

Sozialrechtliche Absicherung bei langer Arbeitsunfähigkeit

Matthias Juhre

Gewerkschaftliches Centrum für Revision und
Europäisches Recht

Begriff der Arbeitsunfähigkeit



- der Gemeinsamen Bundesausschuss - **G-BA** - (§ 91 SGB V) beschließt im KV-Recht Richtlinien (Sonderform untergesetzlichen Rechts), u.a. über die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V); Beschlüsse des G-BA sind für Träger, deren Mitglieder sowie Versicherte u. Leistungserbringer verbindlich (§ 91 Abs. 6 SGB V)
- bei Erkrankungsbeginn während laufender Beschäftigung (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) liegt nach der AU-RiL Arbeitsunfähigkeit vor, "**wenn Versicherte auf Grund von Krankheit ihre zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen können**" (§ 2 Abs. 1 Satz 1 AU-RiL)
- endet das Beschäftigungsverhältnis nach Beginn der AU, besteht die Mitgliedschaft in der GKV solange fort, wie Anspruch auf Krg. besteht (§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V); Maßstab der AU ist dann eine im Vergleich zur zuletzt ausgeübten gleichartige Tätigkeit; daran ändert auch eine Arbeitslosmeldung aus diesem Krg.-Bezug nichts, denn die aufrechterhaltene Mitgliedschaft hat Vorrang
- bei AU aus der Arbeitslosigkeit mit Alg. (pflichtversichert nach § 5 Abs. 1 **Nr. 2** SGB V) sind Versicherte arbeitsunfähig, "**wenn sie krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage sind, leichte Arbeiten in einem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sie sich bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt haben**" (§ 2 Abs. 3 Satz 1 AU-RiL)

Begriff der Arbeitsunfähigkeit



- unter den Vorauss. von § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V ist die Krankenkasse verpflichtet, eine **gutachtliche Stellungnahme** des **Medizinischen Dienstes** einzuholen
- Vorauss. sind: **lit. a)** zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insb. Einleitung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, **lit. b)** zur Beseitigung von Zweifeln an der AU
- per Verwaltungsvorschrift ("Begutachtungsanleitung") des GKV-Spitzenverbandes ist die Begutachtung geregelt; u.a. soll zur Möglichkeit einer Reha Stellung genommen werden (relevant für die Aufforderung zur Reha-Antragstellung)

Phase des Krankengeldbezugs

Verhältnis zur Entgeltfortzahlung

- der Krg.-Anspruch entsteht für **Beschäftigte** i.d.R. erst, wenn auch ein **EFZ-Anspruch** besteht, d.h. insb. nach Ablauf der 4-wöchigen Wartefrist gem. § 3 Abs. 3 EFZG (§ 44 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V)
- der Krg.-Anspruch **ruht**, soweit Arbeitsentgelt (ausgenommen Einmalzahlungen, d.h. laufendes) gezahlt wird (§ 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V); verweigert der Arbeitgeber zu Unrecht die Zahlung, muss die Krankenkasse leisten u. der Entgeltanspruch geht gesetzlich in Höhe der Krg.-Zahlung über (§ 115 Abs. 1 SGB X)
- §§ 3 ff. EFZG regeln eine Ausnahme vom allgemeinen Schuldrecht (§ 326 BGB); es handelt sich um eine gesetzlich geregelte **Sozialleistung**, die das **Lohnrisiko** bei Krankheit teilweise auf den Arbeitgeber verlagert (BAG, Urt. 16.02.1989, 2 AZR 299/88, juris, Rn. 45, 49)
- Zahlungspflichten können aber gleichwohl die Kündigung sozial rechtfertigen; nach dem BAG gibt es **kein Verwertungsverbot**; Folge: Risikoverlagerung im schuldrechtlichen Austauschverhältnis, wobei die Sozialleistung mit dem Risiko behaftet ist, dass sie zu einem späteren Zeitpunkt die Kündigung rechtfertigt

Phase des Krankengeldbezugs

Voraussetzungen des Krg.-Anspruchs

- Krg.-berechtigt sind grds. **Versicherte** i.S.v. § 5 Abs. 1 SGB V (§ 44 Abs. 1 1. Halbs. SGB V), ausgenommen die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nrn. 1-4 SGB V genannten
- es muss eine **Krankheit** vorliegen, die zur **Arbeitsunfähigkeit** führt (§ 44 Abs. 1 2. Halbs. 1. Var. SGB V) oder auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt wird (2. Var.)
- bei Beschäftigten (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) muss grds. die **Wartefrist** für Entgeltfortzahlung (§ 3 Abs. 3 EFZG) abgelaufen sein, bevor ein Krg.-Anspruch entstehen kann (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3)
- die AU muss - außerhalb stationärer Behandlung (§ 46 Satz 1 Nr. 1 SGB V) - **ärztlich festgestellt** sein (§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V)
- wichtig für Langzeiterkrankte: die **Mitgliedschaft** in der GKV **bleibt erhalten**, solange Anspruch auf Krg. besteht (§ 192 Abs. 1 Nr. 2 1. Var. SGB V), d.h. die Beendigung des Arbeitsverhältnisses wirkt sich auf den Krg.-Anspruch nicht aus; auch ein Ruhen (§§ 49, 51 SGB V) führt nicht zur Beendigung der Mitgliedschaft, es kommt nur auf das Bestehen des Stammrechts an, nicht auf die Zahlbarkeit des Anspruchs; für den Erhalt der Mitgliedschaft genügt die ärztliche AU-Feststellung innerhalb eines Monats (§ 46 Satz 3 SGB V)

Phase des Krankengeldbezugs

Dauer der Krg.-Versorgung

- innerhalb eines 3-Jahres-Zeitraums wird für höchstens 78 Wochen Krg. gezahlt (§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB V); eine hinzutretende Erkrankung verlängert die Leistungsdauer nicht (Satz 2)
- ein neuer Krg.-Anspruch kann nach Ablauf der Höchstbezugsdauer wegen derselben Erkrankung nur dann entstehen, wenn 3 Jahre abgelaufen sind u. der Versicherte in der Zwischenzeit für 6 Monate arbeitsfähig war u. erwerbstätig oder arbeitslos war (§ 48 Abs. 2 SGB V)
- fragl. ist, ob trotz durchgängiger AU wegen der selben Erkrankung in folgender Konstellation ein neuer Krg.-Anspruch entstehen kann: **Versicherter war für seine letzte Tätigkeit arbeitsunfähig und bezog Krg. Nach Aussteuerung bezog er Arbeitslosengeld, erkrankte dann wegen einer neuen Erkrankung und war auch nicht mehr vermittelbar am allgemeinen Arbeitsmarkt. Während des laufenden Antrags auf EM-Rente erhielt er Alg. nach § 145 SGB III (sog. Nahtlosigkeit). Nach Ablehnung des Rentenanspruchs beanspruchte er erneut Krg.**
- nach **SG Dresden** (Urt. 05.02.2025, S 25 KR 1912/19, juris) entsteht nach Aussteuerung aus dem Krankengeld und Beginn von Arbeitslosengeldbezug eine Zäsur mit neuer Pflichtversicherung (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) u. neuem AU-Maßstab (allg. Arbeitsmarkt); eine neue Erkrankung, die nach diesem Maßstab zur AU führt, sei keine hinzugetretene Krankheit i.S.v. § 48 Abs. 1 Satz 2 SGB V, auch wenn die ursprüngliche Erkrankung unverändert fortbestehe; es entstehe daher ein neuer Krg.-Anspruch

Phase des Krankengeldbezugs

AU u. soziale Absicherung im Alter: AU als Rentenzeit

- AU ist **Anrechnungszeit** gem. § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 1. Var. SGB VI; d.h. beim späteren Rentenbezug wird die Zeit i.R.d. **Gesamtleistungsbewertung** mit Entgeltpunkten bewertet (§ 71 SGB VI); es handelt sich um ein Element sozialen Ausgleichs innerhalb d. RV
- als Anrechnungszeit bewirkt die Arbeitsunfähigkeit auch die Verlängerung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Erwerbsminderungsrenten als sog. **Aufschubzeit** (§ 43 Abs. 4 Nr. 1 1. Var. SGB VI)
- insofern zu beachten, dass für den Begriff der AU die zuletzt ausgeübte Beschäftigung **längstens für 3 Jahre** relevant ist; danach muss der Versicherte sich auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verweisen lassen (BSG, Urt. 25.02.2010, B 13 R 116/08, juris); Grund ist die Auslegung des AU-Begriffs i.S.d. Rechts der GKV: dort entsteht nach Ablauf von 3 Jahren kein neuer Krg.-Anspruch wegen der AU, wenn der Versicherte nicht zwischenzeitlich für 6 Monate arbeitsfähig gewesen ist (§ 48 Abs. 2 Nr. 1 SGB V); auch der krankenversicherungsrechtliche "Berufsschutz" endet also nach 3 Jahren (BSG, a.a.O., Rn. 15)

Wechsel zur Rentenversicherung



Systematik

- bei AU als Dauerzustand ist innerhalb der Systematik der Sozialversicherung nicht die GKV, sondern die RV zuständig: Leistungen wegen Erwerbsminderung (Rehabilitation, Rente)
- der Systemwechsel vollzieht sich durch den **Reha-Antrag des Versicherten**; dieser führt zur Bescheidung über Reha-Leistungen u. fingiert unter d. Vorauss. von § 116 Abs. 2 SGB VI einen Rentenantrag; ohne Mitwirkung des Versicherten kann der Systemwechsel nicht vollzogen werden, da im RV-Recht für Leistungen generell ein Antragserfordernis besteht (§ 19 Satz 1 SGB IV)
- diese **Antragstellung** kann von der Krankenkasse **erzwungen** werden unter Androhung des Verlustes des Krg.-Anspruchs (§ 51 Abs. 3 Satz 1 SGB V)
- **nach** fristgerechter Antragstellung gilt **§ 50 SGB V**: insb. bei Gewährung voller EM-Rente endet der Krg.-Anspruch (Abs. 1 Satz 1 Nr. 1) bzw. bei teilweiser EM-Rente wird das Krg. um den Zahlbetrag dieser Rente gekürzt (Abs. 2 Nr. 2)

Wechsel zur Rentenversicherung

Vorausss. einer wirksamen Aufforderung

- die Krankenkasse kann den Krg.-Berechtigten unter **Fristsetzung** (10 Wo.) zur Stellung eines Reha-Antrags beim zuständigen RV-Träger auffordern, wenn folgende Vorausss. vorliegen (§ 51 Abs. 1 SGB V):
(1) Erwerbsfähigkeit ist erheblich gefährdet oder gemindert u. (2) hierüber liegt ein ärztliches Gutachten vor
- das **ärztliche Gutachten** muss qualitative Mindestanforderungen erfüllen, um die Feststellung zu erlauben, welche Gesundheitsstörungen welche Leistungseinschränkungen zur Folge haben u. voraussichtlich über welche Dauer; das Gutachten kann vom **Medizinischen Dienst** erstellt werden
- für die Fristsetzung muss **Ermessen** ausgeübt werden (§ 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V), das gerichtlich nachprüfbar ist; die Interessen der Versichertengemeinschaft u. des individuell betroffenen Versicherten sind abzuwägen (bspw. Arbeitsplatzverlust i.F.d. Berentung)
- mit der Fristsetzung kann bestimmt werden, dass der Versicherte den Reha-Antrag auch nicht ohne Zustimmung der Krankenkasse zurücknehmen darf: Verlust des sog. **Dispositionsrechts**
- die Fristsetzung erfolgt durch **Verwaltungsakt**, gegen den Widerspruch u. Klage statthaft sind; beides hat aufschiebende Wirkung (§ 86a Abs. 1 Satz 1 SGG), d.h. die Krankenkasse muss Krg. auch über den Ablauf der 10-Wochen-Frist hinaus weiterzahlen; allerdings wird die materiell-rechtliche 10-Wochen-Frist nicht gehemmt; erweist sich der VA als rechtmäßig, muss der Versicherte das weitergezahlte Krg. erstatten

Phase der Rehabilitation

Kranken- u. Rentenversicherungsträger im System des Reha-Rechts

- gesetzl. **Krankenkassen** sind als Reha-Träger (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) zuständig für Leistungen der medizinischen Reha (§ 5 Nr. 1 SGB IX) u. unterhaltssichernde u. andere ergänzende Leistungen (§ 5 Nr. 3 SGB IX)
- als ergänzende Leistung zahlt die Krankenkasse neben der medizinischen Reha Krankengeld (§§ 64 Abs. 1 Nr. 1, 65 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX i.V.m. §§ 44, 46-51 SGB V)
- die **RV-Träger** sind als Reha-Träger (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX) zuständig für Leistungen der medizinischen Reha (§ 5 Nr. 1 SGB IX), für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Nr. 2 SGB IX) u. für unterhaltssichernde u. andere ergänzende Leistungen (§ 5 Nr. 3 SGB IX)
- als ergänzende Leistung zahlt der RV-Träger neben der medizinischen Reha u. neben Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben **Übergangsgeld** (§§ 64 Abs. 1 Nr. 1, 65 Abs. 1 Nr. 3, Abs. 2 Nr. 2 SGB IX i.V.m. §§ 20, 21 SGB VI)

Phase der Rehabilitation

Anspruch auf Reha-Leistung gegen den RV-Träger

- Anspruch dem Grunde nach ("**Ob**" der Leistung): auf Reha-Leistungen besteht dem Grunde nach ein Rechtsanspruch, wenn die persönlichen (§ 10 SGB VI) und versicherungsrechtlichen (§ 11 SGB VI) Voraussetzungen erfüllt sind
- Leistungsumfang ("**Wie**" der Leistung): hinsichtlich Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung entscheidet der RV-Träger nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 13 SGB VI)
- bei den persönlichen Vorauss. (§ 10 SGB VI) kommt es insb. auf eine **erhebliche Gefährdung** oder **Minderung der Erwerbsfähigkeit** wegen Krankheit oder Behinderung an
- versicherungsrechtlich muss für Leistung zur Teilhabe eine Wartezeit von 15 Jahren erfüllt sein oder bereits EM-Rente bezogen werden (§ 11 Abs. 1 SGB VI); für medizinische Reha reicht es, dass in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung 6 Monate Pflichtbeiträge für eine versicherte Tätigkeit gezahlt worden sind (§ 11 Abs. 2 SGB VI)
- Leistungsausschlüsse (§ 12 SGB VI): bei Zuständigkeit eines anderen Zweigs der Sozialversicherung bzw. eines Trägers der Sozialen Entschädigung; bei Bezug von Altersrente i.H.v. mind. 2/3 der Vollrente; vor Ablauf von 4 Jahren, es sei denn, die weitere Reha ist vorzeitig aus dringenden gesundheitlichen Gründen erforderlich

Phase der Rehabilitation



Medizinische Reha u. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- für **medizinische Reha** verweist § 15 SGB VI auf die Regelungen in §§ 42-47a SGB IX
- auch die **stufenweise Wiedereingliederung** ist dort in § 44 SGB IX geregelt; hierzu können ggfs. ergänzende Leistungen nach §§ 64 ff. SGB IX erbracht werden
- für **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** verweist § 16 SGB VI auf die Regelungen in §§ 49-54 SGB IX
- zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern od. (wieder-)herzustellen u. ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern (§ 49 Abs. 1 SGB IX)
- die Leistungen bestehen v.a. in Hilfen zur Erhaltung u. Erlangung eines Arbeitsplatzes, zur Berufsvorbereitung, Ausbildung, zur beruflichen Anpassung u. Weiterbildung, i.E. s. die Kataloge in § 49 Abs. 3 ff. SGB IX

Phase der Rehabilitation

Ergänzende Leistungen

- Reha-(Haupt-)Leistungen werden ergänzt durch die in **§ 64 Abs. 1 SGB IX** genannten Leistungen, nämlich unterhaltssichernde Leistungen, insb. Übergangsgeld (Nr. 1), Beiträge u. Beitragszuschüsse (Nr. 2), Reha-Gruppensport (Nr. 3), Gruppen-Funktionstraining (Nr. 4), Reisekosten (Nr. 5), Betriebs- oder Haushaltshilfe u. Kinderbetreuungskosten (Nr. 6)
- die ergänzenden Leistungen sind **akzessorisch** zur Reha-Hauptleistung, d.h. setzen für ihre Bewilligung eine solche zwingend voraus
- zur Unterhaltssicherung ist insb. **Übergangsgeld** wichtig, das bei medizinischer Reha u. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vom RV-Träger gezahlt wird (§§ 64 Abs. 1 Nr. 1, 65 Abs. 1 Nr. 3, Abs. 2 Nr. 2 SGB IX)
- die **Anspruchsvoraussetzungen** für Übg. ergeben sich aus **§ 20 SGB VI**; insb. ist Übg. nur dann zu zahlen, wenn unmittelbar vor Beginn der AU oder der Reha-Leistung Arbeitsentgelt oder eine unterhaltssichernde Leistung (Krg. etc.) bezogen wurde (§ 20 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI)
- Höhe und Berechnung des Übergangsgelds ist in §§ 66-72 SGB IX geregelt

Phase der Rehabilitation

Rückkehr in d. Krg.-Bezug nach Beendigung der Reha-Maßnahme

- häufig tritt der Fall ein, dass eine LTA den Krg.-Bezug nur unterbricht, weil der Rehabilitand nach Abschluss der LTA weiterhin arbeitsunfähig ist; in dem Fall ist wiederum von der Krankenkasse Krg. zu zahlen
- durch die LTA-Teilnahme ist jedoch eine **Zäsur** bei der **Pflichtversicherung** entstanden: der Versicherte ist während der Reha nicht mehr als Beschäftigter versicherungspflichtig (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V), sondern unterfällt der Versicherungspflicht gem. § 5 Abs. 1 **Nr. 6** SGB V
- dies kann nachteilige Konsequenzen für die Berechnung des nachfolgenden Krg.-Anspruchs haben, dessen Berechnungsgrundlage sich geändert hat:
- § 47 Abs. 4 Satz 2 SGB V verweist auf den Betrag, der zuletzt für die Beitragsbemessung maßgeblich war; das ist gem. § 235 Abs. 1 Satz 1 SGB V 80 % des Regelentgelts, das der Übg.-Berechnung zugrunde lag; i.d.R. wird Übg. zwar aus dem Bruttoentgelt berechnet, ist allerdings auf den Nettobetrag begrenzt (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB IX); wenn Übg. nach dem Nettoentgelt berechnet wurde, ist nach dem BSG auch dieser Betrag auf 80 % zu kürzen u. dann der weiteren Krg.-Berechnung zugrunde zu legen (BSG, Urt. 18.09.2025, B 3 KR 8/24 R)

Berentung wegen Erwerbsminderung



Verfahren, Rechtsschutz

- Rente aus eigener Versicherung wird nur **auf Antrag** gewährt, §§ 19 Satz 1 SGB IV, 99 Abs. 1, 115 Abs. 1 Satz 1 SGB VI
- **als Rentenantrag gilt** der Reha-Antrag, wenn ein Reha-Erfolg nicht zu erwarten ist (§ 116 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI) oder die Reha-Leistung nicht erfolgreich gewesen ist, weil sie die verminderte Erwerbsfähigkeit nicht verhindert hat (Nr. 2)
- wird unter Annahme einer Antragsfiktion zu Unrecht EM-Rente bewilligt u. der Krg.-Bezug beendet, obwohl die Voraussetzungen für eine Berentung nicht vorgelegen haben, sind gegen den bewilligenden Bescheid Rechtsmittel gegeben; die **Beschwer** besteht dann darin, dass der Krg.-Anspruch ausgeschlossen wird
- liegen die Vorauss. der gesetzl. Fiktion nicht vor, kann der Reha-Antrag nicht in einen Rentenantrag "umgedeutet" werden; hierauf hat der Versicherte keinen Anspruch

Berentung wegen Erwerbsminderung

Versicherungsrechtliche Vorauss. d. EM-Rente

- die **Regelaltersgrenze** (Jahrgänge ab 01.01.1964: Vollendung des 67. Lebensjahrs, § 35 Satz 1 SGB VI; davor gestaffelt nach Übergangsvorschrift in § 235 SGB VI) darf noch **nicht erreicht** sein (§ 43 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 SGB VI)
- der Versicherte muss vor Eintritt der Erwerbsminderung die **allgemeine Wartezeit** (§ 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI: 5 Jahre) erfüllt haben (§ 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, Abs. Satz 1 Nr. 3 SGB VI)
- der Versicherte muss vor Eintritt der Erwerbsminderung in den letzten 5 Jahren 3 Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (sog. **3/5-Belegung**, § 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VI)
- der 5-Jahres-Zeitraum verlängert sich um bestimmte Rentenzeiten (§ 43 Abs. 4 SGB VI), insb. Anrechnungszeiten gem. § 58 SGB VI durch AU oder Arbeitslosigkeit (sog. **Aufschubzeiten**)
- Vorauss. für Aufschubzeit ist, dass eine versicherte Tätigkeit (§ 1 SGB VI) "unterbrochen" wird (§ 58 Abs. 2 SGB VI), d.h. in einem zeitlichen Zusammenhang steht: i.d.R. darf die Lücke nicht größer als 1 Kalendermonat sein; eine größere Lücke kann durch sog. Überbrückungstatbestände geschlossen werden

Berentung wegen Erwerbsminderung

Eintritt des Versicherungsfalls

- das Recht der EM-Rente kategorisiert grds. nach dem zeitlichen Leistungsvermögen, berücksichtigt teils aber auch die Arbeitsmarktlage; der Gesetzestext macht insofern Andeutungen, die nur im Kontext des Richterrechts verständlich sind
- grds. ist die Arbeitsmarktlage ohne Bedeutung, wenn Versicherte unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes noch 6 Stunden erwerbstätig sein können (§ 43 Abs. 3 SGB VI); der allg. Arbeitsmarkt ist grds. bundesweit zu verstehen ohne Berücksichtigung der Einzelfallumstände (**abstrakte Betrachtungsweise**)
- in Ausnahme hiervon ist bei teilweiser Erwerbsminderung der lokale Teilzeitarbeitsmarkt in den Blick zu nehmen (**konkrete Betrachtungsweise**); nach dem BSG darf ein Versicherter nicht auf Tätigkeiten für Teilzeit verwiesen werden, wenn ihm für diese Tätigkeiten der Arbeitsmarkt praktisch verschlossen ist; das ist der Fall, wenn ihm innerhalb 1 Jahres ab Rentenanspruch kein Arbeitsplatz angeboten werden kann; hierunter fallen nur Teilzeitarbeitsplätze, die der Versicherte täglich von seiner Wohnung aus erreichen kann; bei Verschlossenheit des Teilzeitarbeitsmarktes in diesem Sinne ist volle EM-Rente zu zahlen als sog. **Arbeitsmarktrente** (BSG, Beschlüsse des Großen Senats vom 10.12.1976, GS 2-4/75, 3/76)
- diese Rspr. wird im Gesetzestext vorausgesetzt bei der Befristung (arg. § 102 Abs. 2 Satz 5 SGB VI: "**Renten, auf die ein Anspruch unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage besteht**")

Berentung wegen Erwerbsminderung

Eintritt des Versicherungsfalls

- die Arbeitsmarktrente ist eigentlich systemwidrig, da hiermit kein versichertes Risiko der gesetzl. RV versorgt wird; daher zahlt gem. § 224 SGB VI die Bundesagentur einen Ausgleichsbetrag, wenn Rente abhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage gezahlt wird
- weitere Fälle voller Erwerbsminderung: unabhängig vom zeitlichem Leistungsvermögen am allg. Arbeitsmarkt können qualitative Leistungseinschränkungen den Arbeitsmarkt praktisch vollständig verschließen: insb. die fehlende Fähigkeit, einen Arbeitsplatz zu erreichen (**Wegefähigkeit**) oder die Unfähigkeit, zu **betriebsüblichen Bedingungen** tätig zu sein (bspw. wegen erhöhten **Pausenbedarfs**)
- darüber hinaus kann der Arbeitsmarkt in atypischen Fällen verschlossen sein, nämlich wenn sich ungewöhnliche Leistungseinschränkungen summieren (sog. **Summierungsfall**) oder eine **schwere spezifische Leistungsbehinderung** besteht (BSG, Beschl. Großer Senat 19.12.1996, GS 2/95; zuletzt bestätigt u. fortgeführt durch BSG, Urt. 11.12.2019, B 13 R 7/18 R bzgl. einer auch denkbaren Summierung gewöhnlicher Leistungseinschränkungen)

Berentung wegen Erwerbsminderung

Bewilligung EM-Rente

- befristete Gewährung ist Regelfall (§ 102 Abs. 2 Satz 1 1. Var. SGB VI)
- Rentenbeginn i.F.d. Befristung erst nach Ablauf des **7. Kalendermonats** nach Eintritt der Erwerbsminderung (§ 101 Abs. 1 SGB VI)
- Ausnahmefälle für bereits frühere Rentenzahlungen gem. § 101 Abs. 1a SGB VI, etwa wenn aufgrund sog. **Nahtlosigkeitsregelung** (§ 145 Abs. 1 Satz 1 SGB III) Alg. gezahlt wurde u. durch die Feststellung der Erwerbsminderung der Alg.-Anspruch entfällt: in dem Fall ab dem **Folgetag** EM-Rente (§ 101 Abs. 1a Nr. 1 lit. a) SGB VI)
- EM-Rente wird **auf Dauer** nur gezahlt, wenn die Rente **(a)** unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage gewährt wird (also keine Arbeitsmarktrente) u. **(b)** unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann (§ 102 Abs. 2 Satz 5 1. Halbs. SGB VI)
- eine gesetzliche Vermutung für das Merkmal zu (b) ergibt sich bei 9-jähriger Befristungsdauer (§ 102 Abs. 2 Satz 5 2. Halbs. SGB VI)

- die soziale Absicherung verteilt sich über mehrere Zweige der Sozialversicherung und ist an den Schnittstellen (Reha-Antragstellung, Nahtlosigkeitsregelung, Merkmal des "Hinzutretens" einer Krankheit nach Zäsur) mit Rechtsunsicherheiten behaftet
- die Einbeziehung des Arbeitgebers in die Unterhaltssicherung als Sozialleistung führt zu Risiken für den Bestand des Beschäftigungsverhältnisses (kein Verwertungsverbot der Entgeltfortzahlungskosten bei der personenbedingten Kündigung)
- die Überleitung von der Kranken- in die Rentenversicherung muss (a) medizinisch evidenzbasiert und (b) unter Abgleich mit den Interessen des Versicherten erfolgen (Ermessensentscheidung der Krankenkasse über die Fristsetzung zur Reha-Antragstellung)
- eine gleichbleibende Versorgung mit unterhaltssichernden Leistungen (ergänzende Reha-Leistung) ist nach einer erfolglosen Rehabilitation nicht gewährleistet, da keine Kontinuität der Bemessungsgrundlage zweigübergreifend geregelt ist
- das Recht der EM-Rente ist intransparent geregelt, da am Gesetzestext nicht ersichtlich, dass es (a) nicht auf das zeitliche Leistungsvermögen allein ankommt und (b) auch arbeitsmarktbezogene Risiken (systemfremd) in der gesetzl. RV versichert sein können

Vielen Dank!