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind
- Nr. 1 Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung,
 - Nr. 2 Renten wegen voller Erwerbsminderung.

§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI

Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen

Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbsfähig zu sein.

§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI

Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbsfähig zu sein.

§ 55 Abs. 2 Nr. 2 SGB VI

Soweit ein Anspruch auf Rente eine bestimmte Anzahl an Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit voraussetzt, zählen hierzu auch Pflichtbeiträge, für die aus den in § 3 oder 4 genannten Gründen Beiträge gezahlt worden sind oder (...)

REHABILITATION UND TEILHABE

§ 4 SGB IX

- (1) Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Behinderung (...)
- Nr. 2 Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
 - Nr. 3 die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern (...)
- (2) Die Leistungen zur Teilhabe werden zur Erreichung der in Absatz 1 genannten Ziele nach Maßgabe dieses Buches und der für die zuständigen Leistungsträger geltenden besonderen Vorschriften neben anderen Sozialleistungen erbracht. Die Leistungsträger erbringen die Leistungen im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften nach Lage des Einzelfalles so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden.

§ 5 SGB IX

- Zur Teilhabe werden erbracht
- Nr. 1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
 - Nr. 2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, (...)

§ 6 Abs. 1 SGB IX

Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) können sein (...)

Nr. 2 die Bundesanstalt für Arbeit für Leistungen nach § 5 Nr. 2,

Nr. 3 die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für Leistungen nach § 5 Nr. 1 und 2,

Nr. 4 die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen nach § 5 Nr. 1 und 2, die Träger der Alterssicherung der Landwirte für Leistungen nach § 5 Nr. 1,

Nr. 5 die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden nach § 5 Nr. 1 und 2, (...)

Nr. 7 die Träger für Sozialhilfe für Leistungen nach § 5 Nr. 1 und 2.

§ 8 Abs. 1 SGB IX

Werden bei einem Rehabilitationsträger Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht, prüft dieser unabhängig von der Entscheidung über diese Leistungen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind.

§ 9 Abs. 1 SGB IX

Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Leistungsberechtigten Rücksicht genommen (...).

§ 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist der (...) leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen.

§ 11 SGB IX

(1) Soweit es im Einzelfall notwendig ist, prüft der zuständige Rehabilitationsträger gleichzeitig mit der Einleitung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, während ihrer Ausführung und nach ihrem Abschluss, ob durch geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Erwerbsfähigkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Er beteiligt die Bundesanstalt für Arbeit nach § 38.

(2) Wird während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation erkennbar, dass der bisherige Arbeitsplatz gefährdet ist, wird mit den Betroffenen sowie dem zuständigen Rehabilitationsträger unverzüglich geklärt, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsplatz erforderlich sind.

§ 14 SGB IX

(1) Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist; bei den gesetzlichen Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Leistungspflicht nach § 40 Abs. 4 SGB V. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Muss für eine solche Feststellung die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung in der Frist nach Satz 1 nicht möglich, wird der Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zugeleitet, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt.

(2) Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest. Muss für diese Feststellung ein Gutachten eingeholt werden, entscheidet der Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragsingang. Wird der Antrag weitergeleitet, gelten die Sätze 1 und 2 für den Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, entsprechend; die in Satz 2 genannte Frist beginnt mit dem Eingang bei diesem Rehabilitationsträger. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen.

§ 22 Abs. 1 SGB IX

Gemeinsame örtliche Servicestellen der Rehabilitationsträger bieten behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, ihren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten nach § 60 Beratung und Unterstützung an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere,

Nr. 1 über Leistungsvoraussetzungen, Leistungen der Rehabilitationsträger, besondere Hilfen im Arbeitsleben sowie über Verwaltungsabläufe zu informieren,

Nr. 2 bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfes, bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe, (...) sowie bei der Erfüllung von Mitwirkungspflichten zu helfen,

Nr. 3 zu klären, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist, auf klare und sachdienliche Anträge hinzuwirken und sie an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten, (...)

Nr. 7 bei den Rehabilitationsträgern auf zeitnahe Entscheidungen und Leistungen hinzuwirken (...)

§ 23 Abs. 1 SGB IX

Die Rehabilitationsträger stellen unter Nutzung bestehender Strukturen sicher, dass in allen Landkreisen und kreisfreien Städten gemeinsame Servicestellen bestehen.

§ 26 SGB IX

- (1) Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um (...)
 - Nr. 2 Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu verhindern oder laufende Sozialleistungen zu mindern.
- (2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere
 - Nr. 1 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, (...)
 - Nr. 3 Arznei- und Verbandmittel, (...)
 - Nr. 4 Heilmittel, einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
 - Nr. 5 Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
 - Nr. 6 Hilfsmittel,
 - Nr. 7 Belastungserprobung und Arbeitstherapie.
- (3) Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere (...)
 - Nr. 2 Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
 - Nr. 3 mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen (...),
 - Nr. 4 Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
 - Nr. 5 Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten im Umgang mit Krisensituationen,
 - Nr. 6 Training lebenspraktischer Fähigkeiten (...)

§ 33 Abs. 1 SGB IX

Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen

entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.

§ 84 SGB IX

- (1) (...)
- (2) Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93 (Betriebs- oder Personalrat), bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement). (...) Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und (...) erbracht werden. Die zuständige Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem die Schwerbehindertenvertretung, können die Klärung verlangen. Sie wachen darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt.
- (3) Die Rehabilitationsträger und die Integrationsträger können Arbeitgeber, die ein betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, durch Prämien oder einen Bonus fördern.

SOZIALHILFE

§ 14 SGB XII

- (1) Leistungen zur Prävention oder Rehabilitation sind zum Erreichen der nach dem SGB IX mit diesen Leistungen verbundenen Ziele vorrangig zu erbringen.
- (2) Die Träger der Sozialhilfe unterrichten die zuständigen Rehabilitationsträger und die Integrationsämter, wenn Leistungen zur Prävention oder Rehabilitation geboten erscheinen.

§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII

Leistungen der Eingliederungshilfe sind neben den Leistungen nach den §§ 26, 33, 41 und 55 des Neunten Buches (...)

**Am Römerlager 2
53117 Bonn**

Telefon **02 28 – 21 21 00**

Telefax **02 28 – 21 22 11**

e-mail **reha@bonn-online.com**

Internet **www.rehaklinik.com**

