

– Fachbeitrag D39-2016 –

07.10.2016

## **Die rehabilitationsrelevanten Regelungen der Formulierungshilfe des BMAS zum Flexi-Renten-Gesetz<sup>1</sup>**

*Von Prof. Dr. Fabian Walling, Hochschule Ludwigsburg*

### **I. Einleitung**

Neben den weitreichenden Änderungen im Recht der Leistungen zur Teilhabe durch das geplante Bundesteilhabegesetz kann ein weiteres aktuelles Gesetzesvorhaben ab 01.01.2017 ebenfalls deutliche Auswirkungen haben. Da es „eigentlich“ ein Rentengesetz ist, werden die rehabilitationsrelevanten Bestimmungen leicht übersehen. Es handelt sich um das „Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexi-Renten-Gesetz)“ in Fassung der Formulierungshilfe des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) vom 18.07.2016<sup>2</sup>. Es beruht auf dem Abschlussbericht der Koalitionsarbeitsgruppe »Flexible Übergänge vom Erwerbsleben in den Ruhestand« vom 10.11.2015.<sup>3</sup> Durch das Gesetz sollen ältere Beschäftigte länger im Erwerbsleben gehalten werden. Hierfür sollen die Erwerbstätigen auch dabei unterstützt werden, individuelle Gesundheitsrisiken zu erkennen und zu vermeiden. Dabei sollen die Gesundheit und Erwerbsfähigkeit der Versicherten durch „verbesserte Leistungen der Prävention, Rehabilitation und Nachsorge geschützt und gesichert werden, damit sie im Erwerbsleben gesünder älter werden.“<sup>4</sup> Wesentliche beabsichtigte Änderungen be-

---

<sup>1</sup> Dieser Beitrag wurde unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de) als Fachbeitrag D39-2016 in der Kategorie D: Konzepte und Politik veröffentlicht; Zitiervorschlag: Walling: Die rehabilitationsrelevanten Regelungen der Formulierungshilfe des BMAS zum Flexi-Renten-Gesetz; Beitrag D39-2016 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de); 07.10.2016.

<sup>2</sup> „Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexi-Renten-Gesetz)“, Formulierungshilfe des BMAS (im Folgenden: Formulierungshilfe), <http://www.portal-sozialpolitik.de/recht/gesetzgebung/gesetzgebung-18-wahlperiode/flexirentengesetz>, 17.08.2016.

<sup>3</sup> Abschlussbericht der Koalitionsarbeitsgruppe „Flexible Übergänge vom Erwerbsleben in den Ruhestand“ v. 10.11.2015, <http://www.portal-sozialpolitik.de/recht/gesetzgebung/gesetzgebung-18-wahlperiode/flexirentengesetz>, 17.08.2016.

<sup>4</sup> Formulierungshilfe, a. a. O., S. 1.

treffen dabei auch die Kinderrehabilitation.<sup>5</sup> Die Stellungnahmen einiger Verbände zu der Formulierungshilfe sind bereits veröffentlicht.<sup>6</sup>

## II. Zu den einzelnen Regelungen

### 1. Neufassung von § 10 Abs. 1 Nummer 2 Buchstabe c) SGB VI (Persönliche Voraussetzungen)

Durch die Neufassung von § 10 Abs. 1 Nummer 2 Buchstabe c SGB VI n. F. soll bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit zunächst der bisherige Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden. Ist dies nach Feststellung des Trägers der Rentenversicherung nicht möglich, soll durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch ein anderer Arbeitsplatz, der nach der Gesetzesbegründung konkret in Aussicht stehen muss<sup>7</sup>, erlangt werden können. Das kann künftig sowohl ein neuer Arbeitsplatz beim bisherigen Arbeitgeber, als auch ein Arbeitsplatz bei einem anderen Arbeitgeber sein. Überwiegend dürften dabei Leistungen an Arbeitgeber nach § 34 SGB IX zur Anwendung kommen.<sup>8</sup>

### 2. Einfügung von § 14 SGB VI n. F. (Leistungen zur Prävention)

Durch Einfügung eines § 14 SGB VI n. F. soll Prävention zur Pflichtleistung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) werden. Dies unterstreicht die Wichtigkeit dieser Leistungsart und gibt dem Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation“ erst die entsprechende Bedeutung. Dass das Gesetz dabei auf die „ausgeübte Beschäftigung“ Bezug nimmt, dürfte ein Versehen sein. Nähme man dies wörtlich, dürften Präventionsleistungen nicht an Menschen ohne Beschäftigungsverhältnis erbracht werden.

Darüber hinaus sollen die Rentenversicherungsträger künftig darauf hinwirken, dass die Einführung einer freiwilligen individuellen, berufsbezogenen Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab Vollendung des 45. Lebensjahres trägerübergreifend in Modellprojekten erprobt wird.

Mit dem Gesundheitscheck wird der DRV ein Instrument an die Hand gegeben, mit dem sie aktiv auf ihre Versicherten zugehen kann, um präventions- bzw. rehabilitationsbedürftige Patienten früh- und rechtzeitig zu identifizieren. Die Regelung sollte um eine Klarstellung in § 9 Entgeltfortzahlungsgesetz ergänzt werden, dass für die Zeit der Leistungserbringung Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht. Offen bleibt, warum § 32

---

<sup>5</sup> Formulierungshilfe, a. a. O., S. 2.

<sup>6</sup> Z. B. ULA v. 08.08.2016; BDA v. 09.08.2016; AWO v. 09.08.2016; Volkssolidarität v. 09.08.2016; SoVD v. 09.08.2016; DVfR v. 10.08.2016; DEGEMED v. 10.08.2016; Caritas v. 10.08.2016; GDV v. 11.08.2016, Stellungnahmen abrufbar unter <http://www.portal-sozialpolitik.de/recht/gesetzgebung/gesetzgebung-18-wahlperiode/flexirentengesetz>, 17.08.2016.

<sup>7</sup> Formulierungshilfe, a. a. O., S. 29.

<sup>8</sup> Caritas v. 10.08.2016, S. 9.

SGB VI, wonach eine Zuzahlung von vereinfacht gesagt 9 bis 10 € täglich für stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu leisten ist, nicht angepasst wurde. Entweder war die Zuzahlung für Präventionsleistungen rechtspolitisch nicht gewünscht oder es handelt sich um ein Versehen.

Offen sind auch noch die Umsetzungsmodalitäten (Inhalt, Wiederholungsrhythmus, Ausführer) des Gesundheitschecks. Hier wird es entscheidend darauf ankommen, die im Gesetz vorgesehene Möglichkeit zur Erprobung des Gesundheitschecks in Modellprojekten möglichst rasch umzusetzen. Problematisch dürften auch die Kosten für diese Gesundheitschecks sein, denn der in Betracht kommende Bevölkerungsanteil ist verhältnismäßig hoch und eine Erhöhung der den Rentenversicherungsträgern zur Verfügung stehenden Mittel erfolgte nicht.

### 3. § 15a SGB VI n. F. (Leistungen zur Kinderrehabilitation)

Mit dem neuen § 15a SGB VI n. F. soll die **Kinderrehabilitation** von einer Kann- zur Pflichtleistung der Rentenversicherung werden. Nach der Gesetzesbegründung sollen auch die zum Erreichen des weiterreichenden Zieles einer Kinderrehabilitationsmaßnahme – der Erwerbsfähigkeit – notwendige Zwischenziele, die Schul- bzw. Ausbildungsfähigkeit, angestrebt werden.

Kinderrehabilitationsmaßnahmen sollen künftig auch ambulant erbracht werden können. Während bislang wesentliches Kriterium für die Übernahme der Kosten für eine Begleitperson das Alter des Kindes war, wird künftig ausschließlich an die medizinische Notwendigkeit angeknüpft. Durch eine Formulierung über die Mitaufnahme und Einbeziehung der Familienangehörigen werden die Möglichkeiten zur familienorientierten Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung gesetzlich gestärkt.

Auch Nachsorgeleistungen zur Kinderrehabilitation sollen künftig möglich sein. Der Verweis in § 15a SGB VI n. F. in Abs. 2 S. 3 auf § 17 SGB VI n. F. wird so auszulegen sein, dass Ziel der Nachsorge nicht nur die Sicherung bzw. Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, sondern auch Schul- und Ausbildungsfähigkeit als Zwischenziel sein kann.

Dass der Ausschlussgrund der Vierjahresfrist für Wiederholungsleistungen im Rahmen der Kinderrehabilitation keine Anwendung findet, ordnet § 15a Abs. 4 SGB VI n. F. ausdrücklich an. Bereits im Vorgriff auf die geplante Änderung hat die Arbeitsgruppe Durchführung Rehabilitation (AGDR) der DRV beschlossen, bei Anwendung der Vierjahresfrist die „dynamische Entwicklung des kindlichen Organismus“ zu berücksichtigen,<sup>9</sup> d. h. im Ergebnis eine stark gelockerte Anwendung der gesetzlichen Vierjahresfrist. Warum die DRV bei dieser Formulierung die dynamische und häufig inkongruente Entwicklung der kindlichen Psyche nicht einbezogen hat, bleibt offen, wird aber bei Beschluss des Flexi-Renten-Gesetzes irrelevant werden.

---

<sup>9</sup> Niederschrift der Arbeitsgruppe „Durchführung der Rehabilitation“, Sitzung 2/2016 am 4./5. Juli 2016 in Rheinsberg, TOP 11, S. 56.

Der Aufbau der ambulanten sowie Nachsorge-Versorgungsstrukturen für die Kinderrehabilitation dürfte ein mehrjähriger Prozess werden und nicht innerhalb weniger Wochen nach Verabschiedung des Gesetzes zu realisieren sein.

In den noch zu erarbeitenden Richtlinien ist der konkrete Rahmen für eine weitere einheitliche Fallbeurteilung der beiden zuständigen Rehabilitationsträger (gesetzliche Krankenversicherung [GKV] und gesetzliche Rentenversicherung [GRV]) noch genauer abzustecken (z. B. im Hinblick auf die Festlegung von Regelaltersgrenzen, die Überprüfung typischer Erkrankungen für eine familienorientierte Rehabilitation).<sup>10</sup>

Mit einer wesentlichen Ausweitung der Inanspruchnahme der Kinderrehabilitationsleistungen ist angesichts hoher Bewilligungsquoten und sinkender Antragszahlen nicht zu rechnen. Dennoch weist die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) zu Recht darauf hin, dass es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, die daher aus Steuermitteln zu finanzieren wäre und nicht mit Mitteln der Beitragszahler.<sup>11</sup>

#### **4. Einfügung von § 17 SGB VI n. F. (Leistungen zur Nachsorge)**

Auch die Nachsorge soll künftig Pflichtleistung der Rentenversicherung werden, ohne dass ein entsprechendes Budget zur Verfügung gestellt wurde.

#### **5. Neufassung von § 31 SGB VI n. F. (Sonstige Leistungen)**

Die bislang in § 31 Abs. 3 SGB VI enthaltene, finanzielle Begrenzung der drei Leistungen Kinderrehabilitation, Prävention und Nachsorge („kleiner Reha-Deckel“) würde durch die Umgestaltung in Pflichtleistungen keinen Sinn mehr haben. Folgerichtig wurde § 31 Abs. 3 SGB VI gestrichen.

Auch wenn der Gesetzgeber das Steuerungsinstrument des Reha-Budgets in §§ 220, 287b SGB VI nicht aufgeben wollte, hat er doch in der Gesetzesbegründung auf den Vorrang des Individualanspruchs vor haushaltsrechtlichen Beschränkungen hingewiesen.<sup>12</sup> Mit dieser Klarstellung ist er nicht nur der Rechtsprechung nachgekommen, die ein Entschließungsermessen der Sozialleistungsträger verneint hat. Bedenken wegen einer möglichen Regresspflicht bei Budgeterschöpfung nicht die am besten geeignete Leistung zu bewilligen (vgl. § 19 Abs. 4 SGB IX), dürfte damit auch das letzte Stückchen Boden entzogen sein.

Eine Gesetzesbereinigung könnte bei dieser Gelegenheit durch Streichung von § 287b Abs. 2 Satz 3 SGB VI geschehen. Die seinerzeit vorgesehene Übertragung der Kinderrehabilitation auf die GKV ist nicht erfolgt.

---

<sup>10</sup> Caritas v. 10.08.2016, S. 12.

<sup>11</sup> BDA v. 09.08.2016, S. 2.

<sup>12</sup> Formulierungshilfe, S. 22.

Darüber hinaus wird an der Deckelung des Reha-Budgets zu Recht Kritik geübt.<sup>13</sup> Die Gesamtausgaben der Rentenversicherung werden in einer haushaltsrechtlichen Balance im Wesentlichen durch die Höhe der Einnahmen begrenzt. Eine gesonderte gesetzliche Deckelung einer verhältnismäßig kleinen Einzelausgabenposition ist nicht erforderlich und kann auf die Selbstverwaltung übertragen werden.<sup>14</sup>

### III. Abschließendes

Eine Klarstellung in § 53 SGB IX, für welche Maßnahmen nunmehr Reisekosten von der GRV zu übernehmen sind, fehlt noch und könnte im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens oder des Bundesteilhabegesetzes erfolgen.

Überlegenswert wäre ferner eine Ergänzung der Regelung zur Rentenauskunft in § 109 SGB VI über bestehende Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe.

Ungelöst bleibt bei den Neuregelungen die gleichrangige Zuständigkeit zwischen GKV und GRV für die Kinderrehabilitationsverfahren nach § 40 Abs. 4 SGB V, die in der Praxis für erhebliche Probleme sorgt. Dies könnte durch eine Regelung über die Vorrangigkeit der Rentenversicherung für diese Leistungen erfolgen.<sup>15</sup>

Nach Ansicht der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) besteht eine Regelungslücke im Unfallversicherungsrecht: *„Wer (unter anderem) auf Kosten eines Rentenversicherungsträgers stationäre, teilstationäre oder ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhält, ist nach § 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchstabe a) SGB VII kraft Gesetzes unfallversichert. Teilnehmer an Präventions- bzw. Nachsorgeleistungen hingegen sind in dieser Vorschrift nicht ausdrücklich genannt. Dagegen werden beispielsweise Personen, die auf Kosten eines Unfallversicherungsträgers an vorbeugenden Maßnahmen nach § 3 der Berufskrankheiten-Verordnung teilnehmen, gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchstabe c) SGB VII ausdrücklich vom gesetzlichen Unfallversicherungsschutz erfasst.“*<sup>16</sup> Hier wäre eine Klarstellung in § 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchstabe a) SGB VII wünschenswert, wenngleich nicht zwingend notwendig, da das Ergebnis auch im Wege der teleologischen Auslegung erzielt werden kann.

---

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.  
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

---

---

<sup>13</sup> Z. B. SoVD v. 09.08.2016, S. 6.

<sup>14</sup> Vgl. AWO v. 09.08.2016, S. 12; vgl. SoVD v. 09.08.2016, S. 6.

<sup>15</sup> Vgl. DEGEMED v. 10.08.2016, S. 2.

<sup>16</sup> DVfR v. 10.08.2016, S. 3.