

## IV. Der Vorrang von Rehabilitation vor Rente und Pflege

*Wolfgang Schütte*

### Der Vorrang von Rehabilitation vor Rente – Rechtlicher Rahmen

#### *1. Einleitung, Problemstellung*

„Rehabilitation vor Rente“ gehört zu den kaum bestrittenen Prinzipien der sozialrechtlichen Leistungsgewährung und deshalb vielleicht auch zu den bekanntesten. Das Prinzip leuchtet unmittelbar ein, weil eine Aussteuerung aus dem Erwerbsleben einen leistungsrechtlichen Schlusspunkt darstellt und biografisch zumeist das Ende der beruflichen Laufbahn markiert. Nicht selten ist damit auch das Ende der finanziellen Eigenständigkeit vor dem dauerhaften Bezug von Transferleistungen erreicht. Diesen Zeitpunkt möglichst hinauszuschieben, ist ein legitimes Interesse der Solidargemeinschaft in der Rentenversicherung. Dieses Interesse trifft sich mit den sozialpolitischen Zielen der Rehabilitation, die Eigenständigkeit der Leistungsberechtigten zu fördern (§ 1 SGB IX, Selbstbestimmung) und die Leistungen durchgängig auf die Stärkung noch vorhandener persönlicher Ressourcen und gleichzeitig präventiv auszurichten (§ 3 SGB IX, Vorrang der Prävention). Humanitäre, gesundheitspolitische und fiskalische Überlegungen finden also im Prinzip „Rehabilitation vor Rente“ sinnvoll zueinander.<sup>1</sup>

Bei näherer sozialrechtlicher Betrachtung wird dieses idyllische Verhältnis im Sozialpolitisch-Grundsätzlichen aber etwas brüchig. Vorrang im Leistungsrecht heißt in Situationen der Parallelität und Konkurrenz: Abstufung im Zugang zu Leistungen. Insofern greift das Prinzip „Rehabilitation vor Rente“ in die Verfügbarkeit von „an sich“ gegebenen rechtlichen Möglichkeiten ein. Fragen der Operationalisierung kommen hinzu: In ein Rangverhältnis kann

---

<sup>1</sup> Ähnlich Ruland in SRH, C. 16, Rn. 167.

man sinnvollerweise nur etwas bringen, das bezogen auf ein Drittes verglichen und in ein rechtliches Mehr oder Weniger gruppiert werden kann. Rangverhältnisse verlangen nach Messlatten; erst so sind nachvollziehbare Bewertungen möglich.

Wie verhält es sich nun mit der Vergleichbarkeit von Rehabilitations- und Rentenansprüchen bzw. -leistungen? Ehe sie in der Vorrang-Klausel aufeinandertreffen, sind Rehabilitation und Rente ein rechtliches Aliud mit eigenen Zielen, eigenen Binnendifferenzierungen, eigenen Anspruchsvoraussetzungen persönlicher und versicherungsrechtlicher Art sowie mit eigenen Antragsverfahren, Beurteilungskriterien und Ausführungsformen. Spätestens seit dem Inkrafttreten des SGB IX kann man die Rehabilitation nicht mehr auf eine Vorfrage der Frühverrentung reduzieren, wie sie im Kontext der Rentenversicherung leicht betrachtet werden könnte. Das verweist auf die hinter dem Prinzip „Rehabilitation vor Rente“ stehende sozialrechtliche Problematik, wie sich zwei benachbarte Leistungsbereiche mit je eigenen Regeln sinnvoll aufeinander beziehen lassen, ohne ihre jeweiligen funktionalen Zusammenhänge und internen Regeln aufzugeben.

Im Folgenden möchte ich zuerst einen Blick auf die einschlägige Zentralnorm des Allgemeinen Rehabilitationsrechts werfen, auf § 8 II 1 SGB IX und ihr unmittelbares Umfeld im SGB IX Teil 1 (Abschnitte 2, 3). Sodann sollen einige Ausläufer dieses Prinzips in den besonderen Leistungsgesetzen betrachtet werden, besonders im Rentenantragsverfahren im SGB VI (Abschnitt 4). Danach werden einige kurze Hinweise zu möglichen Gestaltungsvarianten der Vorrangklausel im sozialgerichtlichen Verfahren gegeben (Abschnitt 5). Am Beispiel des „geschickten“ Patienten in Rehabilitationskliniken möchte ich *einen* Kollisionsbereich noch etwas plastischer schildern und sozialrechtlich verorten (Abschnitt 6). Einige Bemerkungen zur Implementierung des SGB IX, dem übergreifenden Thema dieses Bandes, wie sie sich aus der Sicht des Teilthemas „Rehabilitation vor Rente“ ergeben, bilden den Schluss (Abschnitt 7).

## 2. Die Vorrang-Klausel im Kontext des § 8 SGB IX

§ 8 II 1 SGB IX, die hier zu beleuchtende Vorrangklausel, steht im SGB IX in einem besonderen Zusammenhang. Überschriften ist § 8 zwar mit eben die-

sem Vorrang-Gedanken („Vorrang von Leistungen zur Teilhabe“), doch geregelt wird zunächst etwas viel Allgemeineres.

Erst daran schließt sich in Absatz 2 die in der Überschrift genannte Vorrang-Klausel an. § 8 I SGB IX lautet:

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.“

Der Gedanke des § 8 II SGB IX, wonach eine – voraussichtlich erfolgreiche – Teilhabeleistung Vorrang vor der Rentenleistung haben soll, ist im Rehabilitationsrecht nicht neu. Er findet sich in anderen Worten schon in § 7 I 1 RehaAnglG:<sup>2</sup> „Renten wegen Erwerbsminderung oder wegen Berufsunfähigkeit sollen erst dann bewilligt werden, wenn zuvor Maßnahmen zur Rehabilitation durchgeführt worden sind oder wenn [...] ein Erfolg solcher Maßnahmen nicht zu erwarten ist.“ Die Fassung des RehaAnglG war präziser als § 8 II SGB IX, weil sie die Bedeutung des „Vorrangs“ genauer bezeichnete, nämlich eine Prüfpflicht statuierte, ob eine vorzeitige Verrentung nicht durch Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden oder hinauszuschieben sei. Diese *besondere* Prüfpflicht im Zusammenhang der Rentenverfahren ist unter dem SGB IX entbehrlich, weil es der Gesetzgeber für sinnvoll hielt, sie auf alle Sozialleistungen bei allen Rehabilitationsträgern auszudehnen. Damit sind in dieser Prüfpflicht auch die spezielleren Nachbarschaften von Anträgen auf vorzeitige Verrentung mit möglichen Teilhabeleistungen erfasst. Die Prüfpflicht wird also aus ihrer bisherigen engen Bindung an das Verfahren vorzeitiger Verrentung gelöst. Seit Inkrafttreten des SGB IX ist der Grundsatz „Teilhabeleistungen vor Rentenleistungen“ somit ein Spezialfall einer umfassenden Prüfpflicht aller Rehabilitationsträger, die alle Leistungsbereiche umfasst.

Der Gesetzgeber hat hier in bedeutsamer Weise die Beratungspflicht (§ 14 SGB I) und den Amtsermittlungsgrundsatz (§ 20 SGB X) auf die neuen, präventiven Ziele des Rehabilitationsrechts (§§ 3, 4 SGB IX) ausgerichtet – mit

---

<sup>2</sup> Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG) vom 01.10.1974, BGBl. I 1974, S. 1831 ff.; aufgehoben durch Art. 63 des SGB IX vom 22.06.2001, BGBl. I 2001, S. 1046 ff.

rechtlichen Folgen, die vermutlich noch der Umsetzung harren. Nehmen wir einige Beispiele: Wenn heute ein potenzieller Hilfeempfänger einen Antrag auf Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) stellt und Hinweise erkennbar sind, dass die Bedarfssituation mit einer chronischen Erkrankung und/oder einer drohenden oder manifesten Behinderung zusammenhängen könnte, dann lösen diese Hinweise eine umfassende Ermittlungs- und Beratungspflicht des Sozialhilfeträgers nach dem SGB IX bezogen auf mögliche Rehabilitationsleistungen aus. Gleiches gilt auch für das Verfahren nach einem Antrag auf Arbeitslosengeld. Für die Grundsicherung ist das weniger eindeutig, weil man zuvor klären müßte, ob die Grundsicherungsämter als Normadressaten des § 8 SGB IX gelten können. Sicher aber löst die Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen nach dem Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (§§ 27 ff. SGB V) eine entsprechende Prüfpflicht aus. Das ist ein schwieriges Thema, weil damit über die Brücke der Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) und ihre Rolle im Leistungserbringungsrecht (§ 19 IV, § 21 SGB IX) auch die Leistungserbringer einzubeziehen sind. Für einen Teil der Leistungserbringer und andere Verantwortliche im Umfeld des Rehabilitationsgeschehens hat der Gesetzgeber die sich aus § 8 I SGB IX ergebende Prüf-, Beratungs- und Hinweispflicht ausdrücklich normiert;<sup>3</sup> im Übrigen harrt § 8 I SGB IX der Ausfüllung durch Verträge im Leistungserbringungsrecht aller Rehabilitationsträger.

Der Vorrang „Rehabilitation vor Rente“ steht seit dem SGB IX im Rehabilitationsrecht also nicht mehr isoliert, sondern ist eine Ausprägung einer allgemeineren, präventiv und zielbezogen wirkenden Beratungs- und Ermittlungspflicht.<sup>4</sup> Der Gesetzgeber hat – wie an anderen Stellen des SGB IX auch – die Leistungsträger darauf verpflichtet, alle notwendigen Informationen für einen individualisierten und koordinierten Rehabilitationsprozess aktiv zu erheben. Diese sich aus § 8 I und anderen Regelungen des SGB IX ergebende umfassende Sachwalterfunktion der Rehabilitationsträger wird in spezielleren Regelungen wie z.B. zur Zuständigkeit (§ 14), zur Planungsverantwortlichkeit (§ 19) und zum Leistungserbringungsrecht (§ 21) noch weiter ausgestaltet. Damit erhalten die Rehabilitationsträger eine weitreichende Gestaltungskompetenz des Rehabilitationswesens nicht nur im Hinblick auf die Bewilligung

---

<sup>3</sup> § 61 SGB IX, dazu ausführlicher der Beitrag von Masuch in diesem Band.

<sup>4</sup> Mrozynski SGB IX, § 8 Rn. 3.

der vom einzelnen Leistungsberechtigten beantragten Maßnahmen, sondern auch für die Ausgestaltung der Ermittlungs- und Bewilligungsverfahren, für die Infrastrukturplanung und für das Kontraktsystem der Leistungs-, Qualitäts- und Vergütungsvereinbarungen.

### *3. § 8 II SGB IX im Einzelnen*

§ 8 II 1 geht nun auf einen konkreteren Fall der Leistungsgestaltung ein. Er ordnet hier einen Vorrang der Teilhabeleistungen gegenüber Rentenleistungen an, dessen Sinn sich umgangssprachlich leicht erschließt, dessen rechtlicher Gehalt aber nicht ohne Weiteres klar ist. Offenbar ist der Gesetzgeber der Auffassung, der Rehabilitationsträger habe im Rahmen seiner umfassenden Prüf- und Gestaltungspflichten eine bestimmte Problemkonstellation, nämlich das Zusammentreffen von Renten- und Teilhabeansprüchen, in spezifischer Weise aufzulösen. Damit stellen sich eine Reihe von Fragen, insbesondere, für welchen Anwendungsbereich diese spezifische Kollisionslösung gedacht ist und welche Konsequenzen für das Verwaltungs- und Gerichtsverfahren sich daraus ergeben können. § 8 II SGB IX lautet:

Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen wären. Dies gilt während des Bezuges einer Rente entsprechend.

Was wird hier womit in ein Rangverhältnis gestellt und wie wird dieses Rangverhältnis auf der Rechtsfolgeseite ausgestaltet? Oder anhand der vom Gesetzgeber verwandten Begriffe:

- Was meint „Leistungen zur Teilhabe“?
- Welche Leistungen sind gemeint, wenn von „Rentenleistungen“ die Rede ist?
- Wie sieht der angeordnete „Vorrang“ aus?

#### *3.1 „Leistungen zur Teilhabe“*

Vom Gegenstand her relativ einfach zu bestimmen sind die angesprochenen Teilhabeleistungen. Hier verweist das SGB IX auf seine eigenen Umschreibungen: auf die Überschrift und den Zielkatalog des § 4, auf die Leistungsgruppen des § 5 und auf deren Konkretisierung im 4., 5., 6. und 7. Kapitel des

Teil I. Erfasst wird also potenziell der gesamte Maßnahmenkatalog des Allgemeinen Rehabilitationsrechts, wobei die *sozialen* Teilhabeleistungen (§§ 55 ff. SGB IX) wohl kaum in eine mögliche praktische Konkurrenz zur vorzeitigen Rente treten werden. Vorrangig geht es um mehr zielbezogene arbeitsnahe Maßnahmen der beruflichen und medizinischen Rehabilitation und um die begleitenden wirtschaftlichen Sicherungen des 6. Kapitels.

Allerdings bindet § 8 II den Vorrang der Teilhabeleistungen an eine Erfolgsprognose der Rehabilitation und an eine Rückwirkung auf den vorzeitigen Renteneintritt: entweder hinausschiebend oder gar vermeidend. Der Rentenversicherer muss sich im Rahmen seiner allgemeinen Überlegungen nach § 8 I SGB IX und bei der Vorrangprüfung nach § 8 II also Klarheit darüber verschaffen, ob eine Teilhabeleistung im Sinne des Rehabilitationsrechts überhaupt Erfolg verspricht. Die Erfolgskriterien sind in § 4 SGB I sehr viel *weiter* gesteckt als die Vermeidung eines frühen Renteneintritts. Darüber hinaus sind Teilhabeleistungen aber durch die umfassenden Beteiligungsrechte der Leistungsberechtigten verfahrensrechtlich auch an *engere* Voraussetzungen gebunden. Dass hier die gleichen Kriterien für die Einschätzung des Rehabilitationserfolges und die Erwerbsfähigkeit Geltung finden können, wie Gagel und Schian annehmen,<sup>5</sup> erscheint mir in beider Hinsicht (Erfolgskriterien und Verfahrensregeln) zweifelhaft.

Denn das Gesetz trennt den Erfolg der Teilhabeleistungen von der persönlichen Anspruchsvoraussetzung zum Bezug von Erwerbsminderungsrenten. Bezugspunkt für die Beurteilung des Rehabilitationserfolges kann nur § 4 SGB IX sein, derweil der mögliche Zeitpunkt für einen vorzeitigen Renteneintritt davon bestimmt wird, wann jemand auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ein bestimmtes Stundenvolumen täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 SGB VI). Beides ist nach dem SGB IX nicht identisch. Vielmehr ist die Vermeidung eines „vorzeitigen Bezuges anderer Sozialleistungen“ nach § 4 I Nr. 2 wohl eines unter mehreren Kriterien der Erfolgsprognose, aber eben nicht das einzige, vielleicht im Hinblick auf die individualisierende und umfassende Optik des SGB IX nicht einmal das wichtigste.

Die hier verlangte Erfolgsprognose zur Gesundheits- oder Erwerbsförderung im Allgemeinen und zu ihren Auswirkungen auf den vorzeitigen Ren-

---

<sup>5</sup> Gagel/Schian, SGB 2002, 529 ff.

teneintritt im Besonderen können im Sozialrecht nur begrenzt weiter qualifiziert werden. Hier sind das Leistungsrecht und das Verwaltungsverfahren auch auf die empirische Rehabilitationswissenschaft und die sozialmedizinische Prognose angewiesen. In diesem Zusammenhang lohnt ein Blick auf die Ergebnisse der empirischen Rehabilitationsforschung. Aus Untersuchungen zum Rehabilitationsverlauf und seinen möglichen und tatsächlichen Erfolgen weiß man: die Motivation ist ein entscheidender Erfolgsfaktor; zwar keine hinreichende, aber doch eine notwendige Bedingung für das, was das Gesetz als Zielperspektive der Rehabilitation in § 4 SGB IX vorgibt. So haben Sandweg und Riedel auf dem 8. Rehabilitationswissenschaftlichen Colloquium des VDR 1999 berichtet, dass der eigentliche Wunsch nach Verrentung einen Rehabilitationserfolg erheblich blockiert, dass zudem dieser Wunsch therapeutisch wenig beeinflussbar ist.<sup>6</sup> Kehde u.a. haben auf derselben Veranstaltung darüber referiert, wie wenig Einfluss die stationäre psychosomatische Rehabilitation auf Personen hat, die sich mit ihrer Verrentung innerlich bereits abgefunden haben.<sup>7</sup> Schütz hat das Rehabilitationspotenzial derjenigen, die einen Rentenantrag bereits gestellt haben oder dies zu tun beabsichtigen, verglichen mit der Restpopulation einer Rehabilitationsklinik und kommt bei psychosomatischen Patienten zu einem deutlich verminderten Potenzial.<sup>8</sup> Verschiedene weitere Untersuchungen weisen darauf hin, dass der Rehabilitationszugang und die Inanspruchnahme vielfach zu spät erfolgen, um noch erfolgreich sein zu können.<sup>9</sup> Dies alles kann auf die rechtliche Interpretation der Vorrang-Klausel nicht ohne Einfluss sein. Die Vorrangklausel kann eine rechtliche Wirksamkeit nur bei hinreichender Erfolgsaussicht einer Rehabilitationsmaßnahme entfalten. Und eine solche entfällt regelmäßig, wenn die Maßnahme nicht durch die Einsicht und Mitwirkung der Berechtigten mitgetragen wird. Schon deshalb scheidet die Vorrang-Klausel als Legitimation für „Zwangshabilitationen“ aus; sie wären mit den rechtlichen und rehabilitationswissenschaftlichen Anforderungen an eine Erfolgsprognose nicht vereinbar.

Auch bei den Verfahrensregelungen für die Bewilligung und Ausgestaltung von Teilhabeleistungen setzt das SGB IX eigene Akzente. Das Prinzip der

---

<sup>6</sup> Sandweg /Riedel, VDR 2000, 351 f.

<sup>7</sup> Kehde u.a., VDR 2000, S. 354 f.

<sup>8</sup> Schütz, Gesundheitswesen 2002, 63 ff.

<sup>9</sup> Mittag/Raspe, Rehabilitation, 2003, 169 ff.; Schneider /Gagel, SGB 2003, 492 ff.

Selbstbestimmung (§ 1) konkretisiert das Gesetz später durch umfassende Beteiligungsrechte für das Verwaltungsverfahren bei den Leistungsträgern, durch Wunsch- und Wahlrechte (§ 9 I, II),<sup>10</sup> die sich bis hinein in das Begutachtungsverfahren (§ 14 V), die Leistungserbringung (§ 9 III, IV) und die gesetzlichen Auflagen für Leistungserbringungsverträge (§ 21 I Nr. 4) verlängern.

Dass der Gesetzgeber diesem engen Zusammenhang von Selbst- und Mitbestimmung, individualisierter Hilfestellung, umfassender Sachaufklärung und koordiniertem Verfahren im SGB IX eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet hat, kann man beispielsweise an den technischen Regelungen zur Zuständigkeitsklärung eindrücklich nachzeichnen. Hier bindet § 14 V die Sachverständigenbegutachtung ein in die umfassenden Bemühungen des SGB IX, die Träger zu einer möglichst raschen Klärung der Zuständigkeiten zu drängen und Assessmentfragen an die besonderen Bedürfnisse und an die Mitwirkung der Betroffenen rückzukoppeln.

Die genauere Betrachtung des Begriffs „Leistungen zur Teilhabe“ führt uns in § 8 II 1 SGB IX also zu einer ganzen Reihe von Besonderheiten des Rehabilitationsrechts, die bei einer Berührung mit dem Rentenrecht von Bedeutung sind. Dazu gehören die Erfolgsbedingungen der Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne einer erweiterten „Compliance“ und die Partizipationsbedingungen (§ 9 I, II) als Ausformung des Selbstbestimmungsgedankens in § 1.

### 3.2 „Rentenleistungen“

Welche Rentenleistungen sind in § 8 II gemeint? § 7 RehaAnglG<sup>11</sup> hatte sich noch recht konkret auf „Renten wegen Erwerbsminderung oder wegen Berufsunfähigkeit“ bezogen. Und § 116 I 1 SGB VI in der Fassung *vor* der Änderung durch Art. 6 SGB IX hatte ebenfalls eine konkrete Vorstellung, um welche Rentenanträge es gehen sollte, nämlich um Anträge „auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder [...] große Witwenrente oder Witwenrente wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit“.

Die Herkunft aus der Tradition des Rentenrechts sieht man zwar dem recht jungen § 8 SGB IX noch an, sprachliche Fassung und systematische Stellung

---

<sup>10</sup> Zum Wunsch- und Wahlrecht umfassend Welti SGB 2003, 379 ff.

<sup>11</sup> Wie Anm. 2.



führen aber dazu, dass nun alle Rentenleistungen im Hinblick auf alle potenziell erfolgreichen Teilhabeleistungen in eine Beziehung gesetzt werden. Allerdings nötigt § 8 I SGB IX dazu, den Rentenbegriff in § 8 II einschränkend auszulegen: Ein „Vorrang“ kann unter dem präventiv ausgestalteten Rahmen (§ 3 SGB IX) nur dann angenommen werden, wenn die Rente „unter Berücksichtigung einer Behinderung oder drohenden Behinderung beantragt oder erbracht wird“. Mit anderen Worten, erfolgreiche Teilhabeleistungen müssen auf die Anspruchsvoraussetzungen überhaupt Einfluss nehmen können. Rentenleistungen, die unabhängig davon zu erbringen sind, also vorzugsweise Altersrenten und Hinterbliebenenrenten ohne Bindung an die eigene Erwerbsminderung, scheiden aus der Vergleichsbetrachtung mit Teilhabeleistungen aus.

Es bleibt dennoch ein Katalog, der über die klassischen Erwerbsminderungsrenten der Gesetzlichen Rentenversicherung hinausweist. Renten sind auf Dauer angelegte Transferleistungen im Sozialrecht, die vom Gesetz auch so benannt sind. In der gesetzlichen Rentenversicherung fallen darunter natürlich die Erwerbsminderungsrenten wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung nach § 43 SGB VI. In der Gesetzlichen Unfallversicherung sind alle Renten nach §§ 56-62 SGB VII gemeint. Auch die Ausgleichsrenten nach § 32 BVG fallen unter die Vorrang-Nachrang-Klausel, nicht jedoch die Grundrenten nach § 31 BVG.<sup>12</sup>

Ob die Grundsicherung gegenüber erfolgreichen Teilhabeleistungen nachrangig ist? Sicher erscheint mir, dass der Grundsicherungsträger, der ja der Sozialhilfeträger ist, als Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) bei nicht altersbedingten Grundrenten seiner Prüfpflicht nach § 8 I SGB IX nachkommen muss. Und da § 1 Nr. 2 GSIG als Anspruchsvoraussetzung bei Personen unter 65 Jahren auf den Begriff der Erwerbsminderung nach § 43 SGB VI verweist, werden diese Varianten der Grundsicherungsansprüche von der Vorrang-Nachrang-Klausel ebenfalls erfasst.<sup>13</sup>

### 3.3 „Vorrang“

Weniger klar äußert sich das Gesetz zur *Rechtsfolge* eines möglicherweise substitutiven Verhältnisses von Teilhabe- und Rentenleistungen. Offen ist

---

<sup>12</sup> Mrozynski, SGB IX, § 8 Rn. 8-11; BTDRs. 10/5074, 100.

<sup>13</sup> Welti in Lachwitz u.a., HK-SGB IX, § 8 Rn. 11.

schon, an wen sich das Vorranggebot letztlich richtet. Richtet es sich an den Leistungsberechtigten, so bleibt die Frage, ob damit eine materiellrechtliche Begrenzung seines rentenrechtlichen Leistungsanspruchs gemeint ist oder lediglich eine Ausgestaltung seiner Obliegenheit im Sinne präzisierter Mitwirkungspflichten.

Dass die Vorrangklausel des SGB IX den Bezug von Rentenleistungen oder – wie § 4 Nr. 2 es formuliert – „vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen“ materiellrechtlich einschränken will, dagegen spricht zunächst der Regelungskontext des SGB IX, der zu Rentenleistungen oder anderen Leistungen außerhalb der Teilhabeleistungen nichts aussagt.

Auch spricht die systematische Stellung der Vorrangklausel im SGB IX dagegen, den Leistungsberechtigten als primären Adressaten anzusehen. § 8 I nennt ausdrücklich den Rehabilitationsträger als den für die Verwirklichung der Rehabilitationsziele im Einzelfall vorrangig Verantwortlichen. Und wir hatten oben gesehen, dass unter neuem Recht die Vorrangklausel als eine Ausprägung erweiterter Prüf- und Beratungspflichten der Träger anzusehen ist. In Frage kommt als Adressat von § 8 II 1 SGB IX also vorrangig der Rehabilitationsträger, bei dem eine Rentenleistung beantragt wird. Wenn § 8 II eine Ausgestaltung oder Konkretisierung der trägerbezogenen Prüfpflicht darstellt, ist die Rechtsfolgeanordnung auch auf die Trägerebene zu begrenzen.

Das entlässt den Antragsteller freilich nicht aus der Verantwortung, bei der Realisierung der Vorrangklausel im Rahmen des Renten- und Rehabilitationsrechtes mitzuwirken. Hierzu ist allerdings in den Mitwirkungsvorschriften des SGB I alles Nötige geregelt. § 63 SGB I (Heilbehandlung) und § 64 SGB I (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) enthalten mit den ihnen immanenten Grenzen einer engen Zweckbindung („Eignung“, „Erforderlichkeit“) und darauf zugeschnittenen begrenzenden Zumutbarkeitsregeln (§ 65 SGB I) und sanktionierenden Normen (§§ 66, 67 SGB I) eigentlich alles Nötige.<sup>14</sup> Weist man Kollisionsfragen von Rehabilitations- und Rentenrecht dem Allgemeinen Sozialrecht und seinen dort geregelten Mitwirkungspflichten zu, so hat dies den Vorteil größerer sozialrechtlicher Klarheit. Dort, wo der Betreffende die Rehabilitationsmaßnahme nicht selbst beantragt oder auch motivational nicht stützt, steht mit der Dogmatik der Eingriffsverwaltung ein sach-

---

<sup>14</sup> Zur Dogmatik der Mitwirkungspflichten Kreikebohm/von Koch SRH B. 7, Rn. 156 ff., insbes. 174 ff.

gemäß rechtlicher Rahmen zur Verfügung. Denn die Vorschriften über die Mitwirkungspflichten im SGB I orientieren sich klar am Übermaßverbot und seinen Abstufungen, die sowohl der antragsbearbeitenden Behörde mit ihrem Interesse an Sachaufklärung als auch dem Schutzbedürfnis des Antragstellers an übermäßigen Eingriffen in seine höchstpersönlichen Bildungs- und Gesundheitsentscheidungen entgegenkommen.<sup>15</sup> Die Kollisionen, um die es hier aus der Sicht der vorzeitigen Transferleistungsberechtigung gehen kann, sind also im Allgemeinen Sozialrecht der §§ 60 ff. SGB I längst zureichend erfasst und geregelt.

Man sollte die Vorrangklausel des § 8 II 1 SGB IX im Verhältnis zum Leistungsberechtigten als eine Interpretationshilfe der Mitwirkungsnormen ansehen. Damit läge ihr Anwendungsbereich im Sinne einer mittelbaren Rechtswirkung zunächst darin, rechtlich auf den Zusammenhang von Leistungsbeziehung und Obliegenheit hinzuweisen. Die Klausel weist den Antragsteller – noch einmal neben den speziellen rentenrechtlichen Bestimmungen<sup>16</sup> – auf seine Mitverantwortung hin, Rehabilitationsleistungen nicht nur als Option zur freien Verfügung zu betrachten, sondern Verantwortung für seinen Gesundheitszustand und seine Arbeitsmarktchancen im Rahmen eines Solidarsystems auch wahrzunehmen. Hier gleicht die Klausel etwa den Appellen an die Eigenverantwortung, wie wir sie in § 1 SGB V oder § 6 SGB XI finden.

Eine materiellrechtliche Begrenzung eines Rentenanspruchs kann zumindest aus § 8 II SGB IX daher aus mehreren Gründen nicht herausgelesen werden: Das SGB IX regelt keine Rentenansprüche; die Leistungsberechtigten sind nicht Adressaten der Norm; und für Kollisionsfälle von Rehabilitations- und Rentenrecht hält das SGB I mit seinen Mitwirkungsregeln eine allgemeine, differenzierte und auch sachgerechte Lösung vor. Die unmittelbare Rechtswirkung von § 8 II 1 ist auf das Verhalten der Rehabilitationsträger begrenzt: Sie sind die Normadressaten des § 8 SGB IX insgesamt. Und ihnen obliegt es, im Zusammenwirken mit dem Leistungsberechtigten die individuelle Angemessenheit möglicher Maßnahmen zu prüfen und den Rehabilitationsprozess zu gestalten.

---

<sup>15</sup> Zum Verhältnis des Grundsatzes „Rehabilitation vor Rente“ zu den Mitwirkungsregeln des SGB I ähnlich wie hier Reimann in SRH C. 27, Rn. 76 ff.

<sup>16</sup> Dazu unten Abschnitt 4.

Dieses Zwischenergebnis zum Prinzip „Rehabilitation vor Rente“ aus der Sicht des § 8 SGB XI gilt es nun mit Blick auf die besonderen Leistungsgesetze zu überprüfen und gegebenenfalls zu modifizieren.

#### 4. Besonderes Leistungsrecht

Es gibt in den besonderen Leistungsgesetzen mehrere Berührungspunkte von Geldleistungen und Rehabilitationsleistungen. So etwa in § 51 SGB V, der es der Krankenkasse ermöglicht, bei Zahlung von Krankengeld den Versicherten zu veranlassen, Teilhabeleistungen zu beantragen. Auch im SGB III verweist das Arbeitsamt den Anspruchsberechtigten auf Arbeitslosengeld u.U. auf Teilhabeleistungen, u.U. auch auf den Antrag auf Erwerbsminderungsrente (§ 125 SGB III). Ich will mich hier weitgehend auf die Schnittmenge zwischen Teilhabe- und Rentenleistungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung beschränken. Dabei ist es sinnvoll, die Rehabilitationsregelungen in diesem besonderen Leistungsgesetz getrennt vom Rentenverfahren zu betrachten.

Im Recht der GRV erscheint die Vorrang-Klausel aus § 8 II SGB IX noch einmal fast wortgleich im Recht der Leistungen zur Teilhabe durch die Rentenversicherung: § 9 I 2 n.F. SGB VI.<sup>17</sup> Das SGB VI bindet nachfolgend den Anspruch auf medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Rentenversicherung an das Vorliegen persönlicher wie auch versicherungsrechtlicher Voraussetzungen (§§ 10 und 11 SGB VI). Zu den persönlichen Voraussetzungen gehört nach § 10 SGB VI, dass die Rehabilitationsmaßnahme Erfolg verspricht bei der Abwendung oder Verzögerung der Erwerbsminderung.

Das BSG hat aus dieser engen Bindung von Anspruchsvoraussetzungen und möglichem Rehabilitationserfolg die Schlussfolgerung gezogen, dass bei Vorliegen der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ein Entschließungsermessen der Rentenversicherung nicht mehr bestehe; denn die Nachrangigkeit des vorzeitigen Rentenbezugs könne nicht realisiert

---

<sup>17</sup> Auch im Recht der Gesetzlichen Unfallversicherung wird die Vorrangklausel noch einmal ausdrücklich benannt. „Leistungen zur Heilbehandlung und zur Teilnahme am Arbeitsleben haben Vorrang vor Rentenleistungen.“ (§ 26 III SGB VII).

werden, solange eine Rehabilitationsmaßnahme Erfolg verspreche und dadurch der Rentenbezug hinausgezögert werden könne.<sup>18</sup>

Es lohnt sich, die Gedankenführung der BSG-Entscheidungen in der zweiten einschlägigen Entscheidung von 1989, in der nach Eingangsverfahren und Auswahlverfahren differenziert wird, im Wortlaut nachzulesen:

Allerdings bestimmt § 1236 Abs. 1 Satz 1 RVO (jetzt § 9 II SGB VI) nach seinem Wortlaut nur, dass der Versicherungsträger unter den [...] allgemeinen Voraussetzungen Leistungen zur Rehabilitation erbringen „kann“. Wie der erkennende Senat bereits in seinem Urteil vom 2.10.1984 (BSGE 57, 157, 161) entschieden hat, bedeutet dieser Wortlaut der Vorschrift indes *nicht*, dass dem Rentenversicherungsträger für die Eingangsprüfung, ob er überhaupt leisten muss, ein Ermessensspielraum eingeräumt ist. Diese Entscheidung hat der Senat aus dem in § 7 RehaAnglG [...] festgelegten Grundsatz hergeleitet, dass die Rehabilitation gegenüber der Rentengewährung vorrangig ist: Setzt aber die Rentengewährung – eine Leistung, auf die ein Rechtsanspruch besteht – voraus, dass zuvor Maßnahmen zur Rehabilitation durchgeführt worden sind oder wegen Art oder Schwere der Behinderung keinen Erfolg versprechen, so rücken die Maßnahmen zur Rehabilitation trotz ihres Charakters als dem Ermessen des Versicherungsträgers unterliegende Leistungen gleichwohl von ihrer Intention her nahe an die Leistungen heran, auf die der Versicherte einen *Rechtsanspruch* hat. An der daraus im Urteil vom 2.10.1984 gezogenen Schlussfolgerung, dass bei medizinischer Notwendigkeit und Erfolgsaussicht der Rentenversicherungsträger keine Möglichkeit zur Versagung einer geeigneten Rehabilitationsmaßnahme hat, hält der erkennende Senat fest. Die Bestimmung des „Wie“ der Rehabilitation nach § 1236 Abs. 1 Satz 5 RVO (jetzt § 13 I SGB VI) ist dagegen als nach pflichtgemäßem Ermessen zu treffende Entscheidung des Versicherungsträgers lediglich in den Grenzen der §§ 39 Abs. 1 SGB I, 54 Abs. 2 SGG überprüfbar, soweit nicht ein Fall der ‚Reduzierung des Ermessens auf Null‘ vorliegt.<sup>19</sup>

Im Ergebnis ist dem BSG zuzustimmen. Die Vorrangklausel führt nach der BSG-Rechtsprechung über den Umweg rentenrechtlicher Überlegungen zu einer Verdichtung des Rechtsanspruchs auf Rehabilitationsleistungen inner-

---

<sup>18</sup> BSGE 57, 157, 161; 66, 84.

<sup>19</sup> BSGE 66, 84, 85.

halb der GRV. So wird verhindert, dass der vom Gesetzgeber aus mehreren Gründen angeordnete Vorrang der Rehabilitation gegenüber Rentenleistungen im Verwaltungsverfahren zur Disposition des Rehabilitationsträgers gestellt wird, indem ihm ein eigenständiger, auch gerichtlich nicht korrigierbarer Entscheidungsbereich bei „Ob-Frage“ zugebilligt wird.

Methodisch allerdings erheben sich doch einige Bedenken. Das BSG setzt sich in den zitierten Entscheidungen über den klaren Wortlaut des § 9 II SGB VI hinweg, der durch das SGB IX nicht verändert wurde, und schränkt das Ermessen auf die Durchführungsaspekte ein, wie sie in § 13 I SGB VI angesprochen sind: „[...] Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung“.<sup>20</sup> Methodisch problematisch ist die die Wortlautgrenze<sup>21</sup> missachtende Konstruktion einer dritten Kategorie von Leistungsrechten. Irgendwo zwischen § 38 und § 39 SGB I wird hier eine neue Gestaltungsvariante hervorgezaubert: zwar dem Wortlaut nach noch eine Ermessensleistung, der Sache aber doch § 38 SGB I zuzuordnen. Damit verwischen sich die Kategorien rechtlicher Bindung des Allgemeinen Sozialrechts – wie mir scheint ganz ohne Not. Dogmatisch plausibler begründen lässt sich die Intention des BSG im Rahmen der Ermessensdogmatik: Das Entschließungsermessen des Rentenversicherungsträgers bei Entscheidungen nach § 9 SGB VI geht jedenfalls dann gen Null, wenn Rehabilitationsmaßnahmen geeignet erscheinen, den vorzeitigen Rentenbezug hinauszuschieben oder gar zu vermeiden. Die Ermessenslehre bietet hier hinreichend differenzierte Modelle, mit eingeschränkten Entscheidungsspielräumen rechtlich umzugehen und gleichzeitig die besonderen Sorgfaltspflichten, die sich aus dem gesetzgeberischen Ermessen für die Leistungsträger ergeben, zu wahren.<sup>22</sup> Solche besonderen Sorgfaltspflichten bei der Ermessensprüfung können aus dem Prinzip der Amtsermittlung (§ 20 SGB X) oder aus der Begründungspflicht von Verwaltungsakten (§ 35 SGB X) resultieren.

Betrachten wir nun die Schnittmenge von Teilhabe- und Rentenleistungen aus der Sicht des Antrags auf vorzeitigen Rentenbezug. Hier stehen die Vorschriften zu Teilhabeleistungen im Rentenrecht im Kontext des Verfahrens um Erwerbsminderungsrenten. Im Rentenverfahren ist die „Erwerbsminder-

---

<sup>20</sup> BSGE 54, 54, 61; BSG SozR3-2200 § 1237 Nr. 1.

<sup>21</sup> Zur verfassungsrechtlichen und methodischen Bedeutung des Wortlauts: Müller/Christensen, Juristische Methodik S. 244 ff.

<sup>22</sup> Heinze in SRH B. 8 Rn. 8 ff.

nung“ nach § 43 SGB VI festzustellen. Sie steht erst dann endgültig fest, wenn die Chance abgeklärt ist, eine vorhandene oder drohende Erwerbsminderung mit Mitteln der Teilhabeleistungen (medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) aufzuheben oder hinauszuschieben.

Der Gesetzgeber hat aus diesem Grund einige Brücken zwischen Rentenanspruchsverfahren und Rehabilitationsverfahren gebaut, die diese Vorprüfung erleichtern können: Generell werden Erwerbsminderungsrenten zunächst zeitlich befristet gewährt, um mögliche Rückkehroptionen in das Erwerbsleben offen zu halten (§ 102 II SGB VI). Bei unklarem künftigem Erfolg der Teilhabeleistungen ist eine Befristung der Erwerbsminderungsrenten auf das Ende des Monats möglich, in dem die Teilhabeleistung ausläuft (§ 102 IIa SGB VI). Teilhabeleistungen, für die die GRV als Leistungsträger erscheinen (medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben), können insbesondere im Laufe eines Rentenanspruchsverfahrens auch von Amts wegen erbracht werden. Wenn es auch eines ausdrücklichen Antrags hier nicht bedarf, so muss der Betroffene immerhin zustimmen. Das Gesetz arbeitet hier mit Fiktionen: Zustimmungen im Rahmen des Rentenanspruchsverfahrens werden als Anträge im Rehabilitationsverfahren gedeutet (§ 115 IV SGB VI). Umgekehrt werden nach § 116 II SGB VI Anträge auf Rehabilitation als Anträge auf Erwerbsminderungsrenten umgedeutet, wenn ein Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme von vornherein nicht zu erwarten ist oder sich die Erfolglosigkeit im Hinblick auf ein Hinausschieben des Rentenbezugs erst im Verlaufe der Maßnahme herausstellt.

Diese etwas unübersichtliche Verquickung zweier leistungsrechtlicher Verfahren ist erforderlich, um sowohl den Prinzipien des Rehabilitationsverfahrens als auch denjenigen des Rentenverfahrens gerecht zu werden. Rentenrechtlich erhalten die Leistungsträger damit die Möglichkeit und die Aufforderung, das Rehabilitationspotenzial in jedem Einzelfall zu prüfen. Gleichzeitig wird der Leistungsberechtigte geschützt, indem bei Erfolglosigkeit der Rehabilitation der Rentenbezug nicht von einem erneuten oder weiteren Antrag abhängig gemacht wird. Rehabilitationsrechtlich insistiert auch das besondere Leistungsrecht des SGB VI auf der Zustimmung der Beteiligten und knüpft damit auch bei der veranlassten Rehabilitation<sup>23</sup> an die Prinzipien des SGB IX an. So sollte die Vorstellung gar nicht auftauchen, der Gesetzgeber hätte den

---

<sup>23</sup> § 115 IV SGB VI: „Leistungen [...] können auch von Amts wegen erbracht werden.“

Rentenversicherern mit dem Rehabilitationsverfahren ein Instrument bereitgestellt, die Voraussetzungen einer Frühverrentung mithilfe des Rehabilitationsverfahrens als erweiterte Amtsermittlung zu klären. Ob die veranlasste Rehabilitation des § 115 IV SGB VI überhaupt noch in das durch den Selbstbestimmungs- und Mitbestimmungsgedanken geprägte Rehabilitationsrecht des SGB IX passt, mag man bezweifeln. Die ausdrückliche gesetzliche Bindung an die Zustimmung des Rentenantragstellers muss die Rehabilitations-träger jedenfalls veranlassen, auch im Rentenverfahren die partizipativen Vorgaben des SGB IX bezüglich einer Rehabilitationsmaßnahme zu wahren.

Ich will auf diesen Aspekt unten zum Schluss<sup>24</sup> noch einmal konkreter zurückkommen, zuvor jedoch noch einen kurzen Blick auf die Möglichkeiten im sozialgerichtlichen Verfahren werfen, dem Vorrang-Prinzip systemkonform Geltung zu verschaffen.

##### 5. „Rehabilitation vor Rente“ im sozialgerichtlichen Verfahren

Im sozialgerichtlichen Verfahren gibt es mehrere Möglichkeiten, das Vorrangprinzip zur Geltung zu bringen, indem die für die Klärung der Anspruchsvoraussetzungen im Rentenverfahren nötige Mitwirkung des Antragstellers eingefordert und gleichzeitig dem Amtsermittlungsgrundsatz Rechnung getragen wird.

Man würde den Vorranggrundsatz wohl überinterpretieren, wenn man jeglichen positiven Rentenbescheid an die erfolgte förmliche Prüfung der Teilhabeleistungen binden würde. Viele Rentenanträge liegen klar auf der Hand. Das Gesetz selbst sieht hier keine schematische Bindung vor. Kommt das Gericht zu dem Ergebnis, diese Prüfung sei zur Klärung der Anspruchsvoraussetzungen im Rentenverfahren erforderlich, blieben in der streitigen gerichtlichen Auseinandersetzung mehrere Möglichkeiten: Die Erwerbsminderungsrente kann das Gericht entsprechend § 102 SGB VI befristen, solange die Rehabilitationsmaßnahme läuft. Dies wäre gleichsam eine materielle Gestaltung des Vorranggrundsatzes in den Fällen, in denen eine ergebnisoffene Teilhabeleistung bereits begonnen wurde. Das Gericht kann die Beteiligten auffordern, die Prüfung nachzuholen. Denkbar wäre auch, das Verfahren nach § 114 II SGG auszusetzen, bis über Bedarf und Chancen von

---

<sup>24</sup> Siehe unten Abschnitt 6.



Teilhabeleistungen entschieden ist. Man muss hier die nötige Sachaufklärung abwägen gegenüber der Gefahr einer allzu großen Verzögerung der Entscheidung. Die Aussetzung des Verfahrens erscheint mir von daher weniger hilfreich, weil sie einen Anreiz für den Leistungsträger enthalten könnte, die Entscheidung auf die lange Bank zu schieben.<sup>25</sup>

#### *6. Der „geschickte“ Patient*

Abschließend noch ein Blick auf eine Fallkonstellation, die im Schnittbereich von Rehabilitation und Rente liegt und von besonderer Problematik zu sein scheint: Es geht um die unfreiwilligen Aufenthalte in der medizinischen Rehabilitation, um den so genannten „geschickten“ Patienten, wobei ich hier weniger den besonders findigen Patienten meine, sondern denjenigen, der z.B. einen Antrag auf vorzeitige Rente stellt und daraufhin von seinem Rententräger aufgefordert wird, sich in einer Rehabilitationsklinik einzufinden. Wir waren mit Studierenden unserer Hochschule gerade auf einer Exkursion in einer psychosomatischen Klinik, deren Belegung zu ca. 6-8 % aus unfreiwilligen Aufenthalten besteht, aus Patienten, die eigentlich ein ganz anderes Interesse haben, die vorzugsweise die Frühverrentung oder eine Umschulung anstreben oder die ihren Anspruch auf Krankengeld sichern möchten. In einer anderen Klinik desselben Unternehmens liegt die Quote – wie uns berichtet wurde – gar bei 40-50 %.<sup>26</sup>

In der rehabilitationswissenschaftlichen Literatur ist man sich einig, dass unter diesen Rahmenbedingungen ein erfolgreicher Rehabilitationsprozess nicht zu erwarten ist. Das wäre eigentlich schon eine Gegenindikation gegen diese veranlassten Rehabilitationen: Wenn ein Rehabilitationserfolg wenig wahrscheinlich ist, greift auch die Vorrang-Klausel nicht. Rechtlich entscheidend ist, dass eine faktisch verordnete Rehabilitationsmaßnahme zur Vermeidung oder Verzögerung von vorzeitigem Rentenbezug dem Gedanken der Selbstbestimmung und dem erweiterten Wunsch- und Wahlrecht des § 9 SGB IX widerspricht und auch wenig erfolgversprechend im Sinne der Rehabilitationsziele des § 4 SGB IX ist.

---

<sup>25</sup> Welti 2003; siehe die Hinweise von P. Kummer lt. Diskussionsforum SGB IX und Gutachten, SGB IX-Info Nr. 16 und Gutachten-Info Nr. 8.

<sup>26</sup> Siehe auch die Problembeschreibung aus medizinischer Sicht bei Bückers u.a.

Im Grunde geht es hier gar nicht um einen ernsthaften Rehabilitationsversuch, dessen Erfolgsaussichten im Einzelnen auch gar nicht geprüft wurden; sondern es geht um ein unter dem Etikett der Rehabilitation erweitertes und vielleicht besonders gründliches Rentenantragsverfahren zur Überprüfung der Tatbestandsmerkmale des § 43 SGB VI. Nichts spricht dagegen, dass der Rentenversicherer alle denkbaren Informationen einholt, um die in § 43 SGB VI genannten Anspruchsvoraussetzungen abzuklären („außerstande, unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes mindestens x [...] Stunden täglich erwerbstätig zu sein“). Der Amtsermittlungsgrundsatz nach § 20 SGB X zwingt den Rentenversicherer zu sorgfältiger Analyse und zum Rückgriff auf sozialmedizinische Fachgutachten, wenn die eingereichten Unterlagen eine eindeutige Entscheidung nicht nahelegen. Die Mitwirkungsvorschriften des SGB I erlauben es dem Leistungsträger, wie oben gezeigt,<sup>27</sup> die Kooperationsbereitschaft der Antragsteller auch einzufordern und die Rentenversicherungen vor einer unbegründeten Inanspruchnahme von Leistungen zu bewahren. Dort aber gibt es klare Transparenzvorschriften und Zumutbarkeitsregeln. Und man weiß dort, wenn man sich streitet, worüber man sich streitet. Nicht rechtfertigen lässt sich damit aber, die Begutachtungen unter dem Schein des Rehabilitationsverfahrens zu veranlassen. Man kann im Sozialleistungsverfahren nicht so tun, als wolle man guten Willens eine neue soziale Leistung gewähren, in Wahrheit aber die Anspruchsprüfung unter dem Deckmantel einer diffus erweiterten Mitwirkungspflicht faktisch unkontrolliert ausdehnen. Patient und Therapeut werden so in unzulässiger Weise instrumentalisiert.

### 7. *Schlussthese*

In einem späten Stadium wie dem vorgerichtlichen oder gerichtlichen Streit um die Frühverrentung sind gute Lösungen, die beiden Prinzipien entgegenkommen, die eine Rückkehr ins Erwerbsleben ebenso fördern wie sie nahtlos notwendige Transfereinkommen sicherstellen, wenig wahrscheinlich. Alles spricht dafür, das Prinzip „Teilhabe vor Rente“ dadurch zu verwirklichen, dass der vom Gesetzgeber vorgesehene Prüf- und Beratungsprozess möglichst früh, möglichst breit und möglichst beteiligungsintensiv einsetzt und abläuft. Dabei sind ergonomisch und arbeitsmedizinisch inspirierte Assessment-

---

<sup>27</sup> Siehe oben Abschnitt 3.3.

verfahren sicher hilfreich.<sup>28</sup> Aber die Medizin lehrt uns Juristen, dass eine noch so differenzierte Diagnose die begründete Wahl der Behandlungsmethode nicht ersetzt. Auswahl, Einbettung in die Lebenssituation, Abwägung zu möglichen gegenläufigen Nebenfolgen, Erwartung einer Mitwirkung (*Compliance*): All das sind relevante Entscheidungsfaktoren auch auf dem Weg zu einer sinnvollen Rehabilitation im Rahmen des SGB IX. Hier – so scheint mir – brauchen wir einen umfassenderen Begriff von Assessment, als es die Prognose künftiger Erwerbsfähigkeit im Rahmen des Rentenverfahrens nahelegt. Nämlich ein Erhebungs-, Bewertungs- und Planungsverfahren, das nicht nur die auf Frühverrentung eingeeengte Gutachteroptik spiegelt, sondern sich an den umfassenden spezifischen Rehabilitationszielen des § 4 SGB IX orientiert und die Leistungsgewährung an den Prinzipien einer koordinierten, nahtlosen und individualisierten Leistungsgewährung ausrichtet, wie es § 10 SGB IX auf der Invidualebene bereits vorsieht. Das SGB IX enthält hierzu gute programmatische Ansätze, unter anderen den § 8, in den das Vorrang-Prinzip nunmehr eingebettet ist. Doch auf der operationalen Ebene des Leistungsrechts und in seiner Ausführung bleiben einstweilen noch etliche Wünsche offen.

#### *Literaturverzeichnis*

- Bückers, R. u.a.: Der „geschickte“ Patient in der psychosomatischen Rehabilitation, in: *Rehabilitation*, 2001, S. 65 ff.
- Gagel, A./Schian, H.-P.: Die Dominanz der Rehabilitation bei Bearbeitung und Begutachtung in Rentenverfahren, in: *Die Sozialgerichtsbarkeit* 2002, S. 529 ff.
- Fuchs, H.: Rehabilitationsbedarf, Rehabilitationsziele und Wirksamkeit – Maßstäbe für die Ausführung von Rehabilitationsleistungen in geeigneten Einrichtungen sowie Versorgungsstrukturentwicklung, Vortrag auf dem 12. Rehabilitationswissenschaftlichen Colloquium des VDR, Bad Kreuznach 2002.
- Igl, G./Welti, F. (Hg.): *Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation*, Wiesbaden 2001.
- Kehde, S. u.a.: Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und Befinden, in: *VDR* 2000 S. 354 f.
- Lachwitz, K. u.a. (Hg.): *Handkommentar zum SGB IX (HK-SGB IX), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*, Neuwied 2002.

---

<sup>28</sup> Gagel/Schian (wie Anm. 5).

Wolfgang Schütte

- Maydell, B. Baron von/Ruland, F. (Hg.): *Sozialrechtshandbuch (SRH)* 3. Aufl., Baden-Baden 2003.
- Mittag, O./Raspe, H.: Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit, in: *Die Rehabilitation* 2003, S. 169 ff.
- Mrozynski, P.: *SGB IX Teil 1. Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. Kommentar*, München 2002.
- Mrozynski, P.: *SGB I. Kommentar*, München 2003.
- Müller, F./Christensen, R.: *Juristische Methodik. Band I, Grundlagen, Öffentliches Recht*, 8. Aufl., Berlin 2002.
- Sandweg, R./Riedel, H.: Der Einfluss des Wunsches nach Sozialleistungen auf das Behandlungsergebnis am Beispiel der muskuloskelettalen Erkrankungen, in: *VDR* 2000, S. 351 f.
- Schneider, W./Gagel, A.: Psychosomatische Begutachtung im Sozialrecht, in: *Die Sozialgerichtsbarkeit* 2003, S. 492 ff.
- Schütz, M.: Verlauf von Rentenentwicklungen in der Psychosomatik, in: *Gesundheitswesen* 2002, S. 639 ff.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hg.): *8. Rehabilitationswissenschaftliches Colloquium 1999, Reha-Bedarf – Effektivität – Ökonomie*, Bad Homburg 2000.
- Welti, F.: Die individuelle Konkretisierung von Teilhabeleistungen und das Wunsch- und Wahlrecht behinderter Menschen, in: *Die Sozialgerichtsbarkeit (SGB)* 2003, S. 379 ff.
- Welti, F.: Leistungen zur Teilhabe als Elemente aktivierender Intervention, in: *Schriftenreihe des Sozialrechtsverbandes (SDSRV)* Bd. 51, Wiesbaden 2004, erscheint demnächst.

Anschrift des Autors: Prof. Dr. Wolfgang Schütte  
Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg  
Fachbereich Sozialpädagogik  
Saarlandstraße 30  
22303 Hamburg

E-Mail: wolfgang.schuette@sp.haw-hamburg.de