

Hinweise

zur Erstellung des ärztlichen Gutachtens zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe einschließlich Zusatzblatt „Ganztäglich ambulante Rehabilitation“ – Formular G1070-11, Blatt 1 bis 5

Vorbemerkungen:

1. Wir bitten Sie, jede der in den Gutachtenformularen gestellten Fragen zu beantworten.
2. Von der gesetzlichen Krankenkasse wird dem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsantrag) eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeitszeiten und -diagnosen in den letzten 3 Jahren (AUD-Beleg) beigelegt; bitte berücksichtigen Sie die Angaben in diesem AUD-Beleg bei der Erstellung des Gutachtens.
3. Das Gutachten ist innerhalb der gesetzlichen Frist von 2 Wochen nach Zugang des Untersuchungsauftrages von Ihnen zu erstellen (§ 17 Abs. 2 Satz 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX).
4. Die Hinweise betreffen selbstverständlich Frauen, Männer, Divers gleichermaßen. Im Text haben wir uns zugunsten der Lesbarkeit und aus sprachlichen Gründen für die männliche Form entschieden.

Blatt 1

Im Kopf des Gutachtens sind auf jeden Fall der erlernte Beruf und die jetzt ausgeübte Tätigkeit anzugeben. Auch die Fragen nach Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit sind unbedingt – ggf. mit Zeitangabe – zu beantworten.

Kennzeichnung „Eilfall“ oder „Normalfall“:

Als „Eilfall“ sind die Fälle zu kennzeichnen,

- in denen der Versicherte wegen des Leidens arbeitsunfähig ist, das eine Leistung zur Teilhabe (Rehabilitationsleistung) erforderlich macht, **oder**
- die medizinisch begründet besonders dringlich sind.

Alle übrigen Fälle sind als „Normalfall“ zu kennzeichnen.

Ziffer 1:

Die festgestellten Diagnosen sind sowohl als Diagnoseschlüssel entsprechend der ICD-10-GM als auch als Diagnosentext detailliert anzugeben. Dabei ist an erster Stelle das Leiden zu nennen, das im Mittelpunkt der Rehabilitationsleistung steht bzw. stehen soll. Diese Diagnose bestimmt maßgeblich die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung. Die weiteren Leiden (Nebenleiden) sind in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit anzugeben; Bagatelldiagnosen sind nicht aufzuführen.

Angaben zu „Seitenlokalisierung“ und „Diagnosesicherheit“ sind nach Maßgabe der Dokumentationshinweise zum Diagnoseschlüssel vorzunehmen.

Der Schweregrad der Diagnosen ist nach sozialmedizinischen Gesichtspunkten im Hinblick auf die resultierenden Funktions- und Aktivitätseinschränkungen zu bestimmen. Dabei ist „1“ mit geringgradig und „5“ mit gravierend gleichzusetzen.

Ziffer 2:

Bitte erfragen Sie während der Untersuchung die Risikofaktoren. Es wird erwartet, dass der Versicherte ernsthaft bereit ist, während der Rehabilitationsleistung das Rauchen einzustellen und auf Alkohol zu verzichten. Nichtraucherкурse werden in den Rehabilitationseinrichtungen standardmäßig angeboten.

Liegt die entsprechende Bereitschaft nicht vor und beeinflussen die festgestellten Risikofaktoren die vorliegenden Leiden ungünstig, bitten wir Sie, den Versicherten darauf hinzuweisen, dass er ggf. mit einer Ablehnung der Rehabilitationsleistung zu rechnen hat.

Weiterführende Anmerkungen oder Empfehlungen können Sie unter Ziffer 16 (Besondere Bemerkungen) aufführen.

Ziffer 3:

Bei Hinweisen auf eine Suchtproblematik (Alkohol, Drogen, Medikamente) sollten Sie ggf. vorrangig zu einer Entwöhnungsbehandlung raten. Seitens der Deutschen Rentenversicherung Westfalen kann in diesem Fall eine Rehabilitations-Fachberatung veranlasst werden.

Ziffern 4 bis 8:

Die Angaben zu diesen Fragen stellen die Kernaussagen Ihres Gutachtens dar.

Die gutachterliche Klärung von Notwendigkeit und Zielsetzung einer Rehabilitationsleistung soll sowohl

- im trägerübergreifenden Sinne (nach dem SGB IX) erfolgen als auch
- unter den trägerspezifischen Kriterien der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 10 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VI).

Dies müssen Sie bei der Beantwortung der Fragen 4 bis 8 berücksichtigen.

Ziffer 4:

Sie beurteilen hier den allgemeinen trägerübergreifenden Rehabilitationsbedarf; das heißt auch zu Lasten der Krankenversicherung, der Unfallversicherung usw. Gefragt ist hier, ob Sie eine medizinische Rehabilitation generell für notwendig und erfolgversprechend halten.

Rehabilitationsbedürftigkeit setzt eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe (entsprechend dem SGB IX) voraus, die über die kurative Versorgung hinaus den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der Rehabilitation erforderlich macht.

Entscheidend ist somit nicht das Vorliegen einer Krankheit an sich, sondern das Ausmaß der eingetretenen funktionalen Beeinträchtigungen mit Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe. Durch die medizinische Rehabilitation muss eine wesentliche Besserung zu erwarten sein, vorrangige ambulante Behandlungsmöglichkeiten müssen vorher ausgeschöpft sein.

Ziffern 5 bis 5.2:

Unter den Ziffern 5 bis 5.2 beurteilen Sie den trägerspezifischen Rehabilitationsbedarf im Sinne der Rentenversicherung. Die Fragen beziehen sich konkret auf die Gefährdung und Minderung der Erwerbsfähigkeit sowie deren Besserung bzw. Wiederherstellung.

Rehabilitationsbedarf im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung (nach § 10 SGB VI) liegt vor, wenn

1. bei einem Versicherten die Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist **und**
2. voraussichtlich durch Rehabilitationsleistungen
 - a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann,
 - b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann.
 - c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit durch **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**
 - aa) der bisherige Arbeitsplatz erhalten werden kann oder
 - bb) ein anderer in Aussicht stehender Arbeitsplatz erlangt werden kann, wenn die Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes nach Feststellung des Trägers der Rentenversicherung nicht möglich ist.

Die hiernach erforderlichen Leistungsvoraussetzungen sind in den von der Rentenversicherung verabschiedeten „Auslegungsgrundsätzen der Rentenversicherungsträger zu den persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Leistungen zur Teilhabe und zur Mitwirkung der Versicherten“ (siehe **Anlage 1**) näher definiert. Der Wortlaut der §§ 9 bis 11 SGB VI ergibt sich aus der **Anlage 2**.

In **Frage 5** beantworten Sie die Frage, ob eine erhebliche Gefährdung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt und damit die Grundvoraussetzung für Leistungen zur Teilhabe durch die Rentenversicherung erfüllt ist. Bei einem „nein“ an dieser Stelle entfällt die Beantwortung der Fragen 5.1, 5.2, 5.3, 6 und 7.

In den beiden **Unterfragen 5.1 und 5.2** wird unterschieden zwischen einer erheblichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit (5.1) und einer bereits geminderten Erwerbsfähigkeit (5.2). Hier beurteilen Sie die positive Rehabilitationsprognose.

Die Beantwortung der **Frage 5.2** ist erforderlich, wenn aus Ihrer Sicht bereits eine geminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt. Hier sind insbesondere 4 wichtige Fallkonstellationen für einen positiven Rehabilitationsbedarf zu bedenken:

1. Geminderte Erwerbsfähigkeit ist festzustellen, aber voraussichtlich durch eine medizinische Rehabilitationsleistung abzuwenden. (Ist eine positive Rehabilitationsprognose zu verneinen, wird durch die Rentenversicherung ggf. die Umdeutung des Rehabilitationsantrages in einen Rentenantrag geprüft.)
2. Teilweise Erwerbsminderung wurde bereits festgestellt (Bezug einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung) und eine Rehabilitationsleistung ist erforderlich, um eine wesentliche Verschlechterung abzuwenden. Dies gilt insbesondere, wenn der Versicherte noch eine leidensgerechte Tätigkeit ausübt.
3. Rente wegen voller Erwerbsminderung wird auf Zeit bezogen und eine Rehabilitationsleistung ist begründet geeignet, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen.

Die Zuständigkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Versicherte in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder bei anderen Leistungsanbietern im Sinne von § 60 SGB IX liegt ausschließlich bei der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bitte beachten Sie:

Es ist unplausibel, wenn Frage 4 verneint, die Fragen 5.1 oder 5.2 jedoch bejaht werden. Wenn eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation überhaupt nicht notwendig oder erfolgversprechend erscheint, kann auch rentenversicherungsspezifisch kein medizinischer Rehabilitationsbedarf bestehen.

Wenn Rehabilitationsbedarf (Frage 4) bejaht wird, kann hingegen die Verneinung einer rentenversicherungsspezifischen Erfolgsaussicht (5.1 bzw. 5.2) unter Umständen zutreffen. Beispielsweise kann bei einem Antragsteller mit Kardiomyopathie und hochgradiger Einschränkung der Herzmuskelpumpfunktion eine kardiologische Rehabilitation klinisch sinnvoll sein, jedoch nicht erfolgversprechend im rentenversicherungsspezifischen Sinn, weil eine Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben voraussichtlich nicht mehr erreicht wird. Rehabilitationsträger wäre in diesem Fall vermutlich die Krankenkasse. Der Antrag würde dorthin weitergeleitet.

Ziffer 6:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können nach Ablauf von 4 Jahren erneut bewilligt werden, sofern die Voraussetzungen erfüllt sind. Vor Ablauf dieser Frist wird eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation nur erbracht, wenn sie aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist. Bitte erläutern Sie ggf. den vorzeitigen Bedarf.

Ziffer 7:

Hier ist zu beurteilen, ob Sie eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zum aktuellen Zeitpunkt unter Berücksichtigung der somatischen und psychischen Verfassung, der Motivation bzw. Motivierbarkeit für durchführbar halten.

Ziffer 8:

Diese Frage ist zu beantworten, wenn Sie eine medizinische Rehabilitation für nicht erforderlich oder nicht erfolgversprechend halten. Sie geben an, ob stattdessen Mittel der üblichen Krankenbehandlung (z. B. Heilmittelverordnung) oder medizinische Vorsorgeleistungen der Krankenkasse ausreichend sind.

Blatt 2

Ziffer 9:

An dieser Stelle werden wichtige Einzelinformationen für die Rehabilitationsdurchführung abgefragt. Rehabilitationsrelevante Einschränkungen müssen im gesamten Gutachten von Ihnen schlüssig und nachvollziehbar dargestellt werden.

Zusätzlich ist zu dokumentieren, ob die Rehabilitationsdiagnosen im Zusammenhang mit z. B. einer Berufskrankheit, einem Arbeitsunfall oder sonstigen fremdverschuldeten Ereignissen stehen könnten.

Ziffer 10.1:

Für die medizinisch richtige Einweisung des Versicherten in eine Rehabilitationseinrichtung ist neben der Darstellung der Leiden und der Leidensentwicklung auch anzugeben, was bisher zu deren Behebung versucht worden ist und welche diagnostischen Erkenntnisse bisher vorliegen. Wichtig ist der Hinweis, ob die therapeutischen Maßnahmen der kurativen Medizin bereits ausgeschöpft sind.

Die aktuellen Beschwerden / Probleme, die zum Rehabilitationsantrag geführt haben, sollen plausibel beschrieben werden.

Ziffer 10.2:

Der Arbeitsanamnese und Sozialanamnese ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Welchen körperlichen und ggf. geistigen und seelischen Belastungen ist der Versicherte ausgesetzt? Hier sind je nach Einzelfall auch Angaben zur Akkordarbeit, Schichtarbeit usw. hilfreich.

Angaben zur Beschäftigung und zum Arbeitsplatz sind der Anlage zum Leistungsantrag zu entnehmen (Formular G0110 bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Formular G0130 bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben).

Zur Anamnese werden Hinweise erwartet, ob und wie der Versicherte durch seine Erkrankung im Alltag und Beruf bereits erheblich beeinträchtigt und ggf. leistungsgemindert ist (Funktionseinschränkungen insbesondere in Bezug auf die Berufstätigkeit).

Eine anerkannte Schwerbehinderung (GdB) oder Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) und/oder ein eventuell laufendes/geplantes Rentenverfahren sind zu erfragen und anzugeben.

Ziffer 11:

An dieser Stelle sind für die Rehabilitation relevante Ergebnisse der bisherigen apparativen Diagnostik zusammenzufassen. Bereits im Rahmen der kurativen Behandlung vorgesehene und terminierte Diagnostik ist ggf. aufzuführen. Ist die rehabilitationsrelevante Diagnostik noch nicht abgeschlossen, begründet dies ggf. zunächst eine Ablehnung der Rehabilitationsleistung.

Ziffer 12:

Hier sind sowohl der von Ihnen erhobene klinische Untersuchungsbefund als auch die daraus resultierenden Funktionsstörungen des jeweils betroffenen Organsystems zu beschreiben. Eine ggf. vorliegende erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit muss aus Ihrer Befunddarstellung nachvollziehbar erkennbar sein.

Auf eine detaillierte Aufzählung von Normalbefunden kann verzichtet werden. Erhobene pathologische Befunde sind zu beschreiben (auch Labor- und apparative Befunde).

Erwartet wird eine orientierende Darstellung der klinischen Untersuchungsbefunde insbesondere des Herz-/Kreislauf- und Lungen-Systems und des Bewegungs- und Stützapparates. Angaben zu Bewegungseinschränkungen, Geh- und Standstörungen etc. sind regelhaft erforderlich und in ihrem Ausmaß zu beschreiben (insbesondere FBA, Schober, Lasegue).

Immer sind zusätzlich zumindest kurze Aussagen zum neurologischen und zum psychischen Befund erforderlich, auch wenn diese unauffällig sind. Ausführlichere Beschreibungen sind nötig, wenn eine neurologische oder eine psychosomatische Rehabilitationsleistung angezeigt erscheint.

Ist der klinische Befund anschaulich dargestellt, erübrigen sich häufig weitere aufwendige diagnostische Maßnahmen Ihrerseits. Bei Labor- und technischen Leistungen ist im Sinne der Wirtschaftlichkeit genau zu prüfen, welche Leistungen im Einzelfall unabdingbar notwendig sind (siehe aktuelles Rundschreiben der Deutschen Rentenversicherung Westfalen zur Honorierung von ärztlichen Gutachten zu Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe).

Es ist zu beachten, dass die diagnostische Klärung im Bereich der Akutmedizin durch die behandelnden Ärzte und zu Lasten der Krankenkasse durchgeführt werden soll. Wir bitten Sie deswegen, zusätzliche diagnostische Maßnahmen nur dann anzuordnen oder durchzuführen, wenn diese zu der Entscheidung über Rehabilitationsbedarf und Rehabilitationsfähigkeit unmittelbar erforderlich sind.

Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen sollten Vorbefunde stets beigezogen und gewertet werden.

Ziffer 13:

Da die Leistung zur medizinischen Rehabilitation lediglich ein Teil im gesamten Behandlungsprozess ist, soll sie sich in die vorangehende und nachfolgende ärztliche Behandlung sinnvoll einfügen. Deshalb ist sicherzustellen, dass der Indikations- und Behandlungsvorschlag des behandelnden Arztes beachtet wird. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen sind die Hinweise der behandelnden Ärzte im Gutachten unbedingt zu berücksichtigen.

Sollten Ihre Erkenntnisse als Gutachter von den Vorstellungen des vorrangig behandelnden Arztes abweichen oder sich neue Erkenntnisse ergeben, ist mit diesem Rücksprache zu nehmen. Eine Rehabilitationsleistung ist nur sinnvoll, wenn sie von den behandelnden Ärzten in ihrem Behandlungskonzept akzeptiert wird.

Blatt 4

Ziffer 14:

siehe unter Ziffer 13

Ziffer 15:

Sofern Sie Anregungen zur weiteren Diagnostik oder Behandlung geben, sollten Sie reflektieren, ob dadurch die Rehabilitationsfähigkeit aktuell beeinträchtigt ist oder eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht sinnvoll ist. Dies sollte in Ihrem Gutachten deutlich dargestellt werden.

Ziffer 16:

Geben Sie hier bitte die Rehabilitationsziele sowohl aus ärztlicher Sicht als auch aus Sicht des Versicherten an.

Hier haben auch Angaben zum Motiv des Rehabilitationsantrags, zur Eigenmotivation des Versicherten und zur speziellen beruflichen Situation ihren Platz. Diese Informationen sind notwendig, da eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation nur in Betracht kommen sollte, wenn eine hinreichende Erfolgsaussicht hinsichtlich Erhalt oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit besteht. Gegebenenfalls können hier geäußerte Wünsche des Versicherten zur Rehabilitation vermerkt werden.

Konkrete Empfehlungen Ihrerseits zu einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung oder einem Rehabilitationsort sind nur in Ausnahmefällen unter Bezug auf die führenden Rehabilitationsdiagnosen auszusprechen – es sei denn, eine ganztägig ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation wird empfohlen.

Ziffer 18:

Haben Sie Rehabilitationsbedarf festgestellt, ist in jedem Fall zu prüfen, ob für den Versicherten eine ganztägig ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Frage kommt. Gegebenenfalls ist das Zusatzblatt „Ganztägig ambulante Rehabilitation“ auszufüllen.

Blatt 5 – Zusatzblatt zum ärztlichen Gutachten „Ganztägig ambulante Rehabilitation“

Die Deutsche Rentenversicherung Westfalen hat sich zum Ziel gesetzt, den Anteil der ganztägig ambulant durchgeführten Rehabilitationsleistungen zu erhöhen. Das Zusatzblatt zum ärztlichen Gutachten „Ganztägig ambulante Rehabilitation“ ist daher immer auszufüllen und dem ärztlichen Gutachten beizufügen, wenn Rehabilitationsbedarf des Versicherten gesehen wird und sich eine geeignete ambulante Rehabilitationseinrichtung in Wohnortnähe des Versicherten befindet (Anreise bis ca. 45 Minuten). Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass auch stationäre Rehabilitationseinrichtungen, die von der Deutschen Rentenversicherung Westfalen belegt werden, ganztägig ambulante Rehabilitationsleistungen durchführen können. Wir verweisen auf die Ihnen übersandte Liste.

Weitere Informationen zur Begutachtung sind im Internet veröffentlicht unter

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Aerzte/infos-fuer-aerzte_node.html

Anlagen

Anlage 1 zu "Hinweise zur Erstellung des ärztlichen Gutachtens zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe" der Deutschen Rentenversicherung Westfalen

Auslegungsgrundsätze der Rentenversicherungsträger zu den persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Leistungen zur Teilhabe und zur Mitwirkung der Versicherten vom 8. Februar 1995 in der Fassung vom 18. Juli 2002

Diese Auslegungsgrundsätze dienen zur Klärung der Grundbegriffe der Leistungen zur Teilhabe, sollen jedoch keine Festschreibung bewirken.

1. Einleitung

Der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung kann für seine Versicherten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen erbringen, wenn die persönlichen (§ 10 SGB VI) und versicherungsrechtlichen (§ 11 SGB VI) Voraussetzungen dafür erfüllt sind (§ 9 Abs. 2 SGB VI). Leistungen zur Teilhabe kann auch erhalten, wer eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezieht (§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI) oder Anspruch auf große Witwen(r)rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit hat (§ 11 Abs. 3 SGB VI).

Versicherte sind nach §§ 60 ff SGB I verpflichtet, an den Leistungen zur Teilhabe aktiv mitzuwirken.

2. Persönliche Voraussetzungen

Im Sinne der § 9 Abs. 1, Abs. 2, § 10 SGB VI sowie § 2 Abs. 1 SGB IX bedeuten:

- 2.1 *"Krankheit"*, einen regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand,
- 2.2 *"Behinderung"*, dass die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist."
- 2.3 *Erwerbsfähigkeit"*, die Fähigkeit Versicherter, unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihnen nach ihren Kenntnissen und Erfahrungen sowie ihren körperlichen und geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, Erwerbseinkommen zu erzielen,

- 2.4 *"erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit"*, dass durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen innerhalb von drei Jahren mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit im Sinne von Ziffer 2.5 zu rechnen ist,
- 2.5 *"Minderung der Erwerbsfähigkeit"*, eine infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen erhebliche und länger andauernde Einschränkung der Leistungsfähigkeit, wodurch der Versicherte seine bisherige oder zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit nicht mehr oder nicht mehr ohne wesentliche Einschränkungen ausüben kann,
- 2.6 *"wesentliche Besserung"*, eine nicht nur geringfügige oder nicht nur kurzzeitige Steigerung der durch gesundheitliche Beeinträchtigungen geminderten Leistungsfähigkeit des Versicherten im Erwerbsleben; eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit 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,
- 2.7 *"Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit"*, dass die Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben dauerhaft behoben wird,
- 2.8 *"Abwenden einer wesentlichen Verschlechterung"*, dass durch die Leistungen zur Teilhabe eine weitere, nicht nur geringfügige oder nicht nur kurzzeitige Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten verhindert werden kann. Dabei kommt es nicht auf ein rentenrechtlich relevantes Absinken der Leistungsfähigkeit an,
- 2.9 *"voraussichtlich"*, dass der angestrebte Erfolg mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eintreten wird.
- 2.10 Das Vorliegen von Krankheit oder Behinderung und deren aktuelle oder zu erwartende Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Versicherten im Erwerbsleben sowie alle weiteren Fragestellungen, deren Beantwortung medizinischen Sachverstand voraussetzen, sind Gegenstand ärztlicher / sozialmedizinischer Feststellungen und Beurteilungen unter Berücksichtigung aller hierbei im Einzelfall relevanten Aspekte. Die Entscheidung, ob eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt und auch die sonstigen Leistungsvoraussetzungen gegeben sind, trifft auf der Grundlage der ärztlichen Angaben die Verwaltung. ¹

¹ Als Orientierungshilfe für die erforderlichen ärztlichen Feststellungen und Beurteilungen dienen neben anderen einschlägigen Anleitungen insbesondere das Buch "Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung", herausgegeben vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, und von den Rentenversicherungsträgern erarbeitete Indikationsspezifische Entscheidungshilfen für die sozialmedizinische Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit.

3. Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Im Sinne der §§ 9 Abs. 2, 11 SGB VI bedeuten:

3.1 *"absehbare Zeit"* (§ 11 Abs. 2 Nr. 3 SGB VI), einen Zeitraum von bis zu drei Jahren,

3.2 *"wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre"* (§ 11 Abs. 2 a Nr. 1 SGB VI), dass eine solche Berentung unmittelbar droht.

Unmittelbar droht eine Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Rente erfüllt sind und wegen der beim Versicherten vorliegenden Leistungseinschränkung in einem Zeitraum von etwa bis zu zwölf Monaten mit einem Rentenanspruch zu rechnen ist.²

4. Mitwirkung

Mitwirkung der Versicherten im Sinne der §§ 60 ff SGB I bedeutet insbesondere:

4.1 Leistungen zur Teilhabe bedürfen der Zustimmung der Versicherten. Diese sind im Rahmen der §§ 60 bis 65 SGB I verpflichtet, bei der Vorbereitung und Durchführung der Rehabilitation nach Kräften mitzuwirken. Insbesondere sollen sie sich zumutbaren ärztlichen und psychologischen Untersuchungen unterziehen, müssen zur erforderlichen Sachaufklärung beitragen und den Weisungen des Rentenversicherungsträgers sowie der Rehabilitationseinrichtung Folge leisten. Bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation sind die Versicherten in besonderem Maße gehalten, die ärztlichen Hinweise zur Erreichung einer gesünderen Lebensführung zu beachten; dies gilt vor allem bei der Herabsetzung des Körpergewichts sowie beim Einstellen des Rauchens oder des Alkoholkonsumes.

4.2 Leistungen zur Teilhabe können u.a. nur erbracht werden, wenn

4.2.1 der jeweilige Gesundheitszustand die vorgesehene Leistung zur Teilhabe zulässt, insbesondere eine hierzu erforderliche ärztliche oder zahnärztliche Behandlung abgeschlossen ist (eine Kostenübernahme durch den Rentenversicherungsträger kann hierfür grundsätzlich nicht erfolgen, vgl. § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB VI),

4.2.2 der mit der Leistung bezweckte Erfolg nicht durch andere geeignete Maßnahmen erreicht werden kann.

² Für Versicherte, die vor dem 02.01.1961 geboren sind, gilt: Bei Ungelernten wird von Verweisbarkeit i.S.d. § 240 Abs. 2 SGB VI ausgegangen, die übrigen Versicherten werden als nicht verweisbar angesehen.

- 4.3 Der Rentenversicherungsträger kann die Erbringung einer Leistung zur Teilhabe davon abhängig machen, dass der Versicherte selbst Initiativen entwickelt, zum Erhalt oder zur Wiederherstellung seiner Erwerbsfähigkeit beizutragen und ggf. bestehende gesundheitliche Risikofaktoren zu reduzieren.
- 4.4 Leistungen zur Teilhabe können abgelehnt bzw. vorzeitig beendet werden,
 - 4.4.1 wenn erkennbar ist, dass der Versicherte zu der erforderlichen Mitwirkung im Rahmen der Leistungen einschließlich der Integration in die Gemeinschaft nicht bereit ist,
 - 4.4.2 wenn der Versicherte durch ordnungswidriges Verhalten die Durchführung oder den Erfolg der Leistung zur Teilhabe verhindert oder beeinträchtigt.
- 4.5 Die Vorschriften, nach denen bei nicht gerechtfertigter Weigerung, an Leistungen zur Teilhabe teilzunehmen, Leistungen versagt werden können, bleiben unberührt (§ 66 SGB I).
- 4.6 Kosten für Leistungen, die ohne vorherige Zustimmung des Rentenversicherungsträgers begonnen oder durchgeführt wurden, werden grundsätzlich nicht übernommen.

**Anlage 2 zu „Hinweise zur Erstellung des ärztlichen Gutachtens zum Antrag
auf Leistungen zur Teilhabe“ der Deutschen Rentenversicherung Westfalen**
Auszug aus dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) (Stand: 18.02.2021)

§ 9 SGB VI – Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe

(1) Die Träger der Rentenversicherung erbringen Leistungen zur Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Nachsorge sowie ergänzende Leistungen, um

1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
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 Prävention haben Vorrang vor den Leistungen zur Teilhabe. 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 sind zu erbringen, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

§ 10 SGB VI – Persönliche Voraussetzungen

(1) Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,

1. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
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 Arbeitsleben
 - aa) der bisherige Arbeitsplatz erhalten werden kann oder
 - bb) ein anderer in Aussicht stehender Arbeitsplatz erlangt werden kann, wenn die Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes nach Feststellung des Trägers der Rentenversicherung nicht möglich ist.

(2) Für Leistungen zur Teilhabe haben auch Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,

1. die im Bergbau vermindert berufsfähig sind und bei denen voraussichtlich durch die Leistungen die Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann oder
2. bei denen der Eintritt von im Bergbau verminderter Berufsfähigkeit droht und bei denen voraussichtlich durch die Leistungen der Eintritt der im Bergbau verminderten Berufsfähigkeit abgewendet werden kann.

§ 11 SGB VI – Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

(1) Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, die bei Antragstellung

1. die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
2. eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen.

(2) Für die Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen auch erfüllt, die

1. in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben,
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
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. Der Zeitraum von zwei Jahren nach Nummer 1 verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II. Für die Leistungen nach § 15a an Kinder von Versicherten sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, wenn der Versicherte die allgemeine Wartezeit oder die in Satz 1 oder in Absatz 1 genannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt hat.

(2a) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden an Versicherte auch erbracht,

1. wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre oder
2. wenn sie für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung erforderlich sind.

(3) Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen haben auch überlebende Ehegatten erfüllt, die Anspruch auf große Witwenrente oder große Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben. Sie gelten für die Vorschriften dieses Abschnitts als Versicherte.