

MEDIZINISCHE REHABILITATION

Grundsicherung für
Arbeitsuchende



INHALTSÜBERSICHT

Autoren

Harry Fuchs, Sozialexperte, Düsseldorf
PD Dr. Felix Welti, Kiel

Herausgeber

Arbeitskreis Gesundheit e.V.
Am Römerlager 2
53117 Bonn

Layout und Druck

D+L Reichenberg GmbH, Bocholt

Stand

2. Auflage, Juli 2006

© 2006

Alles hängt an der Erwerbsfähigkeit !	4
Rehabilitation klärt die mit der Erwerbsfähigkeit verbundenen Fragen!	5
Einleitung von Rehabilitationsleistungen durch die Träger der Grundsicherung	6
Wann besteht ein Bedarf für Leistungen der medizinischen Rehabilitation?	7
Die Träger der Rehabilitation und ihre Aufgaben	8
Die Rentenversicherungsträger als zuständige Träger für die medizinische Rehabilitation	10
Rehabilitationsleistungen für Bezieher von Sozialhilfe	11
Eigener Antrag oder Verordnung durch den behandelnden Arzt	12
Kleine Rechtskunde	13

MEDIZINISCHE REHABILITATION – GRUNDSICHERUNG FÜR ARBEITSUCHENDE

Viele arbeitslose Menschen haben ernsthafte gesundheitliche Probleme, die ihre Vermittlungschancen auf dem Arbeitsmarkt einschränken. Arbeitslosigkeit macht krank und Krankheit und Behinderung führen zu Arbeitslosigkeit. Viele dieser Menschen wurden als Dauerempfänger von Arbeitslosenhilfe oder Hilfe zum Lebensunterhalt oder als Teil der „stillen Reserve“ von den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nicht mehr erreicht. Durch die Arbeitsmarktreformen sind ihnen nunmehr die meisten Leistungen des Sozialversicherungssystems wieder zugänglich. Das kann auch eine Chance sein, Menschen zu helfen, die lange vernachlässigt worden sind.

ALLES HÄNGT AN DER ERWERBSFÄHIGKEIT !

Mit „Hartz IV“ ist die Erwerbsfähigkeit zur entscheidenden Schnittstelle zwischen den Sozialleistungssystemen geworden. Das Zweite Sozialgesetzbuch (SGB II) findet nämlich nur für die 15 bis 65jährigen Anwendung, die erwerbsfähig sind. Erwerbsfähig ist nach § 8 SGB II, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, mit den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich tätig zu sein.

Damit hat der Gesetzgeber entschieden:

Auch wer gesundheitlich eingeschränkt ist, soll für die Erwerbsarbeit aktiviert werden!

Die Frage der Erwerbsfähigkeit ist jedoch nicht nur dafür von Bedeutung, ob das SGB II überhaupt Anwendung findet, sondern – wenn es denn anzuwenden ist – auch dafür, wie es durchzuführen ist.

Die Bezieher der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind nämlich verpflichtet, jedwede Arbeit anzunehmen, die zumutbar ist. Zumutbar ist nach § 10 Abs. 1 Nr. 1 SGB II jede Arbeit, es sei denn, dass der Betroffene zu bestimmten Arbeiten körperlich, geistig oder seelisch nicht in der Lage ist. Konkret heißt das, dass den Empfängern von Leistungen der Grundsicherung für

Arbeitsuchende keine Arbeiten zugemutet werden dürfen, wenn sie diese wegen einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung objektiv nicht leisten können. Die Klärung dieser Frage ist für die Betroffenen noch bedeutsamer als die Frage der Erwerbsfähigkeit an sich.

Die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende und die Betroffenen fragen deshalb: Wie kann die Erwerbsfähigkeit von Menschen zuverlässig bestimmt werden? Wie können trotz schwieriger Arbeitsmarktlage gesundheitlich beeinträchtigte Menschen motiviert werden, ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten und wiederzugewinnen?

REHABILITATION KLÄRT DIE MIT DER ERWERBSFÄHIGKEIT VERBUNDENEN FRAGEN!

Mit der Zielsetzung des SGB II, auch die gesundheitlich Eingeschränkten für die Erwerbsarbeit zu aktivieren, gilt für diese Menschen zugleich auch der im Sozialrecht verankerte Grundsatz des Vorrangs von Rehabilitation, insbesondere medizinischer Rehabilitation!

Rehabilitation ist eine Maßnahme des Förderns, um Menschen wieder so erwerbsfähig wie möglich zu machen. Medizinische Rehabilitation kann oft erst die gesundheitlichen Voraussetzungen für erfolgreiche berufliche Förderung schaffen, seien es Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder andere Maßnahmen des Trägers der Grundsicherung. Träger der medizinischen Rehabilitation sind vor allem die Träger der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung. Durch das SGB II sind viele Arbeitsuchende neu sozialversichert worden. Sie können jetzt erstmalig medizinische Rehabilitation dieser Träger in Anspruch nehmen.

Nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (Teil IX) ist es Aufgabe der Rehabilitationsträger, Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft u.a. durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu beseitigen, zu adaptieren oder zu kompensieren. In diesem Zusammenhang ist nicht nur der Rehabilitationsbedarf funktionsbezogen festzustellen (§ 10 Abs. 1 SGB IX). Das Ergebnis dieser Feststellungen beinhaltet insbeson-

dere die Klärung, zu welchen Arbeiten jemand körperlich, geistig oder seelisch nicht in der Lage ist und mit welchen Rehabilitationsleistungen diese Beeinträchtigungen ggfls. beseitigt werden können.

Deshalb können die zur Erwerbsfähigkeit in den Entlassungsberichten der Rehabilitationseinrichtungen enthaltenen fundierten Feststellungen für die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende ebenso wie für die Betroffenen eine gemeinsame und tragfähige Grundlage für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit sein, insbesondere auch für die Frage, welche Tätigkeiten im Sinne des § 10 SGB II bei Vorliegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen objektiv zugemutet werden können oder nicht.

EINLEITUNG VON REHABILITATIONSLEISTUNGEN DURCH DIE TRÄGER DER GRUNDSICHERUNG

Die Träger der Grundsicherung sind nach § 8 SGB IX berechtigt und verpflichtet, bei Anzeichen für einen Rehabilitationsbedarf eines Arbeitsuchenden zu prüfen, ob Rehabilitation voraussichtlich erfolgreich wäre. Erfolgreich ist jede Rehabilitation, mit der die Erwerbsfähigkeit zumindest verbessert wird. Der Träger der Grundsicherung kann die Antragstellung bei einem Rehabilitationsträger anregen, die innerhalb von vierzehn Tagen zur Klärung der Zuständigkeit führen muss (§ 14 SGB IX). Sind Zuständigkeiten und Angebote unklar, muss auch die gemeinsame Servicestelle der Rehabilitationsträger (§ 22 SGB IX) helfen, die in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt eingerichtet ist. Der Weg über einen niedergelassenen Arzt ist nicht erforderlich, die Anträge können direkt bei jedem Rehabilitationsträger und jeder Servicestelle gestellt werden. Werden gesundheitliche Probleme im Rahmen der psychosozialen Betreuung und Suchtberatung durch die Kommunen und Arbeitsgemeinschaften deutlich (§ 16 Abs. 2 SGB II), so sind Träger, Sozialarbeiter und andere beratende Berufe berechtigt und verpflichtet, Rehabilitation bei den Rehabilitationsträgern und Servicestellen oder einen Arzt anzuregen (§ 61 SGB IX).

WANN BESTEHT EIN BEDARF FÜR LEISTUNGEN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION?

Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger haben in einer gemeinsamen Empfehlung zur frühzeitigen Erkennung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe Anhaltspunkte für einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe, insbesondere der medizinischen Rehabilitation formuliert.

Ergibt sich aus der Wahrnehmung der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende oder aus dem Gespräch mit dem betroffenen Arbeitsuchenden, dass bei diesem offensichtlich als Folge von Krankheit Beeinträchtigungen seiner Aktivitäten und seiner Teilhabe in für ihn wichtigen Lebensbereichen vorliegen, sollte die Einleitung medizinischer Leistungen zur Rehabilitation immer erfolgen. Solche krankheitsbedingten Beeinträchtigungen können sich darstellen

1. auf der Ebene der Aktivitäten z.B.:

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

2. auf der Ebene der Teilhabe z.B. in Einschränkungen der Möglichkeiten der:

- Bildung und Ausbildung,
- Selbstversorgung,
- Mobilität (Fortbewegung in der Umgebung, Reisen),
- Beschäftigung (Erwerbstätigkeit, Freizeit),
- Bewältigung familiärer Aufgaben,
- sozialen Integration oder
- ökonomischen Eigenständigkeit (in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhalts).

Solche Anhaltspunkte können sich zum Beispiel ergeben

- bei Arbeitsuchenden, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt wegen Krankheit behandlungsbedürftig sind,
- bei multimorbiden oder chronisch kranken Menschen jeden Alters,
- bei Menschen mit mehrfachen oder lang andauernden stationären Behandlungen wegen der selben Erkrankung insbesondere dann, wenn durch eine Chronifizierung der Erkrankung eine Behinderung oder eine Gefährdung oder Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben droht,
- bei Menschen mit besonders belastenden Arbeits- und Lebensbedingungen,
- bei Menschen, die eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung beziehen,
- bei Menschen, die bereits Leistungen zur Teilhabe erhalten oder erhalten haben, wenn sich eine Verschlimmerung anbahnt oder sich neue Aspekte für eine mögliche Verbesserung des Leistungs- und Teilhabevermögens ergeben,
- bei Menschen, bei denen der Gesundheitsschädigung vermutlich eine Abhängigkeit oder psychosomatische Reaktion zugrunde liegt,
- bei Menschen nach traumatischen Erlebnissen, insbesondere bei Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit.

Die Träger der Rehabilitation und ihre Aufgaben

Rehabilitationsträger sind die Bundesagentur für Arbeit, die Sozialhilfeträger, die Träger der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung, die Berufsgenossenschaften, die Versorgungssämter und die Träger der Kinder- und Jugendhilfe. Die Arbeitsgemeinschaften nach dem zweiten Sozialgesetzbuch (§ 44b) sind selbst keine Rehabilitationsträger, organisieren aber mit der Agentur für Arbeit und der Kommune die Zusammenarbeit zweier Rehabilitationsträger. Die zugelassenen kommunalen Träger der Grundsicherung sind zwar nicht explizit Rehabilitationsträger, haben aber deren Rechte und Pflichten (§ 6b Abs. 2 SGB II). Die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende können und müssen also das rechtliche Instrumentarium des SGB IX nutzen.

Aufgabe der Rehabilitationsträger ist die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Behindert im Sinne des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) sind nicht nur Menschen, die als schwerbehindert anerkannt sind oder denen man ihre Behinderung sofort ansieht. Behindert im Sinne des SGB IX sind vielmehr alle, die aus gesundheitlichen Gründen (körperlich, seelisch, geistig) in ihrer Teilhabe – insbesondere am Arbeitsleben – beeinträchtigt sind. Damit sind gerade alle chronisch kranken Menschen Zielgruppe der Rehabilitation: z.B. Diabetiker, chronische Rückenschmerzpatienten, Rheumatiker, Alkoholranke, seelisch beeinträchtigte Menschen. Es wird geschätzt, dass mindestens jeder vierte Langzeitarbeitslose schwerwiegende gesundheitliche Probleme hat.

Für das SGB IX sind diese Menschen behindert oder von Behinderung bedroht, so dass die Träger der Grundsicherung für sie nach § 8 SGB IX – im Sinne des Grundsatzes „Vorrang von Rehabilitation“ – bei dem für die medizinische Rehabilitation zuständigen Träger oder einer gemeinsamen Servicestelle die Klärung veranlassen müssen, ob Rehabilitation voraussichtlich erfolgreich wäre.

Da die Bezieher von Arbeitslosengeld II – anders als die Empfänger von Sozialhilfe – nicht nur in der gesetzlichen Krankenversicherung (soweit sie nicht Familienmitglieder sind; § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V), sondern auch in der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 3 Abs. 1 Nr. 3a SGB VI) pflichtversichert sind, ist in der Regel der Träger der Rentenversicherung als vorrangiger Rehabilitationsträger für die Bewilligung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation zuständig.

DIE RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER ALS ZUSTÄNDIGE TRÄGER FÜR DIE MEDIZINISCHE REHABILITATION

Die Rentenversicherungsträger und die mit ihnen kooperierenden Rehabilitationskliniken und Rehabilitationsdienste verfügen über gewachsenen Sachkenntnis, weil die Erwerbsfähigkeit im Sinne des SGB II auch Leistungsvoraussetzung für Erwerbsminderungsrenten ist. Daher betreiben sie auch seit über 100 Jahren Rehabilitation, um Menschen wieder fit für das Erwerbsleben zu machen. Ein Antrag auf Rehabilitation bei der Rentenversicherung führt dazu, dass Gefährdung und Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit als Leistungsvoraussetzungen kompetent überprüft und die Besserung der Erwerbsfähigkeit als Voraussetzung für Teilhabe am Arbeitsleben als Leistungsziel konsequent angestrebt werden.

Die Rentenversicherungsträger erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn ein Versicherter u.a. in den letzten 2 Jahren vor der Antragstellung 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit (§ 11 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI) entrichtet hat. Dabei zählen nach § 55 Abs. 2 SGB VI nicht nur Pflichtbeiträge aus einer ausgeübten Beschäftigung, sondern auch Pflichtbeiträge nach besonderen Vorschriften wie z.B. die wegen des Bezuges der Grundsicherung für Arbeitsuchende entrichteten Pflichtbeiträge mit.

Damit erfüllen auch langjährige Bezieher von Sozialhilfe, die mangels Entrichtung von laufenden Beiträgen bzw. Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren oftmals schon viele Jahre keine Rehabilitationsleistungen von den Rentenversicherungsträgern mehr beanspruchen konnten, nunmehr wieder die Leistungsvoraussetzungen der Rentenversicherungsträger, wenn für sie wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II für mindestens 6 Monate Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung vom Träger der Grundsicherung entrichtet wurden.

Deshalb können diejenigen, die in der Zeit vom 1.1.2005 bis 30.6.2005 und darüber hinaus Arbeitslosengeld II erhalten haben, ab 1.7.2005 medizinische und andere Leistungen zur Rehabilitation bei den Rentenversicherungsträgern beantragen.

Nur der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass aufgrund der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bereits vom ersten Tage der Versicherung an (d.h., ggfls. bereits seit dem 1.1.2005) ein Anspruch auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation gem. § 40 SGB V entstanden ist, der allerdings mit dem Entstehen der Ansprüche gegen den Rentenversicherungsträger (im Beispiel ab 1.7.2005) hinter diesen zurücktritt.

Der Zusammenhang von negativer gesundheitlicher Entwicklung und Langzeitarbeitslosigkeit sowie sonstigen Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist wissenschaftlich hinreichend belegt. Die berufliche, familiäre und gesellschaftliche Entwicklung von Langzeitarbeitslosen und Sozialhilfeempfängern ist nämlich in der Regel mit erheblichen Beeinträchtigungen der Gesundheit und der Erwerbsfähigkeit verbunden. Deswegen liegen bei vielen Beziehern von Arbeitslosengeld II die medizinischen Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vor.

REHABILITATIONSLEISTUNGEN FÜR BEZIEHER VON SOZIALHILFE

Die Zahl der Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch ist durch das Inkrafttreten des Zweiten Sozialgesetzbuches zwar kräftig gesunken, dennoch erhalten auch weiterhin z.T. ganze Bevölkerungsgruppen Sozialhilfe, die einen beachtlichen Rehabilitationsbedarf, häufig aber keinen direkten Zugang zu den Leistungen eines Sozialversicherungsträgers haben, weil dort kein Versicherungsverhältnis besteht oder die dort geforderten Voraussetzungen für die Leistungsgewährung noch nicht oder nicht mehr erfüllt werden können. Dabei handelt es sich insbesondere um Kinder und Jugendliche, aber auch um Rentenbezieher und andere lebensältere Menschen.

Die Sozialhilfeträger können im Rahmen der Hilfen zur Gesundheit bzw. im Rahmen der Eingliederungshilfe bei behinderten Menschen (§§ 47ff SGB XII) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen, wobei sich die Leistungen inhaltlich an den Vorschriften des SGB IX zu orientieren haben und damit den Leistungen der Rehabilitationsträger entsprechen.

EIGENER ANTRAG ODER VERORDNUNG DURCH DEN BEHANDELNDEN ARZT

Unabhängig davon, ob die Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit, die Arbeitsgemeinschaften und Kommunen im Rahmen des Zweiten Sozialgesetzbuches die Prüfung des Bedarfs an Rehabilitationsleistungen nach § 8 SGB IX einleiten, können die betroffenen Bezieher von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitslose jederzeit selbst einen Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation unmittelbar beim Rentenversicherungsträger oder einer gemeinsamen Servicestelle stellen oder durch den behandelnden Arzt verordnen lassen.

Eine eigene unmittelbare Antragstellung bietet sich an, wenn

- der behandelnde Arzt die eigene Wahrnehmung, dass man solche Leistungen benötigt, bestätigt
- über die Frage der Leistungsfähigkeit im Rahmen der Zumutbarkeitsregelungen oder
- gar über die Frage der Erwerbsfähigkeit. Dissens zwischen dem Bezieher der Grundsicherung für Arbeitsuchende und den das SGB II durchführenden Dienststellen besteht.

KLEINE RECHTSKUNDE

GRUNDSICHERUNG FÜR ARBEITSUCHENDE

§ 1 (1) Satz 4 SGB II

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

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

SOZIALHILFE

§ 14 SGB XII

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

REHABILITATION UND TEILHABE

§ 8 (1) SGB IX

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

§ 10 (1) 1 SGB IX

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

§ 11 SGB IX

- (1) Soweit es im Einzelfall geboten ist, prüft der zuständige Rehabilitationsträger gleichzeitig mit der Einleitung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, während ihrer Ausführung und nach ihrem Abschluss, ob durch geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Erwerbsfähigkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Er beteiligt die Bundesagentur für Arbeit nach § 38.
- (2) Wird während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation erkennbar, dass der bisherige Arbeitsplatz gefährdet ist, wird mit den Betroffenen sowie dem zuständigen Rehabilitationsträger unverzüglich geklärt, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind.

§ 38 SGB IX

Die Bundesagentur für Arbeit nimmt auf Anforderung eines anderen Rehabilitationsträgers zu Notwendigkeit, Art und Umfang von Leistungen unter Berücksichtigung arbeitsmarktlischer Zweckmäßigkeit gutachterlich Stellung. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungsberechtigten in einem Krankenhaus oder einer Einrichtung der medizinischen oder der medizinisch-beruflichen Rehabilitation aufhalten.

§ 61 (3) SGB IX

Nehmen Medizinalpersonen außer Ärzten und Sozialarbeitern bei Ausübung ihres Berufs Behinderungen bei volljährigen Menschen wahr, empfehlen sie diesen Menschen oder den für sie bestellten Betreuern, eine Beratungsstelle für Rehabilitation oder einen Arzt zur Beratung über die geeigneten Leistungen zur Teilhabe aufzusuchen.

KRANKENVERSICHERUNG

§ 5 (1) SGBV Versicherungspflicht

(2a) Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind...

§ 73 (3) SGB V Vertragsärztliche Versorgung

Die Vertragsärztliche Versorgung umfasst die 7. Verordnung von Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

RENTENVERSICHERUNG

§ 3 Sonstige Versicherte

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit

(3a) für die sie von den jeweils zuständigen Trägern nach dem SGB II Arbeitslosengeld beziehen;...

§ 11 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- (2) Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen auch erfüllt, die
 1. in den letzten 2 Jahren vor der Antragstellung 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben.

§ 55 SGB VI Beitragszeiten

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

**Am Römerlager 2
53117 Bonn**

Telefon **02 28 – 21 21 00**

Telefax **02 28 – 21 22 11**

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

INTERNET **www.rehaklinik.com**

