

Informationen

zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe - Rehabilitationsantrag

G103

Inhalt	Seite
1 Ein Wort voraus	2
2 Allgemeine Informationen	2
3 Informationen zu den Leistungen	3
3.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	3
3.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke	4
3.3 Leistungen zur onkologischen Rehabilitation	5
3.4 Medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (Präventionsleistungen)	6
3.5 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)	7
3.6 Kraftfahrzeughilfe	8
3.7 Kinderrehabilitation	10
4 Ergänzende Leistungen	12
4.1 Reisekosten	12
4.2 Übergangsgeld	12
4.3 Soziale Sicherung	13
4.4 Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten	13
5 Zuzahlung	14
6 Erläuterungen zum Antragsformular G100	15
7 Erläuterungen zum Antragsformular G200	16

1 Ein Wort voraus

Sehr geehrte Antragstellerin / Sehr geehrter Antragsteller,

die Deutsche Rentenversicherung erbringt entsprechend den Regelungen der Sozialgesetzbücher - Sechstes Buch (SGB VI) und Neuntes Buch (SGB IX) folgende Leistungen zur Teilhabe:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke
- Leistungen zur onkologischen Rehabilitation
- Medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (Präventionsleistungen)
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)
- Kraftfahrzeughilfe
- Kinderrehabilitation
- Ergänzende Leistungen

Dazu müssen Sie jedoch bestimmte Voraussetzungen persönlicher und versicherungsrechtlicher Art erfüllen.

Wir möchten

- Ihnen in diesen Informationen die einzelnen Leistungsarten erklären,
- Ihnen die jeweiligen Voraussetzungen konkret benennen,
- Sie darauf aufmerksam machen, was bei der Antragstellung und Durchführung zu beachten ist.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Deutsche Rentenversicherung

2 Allgemeine Informationen

Nur mit Ihrer Hilfe ist es möglich, alle Fragen zu klären, die für die beantragte Leistung wichtig sind. Wir bitten Sie daher, den Antrag vollständig und richtig auszufüllen. Das Antragsformular enthält ausschließlich Fragen, deren Beantwortung für die Entscheidung des Rentenversicherungsträgers erforderlich ist.

Bitte senden Sie Ihren ausgefüllten Rehabilitationsantrag an Ihren Rehabilitationsträger. Sollte dieser für Ihren Rehabilitationsantrag nicht zuständig sein, wird die Frage der Zuständigkeit durch die Träger untereinander geklärt, wobei der Träger, bei dem Sie Ihren Antrag gestellt haben, 2 Wochen Zeit für die Prüfung hat. **Ist ein anderer Rehabilitationsträger für die beantragte Leistung zuständig, wird der Antrag zusammen mit den eingereichten Unterlagen an diesen weitergeleitet.** Ist der Rentenversicherungsträger Ihr zuständiger Rehabilitationsträger, legt er nach eingehender Prüfung der eingereichten Antragsunterlagen entsprechend den medizinischen und individuellen Bedürfnissen die Leistung nach Art, Dauer, Umfang sowie den Beginn, die Durchführung und auch die Rehabilitationseinrichtung fest.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Antragstellung zwar in Deutschland wohnen, jedoch auf Grund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit im EU-Ausland, in Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz, bei einem mitgliedstaatlichen Versicherungsträger versichert sind, gelten überstaatliche Zuständigkeitsregelungen. In dem Fall ist für die Erbringung einer Leistung zur Teilhabe der mitgliedstaatliche Versicherungsträger zuständig, bei dem Sie im Zeitpunkt der Antragstellung aktiv versichert sind. Allerdings besteht die Möglichkeit, dass die Deutsche Rentenversicherung bei Vorliegen der Voraussetzungen die Leistung zur Teilhabe im Auftrag und auf Rechnung des mitgliedstaatlichen Versicherungsträgers nach den hiezulande geltenden Rechtsvorschriften im Wege der sogenannten "Sachleistungsaushilfe" erbringt. Geldleistungen (zum Beispiel: Übergangsgeld) können von der Deutschen Rentenversicherung dagegen nicht erbracht werden. Hierfür ist in jedem Fall der ausländische Versicherungsträger zuständig.

Die Fragen im Antragsformular und die Erläuterungen richten sich selbstverständlich an Frauen und Männer gleichermaßen. Im Text haben wir uns zugunsten der Lesbarkeit und aus sprachlichen Gründen nur für die männliche Form entschieden.

Weiter mit Ziffer 2

Bei der Entscheidung und Ausführung der Leistungen zur Teilhabe entsprechen wir Ihren Wünschen, sofern sie berechtigt sind. Dabei nehmen wir auch auf Ihre persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse Rücksicht.

Ihre Wünsche können sich insbesondere auch auf die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung beziehungsweise des Leistungsortes beziehen. Berechtigt sind nur Wünsche, die der Zielsetzung der Rehabilitation entsprechen. Ziel der Rehabilitation ist die wesentliche Besserung oder Wiederherstellung Ihrer Erwerbsfähigkeit. Darüber hinaus sind auch wirtschaftliche und qualitative Aspekte entscheidend.

Bei einer Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten Sie von uns eine neutrale Bescheinigung über die Dauer der Leistungen. Diese Bescheinigung ist zur Vorlage bei Ihrem Arbeitgeber bestimmt. Darin werden Name und Anschrift der Rehabilitationseinrichtung nicht genannt und keine Angaben über Ihre Erkrankung gemacht.

Auf Antrag können Leistungen zur Teilhabe auch durch ein Persönliches Budget ausgeführt werden. Das Persönliche Budget ist keine eigenständige Leistung, sondern eine Form der Leistungserbringung. Im Unterschied zur traditionellen Sachleistung organisieren Sie Ihre Rehabilitationsleistung beim Persönlichen Budget in eigener Verantwortung. Beim Persönlichen Budget schließen Sie - gegebenenfalls nach einem persönlichen Gespräch mit uns - eine schriftliche Vereinbarung (Zielvereinbarung) über die für Sie geeigneten und erforderlichen Leistungen ab. An diese Zielvereinbarung sind Sie gebunden. Anschließend überweisen wir Ihnen die vereinbarte Geldleistung. Die Verwendung des Geldes entsprechend der Zielvereinbarung ist nachzuweisen.

Rehabilitationsleistungen wirken sich nicht nachteilig auf einen späteren Rentenanspruch aus. Die Durchführung von Rehabilitationsleistungen **schließt jedoch einen eventuellen Anspruch auf Erstattung** der bis dahin gezahlten Rentenversicherungsbeiträge aus.

Sollten wir Auskünfte oder Unterlagen von Dritten benötigen, werden wir uns direkt an Sie wenden. Ausnahmen von dieser Verfahrensweise sind möglich, soweit sie gesetzlich zugelassen sind. Mit Ihrer Unterschrift unter die Erklärung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe entbinden Sie Ärztinnen, Ärzte und dritte Stellen von der Schweigepflicht. Dies geschieht, um doppelte Untersuchungen soweit wie möglich zu vermeiden. Gleichzeitig bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie auf bestimmte Voraussetzungen, Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit Ihrem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe hingewiesen worden sind und diese zur Kenntnis genommen haben.

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft über die bei der Deutschen Rentenversicherung über Sie gespeicherten Daten und auf Akteneinsicht. Die Bestimmungen des Sozialdatenschutzes nach dem Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X) werden selbstverständlich von uns beachtet.

3 Informationen zu den Leistungen

3.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

3.1.1 Inhalt der Leistungen

Bestandteile der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die ärztliche Betreuung und Therapie (zum Beispiel Physikalische Therapie wie Krankengymnastik und aktive Bewegungstherapie). Es geht nicht nur darum, funktionelle Einschränkungen zu bessern, sondern auch eine angemessene Krankheitsverarbeitung zu unterstützen und eine gesundheitsgerechte Verhaltensweise zu fördern.

Entsprechend der fachlichen Ausrichtung der Rehabilitationseinrichtung kommen weitere Therapieelemente hinzu, zum Beispiel Psychotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie, Hirnleistungstraining und so weiter.

3.1.2 Persönliche Voraussetzungen

Ist Ihre Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert, kann die Deutsche Rentenversicherung für Sie Leistungen erbringen.

Dadurch soll bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden, bei bereits geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nicht vor Ablauf von 4 Jahren nach Durchführung der letzten Leistung erbracht. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Rentenversicherung, die Krankenversicherung oder ein anderer Rehabilitationsträger die Kosten der vorausgegangenen Leistung übernommen hat. Die 4-Jahres-Frist gilt nicht, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind.

3.1.3 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können wir für Sie erbringen, wenn Sie bei Antragstellung

- die Mindestversicherungszeit (Wartezeit) von 15 Jahren erfüllt haben oder
- in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (der Zeitraum von 2 Jahren verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II) oder
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind oder
- bereits vermindert erwerbsfähig sind oder dieses in absehbarer Zeit zu erwarten ist und Sie die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren erfüllt haben oder diese als erfüllt gilt.

Beziehen Sie Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, erfüllen Sie immer die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Dies gilt auch, wenn Sie Anspruch auf große Witwenrente oder Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben.

3.1.4 Leistungsausschluss

Leistungen werden nicht erbracht, wenn Sie

- wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit, einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts oder wegen eines Einsatzunfalls, der Ansprüche nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz begründet, gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers oder Leistungen zur Eingliederung nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz erhalten können,
- eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beziehen, beantragt haben oder in den nächsten 6 Monaten beantragen werden,
- eine Beschäftigung ausüben, aus der Ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist,
- als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens der Altersgrenze versicherungsfrei sind,
- eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird,
- sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilig untergebracht sind.

3.1.5 Durchführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation führen wir stationär oder ganztägig ambulant durch.

Bei stationärer Durchführung der Leistung sind Sie für die gesamte Dauer der Rehabilitationsleistung in der Rehabilitationseinrichtung untergebracht und werden dort gepflegt.

Im Gegensatz hierzu übernachten Sie bei ganztägig ambulanter Durchführung der Leistung zu Hause.

Entscheidend für die Auswahl einer ganztägig ambulanten Leistung ist neben medizinischen Gesichtspunkten auch die Frage, ob eine geeignete Einrichtung vorhanden ist und Sie mobil sind, zum Beispiel öffentliche Verkehrsmittel oder ein Kraftfahrzeug benutzen können.

Die Dauer der Rehabilitationsleistung beträgt in der Regel 3 Wochen. Eine Verlängerung ist möglich, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen.

Sofern Sie gemeinsam mit Ihrem Ehegatten oder Lebenspartner eine Leistung durchführen wollen, informieren Sie uns bitte bei der Antragstellung.

3.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke

3.2.1 Allgemeine Hinweise

Bevor Sie den Antrag stellen, empfehlen wir Ihnen, sich zunächst an eine Suchtberatungsstelle an Ihrem Wohnort oder im näheren Umkreis zu wenden.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke können stationär, ganztägig ambulant oder ambulant, gegebenenfalls auch kombiniert durchgeführt werden und dauern abhängig von der Art der Behandlungsform mehrere Wochen oder sogar Monate.

Weiter mit Ziffer 3.2.1

Im Gegensatz zur stationären Leistung übernachten Sie bei ganztägig ambulanter Leistung zu Hause.

Ambulante Leistungen werden in der Regel berufsbegleitend durchgeführt und umfassen eine bestimmte Anzahl an Therapieeinheiten.

Hinweise zu den persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sowie zum Leistungsausschluss siehe Erläuterungen im Abschnitt 3.1 (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation).

3.3 Leistungen zur onkologischen Rehabilitation

3.3.1 Allgemeine Hinweise

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation umfassen gezielte diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die geeignet sind, dazu beizutragen, Ihren Gesundheitszustand zu stabilisieren oder zu bessern und insbesondere Funktionsstörungen zu beseitigen oder auszugleichen.

Die Deutsche Rentenversicherung kann nur innerhalb eines Jahres nach erfolgter Akutbehandlung eine Rehabilitationsleistung bei onkologischen Erkrankungen erbringen. Liegen erhebliche Funktionseinschränkungen entweder durch die Erkrankung selbst, aufgrund von Komplikationen oder Folgen der Behandlung vor, können Sie im Einzelfall auch im zweiten Jahr nach Ende der Akutbehandlung eine onkologische Rehabilitation erhalten. Liegt Ihre Akutbehandlung schon länger als 2 Jahre zurück, wenden Sie sich bitte an Ihre Krankenkasse.

Für die Beantragung von Leistungen zur onkologischen Rehabilitation ist das Antragsformular G100 oder G200 - bis auf folgende Ausnahmen - von allen Antragstellern zu verwenden:

Ausnahmen:

- Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (**KBS**) im gesamten Bundesgebiet und deren Angehörige verwenden bitte das Antragsformular 8 71 02 der Knappschaft-Bahn-See. Dieses Formular ist bei allen Reha-Dienststellen der Knappschaft-Bahn-See im Bundesgebiet und im Internet (www.kbs.de) erhältlich.
- Versicherte der Deutschen Rentenversicherung **Bund, Rheinland und Westfalen mit einem Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen** und deren Angehörige verwenden bitte das Antragsformular CA 1 der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung. Dieses Formular ist bei den Krankenkassen und im Internet (www.argekrebnsnw.de) erhältlich.

3.3.2 Persönliche Voraussetzungen

- Die Diagnose Ihrer Erkrankung muss geklärt sein.
- Eine operative Behandlung muss abgeschlossen, eine Strahlentherapie vorläufig abgeschlossen sein.
- Eine noch laufende zytostatische Behandlung ist grundsätzlich kein Hinderungsgrund.
- Durch die onkologische Rehabilitation sollen die durch Ihre Geschwulsterkrankung oder deren Therapie bedingten körperlichen, seelischen, sozialen oder beruflichen Behinderungen positiv beeinflusst werden. Sie müssen für eine solche Leistung belastbar und in der Regel allein reisefähig sein.

3.3.3 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation können wir für Sie erbringen, wenn Sie bei Antragstellung

- die Mindestversicherungszeit (Wartezeit) von 5 Jahren erfüllt haben oder
- in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben (der Zeitraum von 2 Jahren verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II) oder
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind oder
- eine Rente von der Deutschen Rentenversicherung beziehen.

Weiter mit Ziffer 3.3.3

Anspruchsberechtigt sind darüber hinaus **nichtversicherte Ehegatten oder Lebenspartner** im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) und **Kinder** von Versicherten und Rentenbeziehern.

Kinder in diesem Sinne sind:

- nichtversicherte Kinder von Versicherten und von Rentenbeziehern,
- in den Haushalt aufgenommene Stiefkinder und Pflegekinder,
- Enkel und Geschwister von Versicherten oder Rentenbeziehern, die in deren Haushalt aufgenommen sind oder von ihnen überwiegend unterhalten werden.

Diese Kinder werden über das 18. Lebensjahr hinaus bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres als Kinder berücksichtigt, wenn sie

- sich in Schulausbildung oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten oder
- wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten.

3.3.4 Leistungsausschluss

Leistungen werden nicht erbracht, wenn Sie

- wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit, einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts oder wegen eines Einsatzunfalls, der Ansprüche nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz begründet, gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers oder Leistungen zur Eingliederung nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz erhalten können,
- eine Beschäftigung ausüben, aus der Ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist,
- als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens der Altersgrenze versicherungsfrei sind,
- sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilig untergebracht sind.

3.3.5 Dauer der Leistungen zur onkologischen Rehabilitation

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation dauern in der Regel 3 Wochen. Eine Verlängerung ist möglich, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen.

3.4 Medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (Präventionsleistungen)

3.4.1 Allgemeine Hinweise

Die Deutsche Rentenversicherung erbringt medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für ihre Versicherten, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben.

Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit sind bereits möglich, wenn noch keine erkennbaren Krankheitsbilder vorliegen, sondern lediglich erste Gesundheitsstörungen feststellbar sind.

3.4.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit können wir für Sie erbringen, wenn Sie bei Antragstellung

- die Mindestversicherungszeit (Wartezeit) von 15 Jahren erfüllt haben oder
- in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben oder
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind.

3.4.3 Leistungsausschluss

Leistungen werden nicht erbracht, wenn Sie

- wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit, einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts oder wegen eines Einsatzunfalls, der Ansprüche nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz begründet, gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers oder Leistungen zur Eingliederung nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz erhalten können,
- eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beziehen, beantragt haben oder in den nächsten 6 Monaten beantragen werden,
- eine Beschäftigung ausüben, aus der Ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist,
- als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens der Altersgrenze versicherungsfrei sind,
- eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird,
- sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilig untergebracht sind.

3.4.4 Dauer der Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit

Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit dauern 3 Wochen.

3.5 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)

3.5.1 Allgemeine Hinweise

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen insbesondere Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes und berufliche Anpassungsleistungen und Weiterbildungsleistungen. Ziel der Leistungen ist es, Ihre dauerhafte Erwerbsfähigkeit zu sichern oder Sie wieder in das Erwerbsleben einzugliedern.

Bei der Auswahl der Leistungen berücksichtigen wir Ihre Eignung, Neigung sowie Ihre bisherige Tätigkeit und die Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes.

3.5.2 Persönliche Voraussetzungen

Ist Ihre Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert, kann die Deutsche Rentenversicherung für Sie Leistungen erbringen.

Dadurch soll bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden, bei bereits geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden.

Die persönlichen Voraussetzungen haben Sie auch erfüllt, wenn bei teilweiser Erwerbsminderung durch die Leistung Ihr Arbeitsplatz erhalten werden kann.

3.5.3 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können wir für Sie erbringen, wenn Sie bei Antragstellung

- die Mindestversicherungszeit (Wartezeit) von 15 Jahren erfüllt haben oder
- Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen oder wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre oder
- bereits eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung durchgeführt haben und für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss daran eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich ist.

3.5.4 Leistungsausschluss

Leistungen werden nicht erbracht, wenn Sie

- wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit, einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts oder wegen eines Einsatzunfalls, der Ansprüche nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz begründet, gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers oder Leistungen zur Eingliederung nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz erhalten können,

Weiter mit Ziffer 3.5.4

- eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beziehen, beantragt haben oder in den nächsten 6 Monaten beantragen werden,
- eine Beschäftigung ausüben, aus der Ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist,
- als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens der Altersgrenze versicherungsfrei sind,
- eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird,
- sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilig untergebracht sind.
Der Leistungsausschluss gilt nicht für Versicherte im erleichterten Strafvollzug.

3.5.5 Art und Umfang der Leistungen

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind beispielsweise

- **Hilfen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes**
Diese Leistungen sollen Ihren bisherigen Arbeitsplatz sichern oder Ihnen direkt zu einem neuen Arbeitsplatz verhelfen. Sie umfassen zum Beispiel vermittlungunterstützende Leistungen und Kraftfahrzeughilfe.
- **Berufsvorbereitung einschließlich der wegen Ihrer Behinderung eventuell notwendigen Grundausbildung**
Sie kommt gegebenenfalls vor Beginn einer Bildungsmaßnahme zur Vermittlung der erforderlichen Grundkenntnisse in Betracht und dient der Sicherung des erfolgreichen Abschlusses Ihrer eigentlichen Bildungsmaßnahme.
- **Berufliche Anpassung, Ausbildung und Weiterbildung**
Hierbei handelt es sich um berufliche Qualifizierungsmaßnahmen, deren Ziel es ist, Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln, die Ihnen eine behinderungsgerechte berufliche Tätigkeit ermöglichen. Weiterbildungen (berufliche Umschulung und Fortbildung) sollen bei ganztägigem Unterricht in der Regel nicht länger als 2 Jahre gefördert werden. Qualifizierungsmaßnahmen führen wir in geeigneten, anerkannten Einrichtungen möglichst wohnortnah, sonst internatsmäßig, durch.
- **Gründungszuschuss bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit**
Beabsichtigen Sie, eine behinderungsgerechte selbständige Existenz zu gründen, können wir zur Sicherung Ihres Lebensunterhaltes in der Anfangsphase der Selbständigkeit unter bestimmten Voraussetzungen einen Gründungszuschuss zahlen.
- **Leistungen an Arbeitgeber zur Unterstützung der Beschäftigungsbereitschaft**
Durch diese Leistungen an Arbeitgeber soll erreicht werden, dass ein behinderungsbedingt gefährdetes Ausbildungsverhältnis oder Weiterbildungsverhältnis gesichert werden kann, Sie innerhalb Ihres Betriebes auf einen behinderungsgerechten Arbeitsplatz umgesetzt oder bei bestehender Arbeitslosigkeit von einem Arbeitgeber beschäftigt werden.
- **Leistungen in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)**
Diese Leistungen kommen in Betracht, wenn Ihnen der allgemeine Arbeitsmarkt aufgrund der Art oder Schwere Ihrer Behinderung verschlossen ist und Sie eine angemessene Tätigkeit nur im geschützten Rahmen einer WfbM ausüben können.

3.6 Kraftfahrzeughilfe

3.6.1 Allgemeine Hinweise

Leistungen zur Kraftfahrzeughilfe erhalten Sie, wenn Sie aus behinderungsbedingten Gründen dauerhaft auf die **Nutzung eines Kraftfahrzeuges (Kfz)** zur Erreichung Ihres Arbeitsortes oder Ausbildungsortes angewiesen sind. Dies gilt sowohl für ein bestehendes als auch für ein konkret in Aussicht stehendes Arbeitsverhältnis oder Beschäftigungsverhältnis.

Leistungen zur Kraftfahrzeughilfe sind:

- **Finanzielle Hilfe zu den Anschaffungskosten eines Kraftfahrzeuges**
Das Kfz muss nach Größe und Ausstattung angemessen, zweckmäßig und behinderungsgerecht sein. Für den Kauf eines Gebrauchtwagens können Sie Zuschüsse erhalten, wenn der Verkehrswert des Kfz mindestens 50 Prozent des ursprünglichen Neuwagenpreises beträgt.

Die Beschaffung eines Kfz im Leasing-Verfahren schließt die Bewilligung von Kraftfahrzeughilfe aus.

Die Hilfe zur Beschaffung eines Kfz ist von Ihrem Einkommen im Monat vor der Antragstellung abhängig. **Bemessungsbetrag ist der Kaufpreis des Kfz, höchstens jedoch ein Betrag von 9.500 EUR. Eine Ausnahme besteht, wenn ein Kfz mit einem höheren Kaufpreis wegen der Art oder Schwere Ihrer Behinderung zwingend erforderlich ist.** Von dem Höchstbetrag sind der Verkehrswert Ihres vorhandenen Altwagens und Zuschüsse öffentlich-rechtlicher Stellen abzuziehen.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den Erläuterungen zum **Formular G140 - Anlage zum Antrag auf Kraftfahrzeughilfe.**

- **Übernahme der Kosten von behinderungsbedingten Zusatzausstattungen und Reparaturen der Zusatzausstattungen**

Die Kosten für behinderungsbedingte Zusatzausstattungen (zum Beispiel automatisches Getriebe, Lenkhilfen, Bremskraftverstärker, verstellbare und schwenkbare Sitze) und die Kosten für Reparaturen der Zusatzausstattungen übernehmen wir ohne Berücksichtigung Ihres Einkommens für ein bedarfsgerechtes Fahrzeug.

- **Finanzielle Hilfe für die Erlangung des Führerscheins**

Die Höhe der finanziellen Hilfe für den Führerschein ist von Ihrem Einkommen abhängig. Kosten für behinderungsbedingte Untersuchungen, Ergänzungsprüfungen und Eintragungen in Ihren Führerschein übernehmen wir jedoch in vollem Umfang.

- **Übernahme der Beförderungskosten**

Sofern Sie ein Kfz nicht selbst fahren können, können wir auch Leistungen in Form von Beförderungskosten erbringen. Beförderungskosten können wir auch anstelle einer Kfz-Beschaffung, gegebenenfalls teilweise, übernehmen, wenn dies wirtschaftlicher und die Nutzung von Beförderungsdiensten zumutbar ist.

Kraftfahrzeughilfe ist grundsätzlich zu beantragen, bevor der Kaufvertrag über das Kraftfahrzeug und die behinderungsbedingte Zusatzausstattung abgeschlossen ist oder vor dem Beginn Ihrer Fahrausbildung. Es empfiehlt sich, vertragliche Verpflichtungen erst dann einzugehen, wenn feststeht, ob und in welchem Umfang Ihnen Leistungen bewilligt werden können.

Leistungen zur technischen Überprüfung und Reparatur einer behinderungsgerechten Zusatzausstattung müssen Sie innerhalb eines Monats nach Rechnungsdatum beantragen.

3.6.2 Persönliche Voraussetzungen

Ist Ihre Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert, kann die Deutsche Rentenversicherung für Sie Leistungen erbringen.

Dadurch soll bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden, bei bereits geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden.

Die persönlichen Voraussetzungen haben Sie auch erfüllt, wenn bei teilweiser Erwerbsminderung durch die Leistung Ihr Arbeitsplatz erhalten werden kann.

Daneben müssen Sie für den Leistungsbereich der Kraftfahrzeughilfe wegen der Art oder Schwere Ihrer Behinderung (eingeschränkte Wegefähigkeit) nicht nur vorübergehend auf ein Kfz angewiesen sein, um Ihren Arbeitsort oder Ausbildungsort zu erreichen. Aus Ihrer Beschäftigung oder Tätigkeit müssen Sie ein Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen von mehr als **400 EUR** im Monat erzielen.

3.6.3 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Leistungen können wir für Sie erbringen, wenn Sie bei Antragstellung

- die Mindestversicherungszeit (Wartezeit) von 15 Jahren erfüllt haben oder
- Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen oder wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre oder
- bereits eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung durchgeführt haben und für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss daran eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (Leistung zur Kraftfahrzeughilfe) erforderlich ist.

3.6.4 Leistungsausschluss

Leistungen werden nicht erbracht, wenn Sie

- wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit, einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts oder wegen eines Einsatzunfalls, der Ansprüche nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz begründet, gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers oder Leistungen zur Eingliederung nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz erhalten können,
- eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beziehen, beantragt haben oder in den nächsten 6 Monaten beantragen werden,
- eine Beschäftigung ausüben, aus der Ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist,
- als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens der Altersgrenze versicherungsfrei sind,
- eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird,
- sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilig untergebracht sind.
Der Leistungsausschluss gilt nicht für Versicherte im erleichterten Strafvollzug.

3.7 Kinderrehabilitation

3.7.1 Allgemeine Hinweise

Die Deutsche Rentenversicherung kann für Kinder von Versicherten und Rentenbeziehern und für Waisenrentenbezieher eine Kinderrehabilitation erbringen, wenn die Erkrankung des Kindes Einfluss auf dessen spätere Erwerbsfähigkeit haben kann.

Leistungen zur Kinderrehabilitation können sowohl von den gesetzlichen Krankenkassen als auch von der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt werden. **Zuständig ist der Träger, bei dem Sie den Antrag stellen.**

3.7.2 Persönliche Voraussetzungen

Für Kinder können Rehabilitationsleistungen erbracht werden, wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

Dies ist insbesondere der Fall bei folgenden Erkrankungen:

- Krankheiten der Atemwege
- allergische Krankheiten
- Hautkrankheiten
- Herzkrankheiten und Kreislaufkrankheiten
- Leberkrankheiten, Magenkrankheiten und Darmkrankheiten
- Nierenkrankheiten und Harnwegskrankheiten
- Stoffwechselkrankheiten
- entzündliche und nichtentzündliche Krankheiten des Bewegungsapparates
- neurologische Erkrankungen
- psychosomatische und psychomotorische Störungen, Verhaltensstörungen
- Übergewicht **in Verbindung mit** weiteren Risikofaktoren und anderen Erkrankungen

3.7.3 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Kinderrehabilitation sind erfüllt, wenn

- ein Elternteil bei der Antragstellung
 - die Mindestversicherungszeit (Wartezeit) von 5 Jahren erfüllt hat oder
 - in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit hat (der Zeitraum von 2 Jahren verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II) oder
 - innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt hat oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen ist oder
 - Altersrente oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit von der Deutschen Rentenversicherung bezieht oder
- das Kind Waisenrente von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

Kinder in diesem Sinne sind:

- nichtversicherte Kinder von Versicherten und von Rentenbeziehern
- in den Haushalt aufgenommene Stiefkinder und Pflegekinder
- Enkel und Geschwister von Versicherten oder Rentenbeziehern, die in deren Haushalt aufgenommen sind oder von ihnen überwiegend unterhalten werden.

Diese Kinder werden über das 18. Lebensjahr hinaus bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres als Kinder berücksichtigt, wenn sie

- sich in Schulausbildung oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten oder
- wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten.

3.7.4 Leistungsausschluss

Eine Kinderrehabilitation wird nicht erbracht, wenn der Versicherte, aus dessen Versicherung die Leistung beantragt wird

- Beamter oder diesem Personenkreis gleichgestellt ist oder
- eine Versorgung wegen Erreichens der Altersgrenze bezieht.

Darüber hinaus werden keine Leistungen für Kinder und für Bezieher einer Waisenrente erbracht, wenn diese selbst aufgrund

- eines Arbeitsunfalls (zum Beispiel Unfall im Zusammenhang mit Schulbesuch) oder
- einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts (zum Beispiel Impfschaden)

gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers (zum Beispiel Berufsgenossenschaft, Versorgungsamt) erhalten können.

Leistungen werden außerdem nicht erbracht, wenn

- das Kind an einer akuten Krankheit oder Infektionskrankheit (zum Beispiel Diphtherie, Scharlach) leidet oder
- die Aussicht auf eine spätere Erwerbsfähigkeit nicht verbessert werden kann.

3.7.5 Dauer und Umfang der Kinderrehabilitation

Die Kinderrehabilitation dauert in der Regel 4 Wochen. Sie kann verlängert werden, wenn es aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Die Kinderrehabilitation umfasst insbesondere ärztliche und nichtärztliche Therapie, Pflege, Versorgung mit Medikamenten sowie Unterkunft und Verpflegung in einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung.

Weiter mit Ziffer 3.7.5

Die Deutsche Rentenversicherung übernimmt die erforderlichen Reisekosten.

Sie schließen ein:

- die Anreisekosten und Rückreisekosten für das Kind
- bei Kindern bis zu 15 Jahren auf Antrag auch die Reisekosten für eine Begleitperson
- die erforderlichen Kosten der Gepäckbeförderung (nicht bei Kraftfahrzeugbenutzung)

Stellt Ihr Rentenversicherungsträger für die Reise zur Rehabilitationseinrichtung oder zurück eine Fahrgelegenheit (Gruppenreise) zur Verfügung und ist dem Kind diese Art der Beförderung gesundheitlich zuzumuten, können andere Fahrkosten nicht übernommen werden.

Die Kosten für die Unterbringung einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Begleitperson können auf Antrag übernommen werden.

4 Ergänzende Leistungen

4.1 Reisekosten

Die Deutsche Rentenversicherung übernimmt Ihre erforderlichen Reisekosten, die anlässlich der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe entstehen. Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Hinweisen zum Bewilligungsbescheid.

4.2 Übergangsgeld

Sowohl bei stationären als auch bei ganztägig ambulanten **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** haben Sie in der Regel nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz für 6 Wochen einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegenüber Ihrem Arbeitgeber, wenn Sie wegen der Leistung nicht arbeiten können. Bei **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung.

Soweit kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht (zum Beispiel durch Vorerkrankungszeiten), zahlt Ihnen die Deutsche Rentenversicherung unter den nachfolgenden Voraussetzungen Übergangsgeld:

- Anspruchsvoraussetzungen

Bei **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** besteht ein Anspruch auf Übergangsgeld, wenn Sie unmittelbar vor dem Beginn der Leistung oder einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit Arbeitsentgelt (als Arbeitnehmer) oder Arbeitseinkommen (als Selbständiger) erzielt und Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt haben. Beziehen Sie bis zum Beginn der Leistung zum Beispiel Krankengeld oder Arbeitslosengeld und beruht diese Leistung auf Arbeitseinkünften, aus denen Rentenversicherungsbeiträge gezahlt worden sind, erhalten Sie ebenfalls Übergangsgeld.

Als Bezieher von Arbeitslosengeld II haben Sie Anspruch auf Übergangsgeld, wenn vor Beginn der Arbeitslosigkeit Pflichtbeiträge zur Rentenversicherung gezahlt worden sind.

Bei **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Übergangsgeld. Dies gilt auch für die Zeit, in der Sie wegen der Teilnahme an einer Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeiterprobung kein oder nur ein geringeres Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielen.

- Höhe des Übergangsgeldes

Das Übergangsgeld wird abhängig vom Personenkreis und der Leistungsart auf unterschiedliche Weise ermittelt.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die maßgebende Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld bestimmt sich bei **versicherungspflichtigen Arbeitnehmern** nach dem letzten abgerechneten Bruttoarbeitsentgelt und Nettoarbeitsentgelt. Das Übergangsgeld wird zunächst aus 80 Prozent des Bruttoarbeitsentgelts berechnet, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt. Diesen Betrag vergleichen wir mit dem laufenden Nettoarbeitsentgelt. Der niedrigere Betrag ist die für die Höhe des Übergangsgeldes maßgebende Berechnungsgrundlage. Haben Sie ein Kind mit Anspruch auf Kindergeld oder liegt Pflegebedürftigkeit vor, beträgt das Übergangsgeld 75 Prozent der Berechnungsgrundlage, in allen anderen Fällen 68 Prozent. Die Berechnungsgrundlage kann sich erhöhen, wenn Sie in den letzten 12 Kalendermonaten beitragspflichtige Einmalzahlungen erhalten haben.

Weiter mit Ziffer 4.2

Zahlen Sie als Arbeitnehmer **freiwillige Beiträge** zur gesetzlichen Rentenversicherung oder sind Sie **selbständig** und erzielen Arbeitseinkommen, ermitteln wir das Übergangsgeld aus 80 Prozent des Einkommens, das den entrichteten Beiträgen zur Rentenversicherung im letzten Kalenderjahr vor Beginn der Leistung zugrunde liegt. Wir weisen darauf hin, dass wir für die Berechnung des Übergangsgeldes Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem Beginn der Leistung rückwirkend für den Bemessungszeitraum gezahlt werden, nicht berücksichtigen können. Eine Bereiterklärung zur Beitragszahlung ist nicht ausreichend. Die Beiträge müssen vor Leistungsbeginn gezahlt worden sein.

Erhalten Sie **Krankengeld** von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse, ruht der Anspruch auf Krankengeld, soweit und solange Sie Übergangsgeld beziehen. Die Höhe des Übergangsgeldes bestimmt sich bei Beziehen von Krankengeld wie bei versicherungspflichtig Beschäftigten nach dem letzten abgerechneten Bruttoarbeitsentgelt und Nettoarbeitsentgelt mit der Besonderheit, dass von dem der Krankengeldberechnung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt auszugehen ist. Die Höhe des vorangegangenen Krankengeldes ist hierbei ohne Bedeutung.

Beziehen Sie **Arbeitslosengeld**, zahlen wir bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Ihr Übergangsgeld in Höhe der von der Agentur für Arbeit festgestellten Leistung weiter, wenn vor Beginn der Arbeitslosigkeit Pflichtbeiträge zur Rentenversicherung gezahlt worden sind und diese Leistung auf der Grundlage dieses Arbeitsentgelts berechnet worden ist. Bei **Teilarbeitslosigkeit** errechnen wir das Übergangsgeld aus dem Arbeitsentgelt der nicht mehr ausgeübten sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung.

Erhalten Sie **Arbeitslosengeld II**, zahlt dieses die bisher zahlende Stelle (Agentur für Arbeit, Jobcenter) grundsätzlich während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation weiter.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Das Übergangsgeld ermitteln wir grundsätzlich in gleicher Weise wie bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Berechnungsgrundlage ist jedoch mindestens das tarifliche oder ortsübliche Arbeitsentgelt, das Sie ohne Ihre Behinderung nach Ihren beruflichen Fähigkeiten und Ihrem Lebensalter hätten erzielen können. Maßgebend ist hierbei das fiktive beitragspflichtige Bruttoarbeitsentgelt in dem letzten Kalendermonat vor Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben. Waren Sie zuletzt selbständig und hätten Sie Ihre Tätigkeit ohne die Behinderung fortgesetzt, so stellen wir auf eine gleichartige oder vergleichbare Beschäftigung ab und ermitteln hieraus das tarifliche Entgelt. Das Übergangsgeld wird aus 65 Prozent des jährlichen fiktiven Arbeitsentgelts berechnet. 75 oder 68 Prozent der täglichen Berechnungsgrundlage ergeben die endgültige Höhe des Übergangsgeldes.

4.3 Soziale Sicherung

Beziehen Sie Übergangsgeld, sind Sie in der Regel in der Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung versichert, wenn Sie zuvor bereits versicherungspflichtig gewesen sind. Die Beiträge übernimmt Ihr Rentenversicherungsträger. Hiervon ausgenommen sind der Beitragszuschlag in der gesetzlichen Pflegeversicherung für Versicherte ohne Kinder sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitrag Ihrer Krankenkasse.

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben besteht in aller Regel keine Versicherungspflicht zur Arbeitslosenversicherung.

Ob auch für Sie Beiträge zu zahlen sind, prüfen wir im Zusammenhang mit der Bewilligung von Übergangsgeld.

Im Zusammenhang mit der Rehabilitationsleistung sind Sie im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung geschützt. Begleitpersonen sind dagegen nicht gesetzlich unfallversichert.

4.4 Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten

Die Deutsche Rentenversicherung kann die Kosten für eine Haushaltshilfe oder für die Kinderbetreuung in angemessener Höhe übernehmen, wenn

- Ihnen wegen der Teilnahme an der Leistung die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist,
- eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und
- im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Weiter mit Ziffer 4.4

Haben Sie zum Beispiel als alleinstehender Versicherter keine Möglichkeit, Ihr Kind während der Rehabilitationsleistung anderweitig unterzubringen, können Sie es auf Antrag in die Rehabilitationseinrichtung mitnehmen, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- medizinische Gründe dürfen dem nicht entgegenstehen
- die Voraussetzungen für die Erbringung von Haushaltshilfe müssen vorliegen
- die ausgewählte Einrichtung ist auf die Unterbringung von Kindern eingerichtet

Sofern Sie keinen Anspruch auf Haushaltshilfe haben, können wir für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die durch die Leistung zur Teilhabe entstehenden Betreuungskosten bis zu einem Betrag von 130 EUR (Wert im Jahr 2011) monatlich je Kind übernehmen.

5 Zuzahlung

Sie haben grundsätzlich für jeden Kalendertag der stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation eine Zuzahlung in Höhe von 10 EUR zu leisten, längstens jedoch für 42 Tage im Kalenderjahr.

Schließt die stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung an (zum Beispiel Anschlussrehabilitation), haben Sie für längstens 14 Tage eine Zuzahlung zu leisten. Als unmittelbar gilt dabei auch, wenn die Rehabilitationsleistung innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich.

Wir prüfen, ob von Ihnen im Kalenderjahr bereits geleistete Zuzahlungen an eine gesetzliche Krankenkasse oder an einen Rentenversicherungsträger auf Ihre Zuzahlung angerechnet werden können. Die Tage eines vorhergehenden Krankenhausaufenthaltes werden auch dann angerechnet, wenn Sie wegen Erreichens der Belastungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung oder wegen einer an die gesetzliche Krankenkasse geleisteten (Zuzahlungs-)Vorauszahlung von der Zuzahlung für den Krankenhausaufenthalt befreit waren. Bitte reichen Sie entsprechende Nachweise ein.

Bei ambulanten (auch ganztägigen) Rehabilitationsleistungen, Rehabilitationsleistungen für Kinder und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben besteht keine Zuzahlungspflicht.

Die Zuzahlungspflicht entfällt außerdem,

- wenn Sie bei der Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- für die Tage, für die Sie Übergangsgeld erhalten, sofern Sie nicht neben dem Übergangsgeld zusätzlich Erwerbseinkommen beziehen,
- wenn Sie Arbeitslosengeld II, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Leistungen zur Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XII) erhalten.

Werden Sie durch die Zuzahlung unzumutbar belastet, können wir Sie auf Antrag vollständig oder teilweise von der Zuzahlung befreien.

Sind Sie von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse von der Zuzahlung befreit, führt dies nicht automatisch zu einer Befreiung von der Zuzahlung in der Rentenversicherung. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte dem **Formular G160 - Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung bei stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**. Das Formular erhalten Sie bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse, beim Versicherungsamt, einer Auskunfts- und Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung oder im Internet. Der Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung soll nach Möglichkeit zusammen mit dem Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eingereicht werden.

6 Erläuterungen zum Reha-Antragsformular G100 - Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte - Rehabilitationsantrag

- Ziffer 2** Ihre Angaben zur Person müssen den Eintragungen in der Geburtsurkunde, im gültigen Personalausweis oder Reisepass entsprechen. Sie sind erforderlich, damit wir Ihr Versicherungskonto einwandfrei ermitteln und führen können.
- Ziffer 6** Ziel der **Disease-Management-Programme (DMP)** ist die Behandlung chronisch kranker Menschen nach gleichen, abgestimmten medizinischen Standards über den gesamten Verlauf der Krankheit hinweg. Dies gilt auch für die Rehabilitation.
- Es gibt Disease-Management-Programme, zum Beispiel für die Diagnosen:
- Diabetes mellitus Typ 2
 - Diabetes mellitus Typ 1
 - Brustkrebs
 - Koronare Herzkrankheit
- Ziffer 7** Die Angaben benötigen wir für eventuelle Rückfragen bei Ihrer Krankenkasse.
- Ziffer 8** Ihren behandelnden Arzt (zum Beispiel Hausarzt, Facharzt) binden wir in den Rehabilitationsprozess mit ein. Daher benötigen wir den Namen und die vollständige Anschrift für eventuelle Rückfragen oder zur Anforderung gegebenenfalls noch fehlender ärztlicher Unterlagen.
- Ziffer 9** Die Angaben zur Beitragszahlung sind erforderlich, damit wir die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen prüfen können.
- Ziffer 10** Beamte mit Versorgungsanwartschaften können keine Leistungen zur Rehabilitation aus der Rentenversicherung erhalten. Beamte auf Widerruf oder auf Probe und Beschäftigte im öffentlichen Dienst mit Anwartschaft auf Zusatzversorgung (zum Beispiel von der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder - VBL) sind vom Ausschluss nicht betroffen.
- Ziffer 11** Hierunter fallen Erwerbsminderungsrenten und Altersrenten. Beziehen Sie bereits Altersrente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt oder beabsichtigen Sie, dies in den nächsten 6 Monaten zu tun, können Sie keine Leistungen zur Rehabilitation von der Rentenversicherung erhalten. Der Ausschluss gilt nicht, wenn Sie einen Antrag auf Leistungen zur onkologischen Rehabilitation stellen.
- Ziffer 12** Beziehen Sie eine Leistung mit Entgeltersatzcharakter, die Ihnen regelmäßig bis zum Beginn der Altersrente gezahlt wird, können Sie keine Leistung zur Rehabilitation von der Rentenversicherung erhalten. Der Ausschluss gilt nicht, wenn Sie einen Antrag auf Leistungen zur onkologischen Rehabilitation stellen.
- Ziffer 13.1** Beantworten Sie eine dieser Fragen mit ja, kann Ihr Antrag an den zuständigen Leistungsträger weitergeleitet werden. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Sie die Leistung zur Rehabilitation aufgrund einer dieser Gesundheitsstörungen beantragen.
- Ziffer 13.2** Treffen diese Fragen bei Ihnen zu, kann Ihr Rentenversicherungsträger Forderungen gegen Dritte geltend machen. Dies hat keine Auswirkungen auf die Antragsbearbeitung und den Leistungsanspruch.
- Ziffer 13.3** Grundsätzlich können wir Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht vor Ablauf von 4 Jahren nach Durchführung der letzten Leistung erbringen. Beantworten Sie diese Frage mit ja, prüfen wir, ob bei Ihnen Leistungen vor Ablauf der 4-Jahres-Frist erforderlich sind.
- Ziffer 15** Übergangsgeld und andere Geldleistungen (zum Beispiel Haushaltshilfe) zahlen wir grundsätzlich unbar. Wir überweisen eventuell zustehende Beträge auf das von Ihnen angegebene Konto. Die Angaben zu IBAN (International Bank Account Number) und BIC (Bank Identifier Code) entnehmen Sie bitte Ihrem Kontoauszug. Die Beträge können auch auf das Konto eines Dritten überwiesen werden. Sie sollten immer ein Konto angeben, damit keine zusätzlichen Gebühren durch Barscheck anfallen.

- Ziffer 16** Wir werden Ihnen zukünftig gewünschte barrierefreie Dokumente zusammen mit Dokumenten in Schwarzschrift auf Papier senden. Ein Nachweis über die Behinderung ist entbehrlich. In einer Übergangsphase erhalten Sie den Großdruck auf DIN A3 Format. Die Schriftdatei oder Textdatei wird im Dateiformat ".doc" ausgegeben. Hörmedien werden mit einer synthetischen Stimme bereitgestellt. Das Format "DAISY" kann nur auf einem
- mp3-fähigen Abspielgerät gegebenenfalls mit DAISY-Software
 - oder
 - speziellen DAISY-Abspielgerät
- gehört werden. Herkömmliche CD-Abspielgeräte sind für dieses Format nicht geeignet. Wir sind bemüht eine höchstmögliche Qualität von barrierefreien Dokumenten zu gewährleisten. Sollte sich ein barrierefreies Dokument als fehlerhaft erweisen, teilen Sie uns dies bitte mit.
- Ziffer 17** Hier entbinden Sie mit Ihrer Unterschrift Ärzte und dritte Stellen von der Schweigepflicht. Gleichzeitig bestätigen Sie damit, dass wir Sie auf bestimmte Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit Ihrem Antrag hingewiesen und Sie diese zur Kenntnis genommen haben.
- Ziffer 19** Diese Ziffer ist von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse auszufüllen. Sind Sie privat krankenversichert, ist diese Ziffer nicht auszufüllen.

7 Erläuterungen zum Reha-Antragsformular G200

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe - Rehabilitationsantrag für nichtversicherte Angehörige und Empfänger von Hinterbliebenenrente

- Ziffer 2 / Ziffer 3** Ihre Angaben zur Person müssen den Eintragungen in der Geburtsurkunde, im gültigen Personalausweis oder Reisepass entsprechen. Sie sind erforderlich, damit wir das Versicherungskonto einwandfrei ermitteln und führen können.
- Ziffer 6** Ziel der **Disease-Management-Programme (DMP)** ist die Behandlung chronisch kranker Menschen nach gleichen, abgestimmten medizinischen Standards über den gesamten Verlauf der Krankheit hinweg. Dies gilt auch für die Rehabilitation.
- Es gibt Disease-Management-Programme zum Beispiel für die Diagnosen:
- Diabetes mellitus Typ 2
 - Diabetes mellitus Typ 1
 - Brustkrebs
 - Koronare Herzkrankheit
- Ziffer 7** Die Angaben benötigen wir für eventuelle Rückfragen bei der Krankenkasse.
- Ziffer 8** Der behandelnde Arzt (zum Beispiel Hausarzt, Facharzt) wird in den Rehabilitationsprozess mit eingebunden. Daher benötigen wir den Namen und die vollständige Anschrift für eventuelle Rückfragen oder zur Anforderung gegebenenfalls noch fehlender ärztlicher Unterlagen.
- Ziffer 10.1 / Ziffer 10.2** Die Angaben sind erforderlich, um festzustellen, ob vorrangig ein Anspruch aus eigener Versicherung oder gegenüber einem anderen Leistungsträger besteht.
- Ziffer 10.3** Beamte mit Versorgungsanwartschaften können keine Leistungen zur Rehabilitation aus der Rentenversicherung erhalten. Beamte auf Widerruf oder auf Probe und Beschäftigte im öffentlichen Dienst mit Anwartschaft auf Zusatzversorgung (zum Beispiel von der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder - VBL) sind vom Ausschluss nicht betroffen.
- Ziffer 10.4** Beantworten Sie eine dieser Fragen mit ja, kann der Antrag an den zuständigen Leistungsträger weitergeleitet werden. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Sie die Leistung zur Rehabilitation aufgrund einer dieser Gesundheitsstörungen beantragen.

- Ziffer 10.5** Treffen diese Fragen zu, kann der Rentenversicherungsträger Forderungen gegen Dritte geltend machen. Dies hat keine Auswirkungen auf die Antragsbearbeitung und den Leistungsanspruch.
- Ziffer 10.6** Grundsätzlich können wir Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht vor Ablauf von 4 Jahren nach Durchführung der letzten Leistung erbringen. Wird diese Frage mit ja beantwortet, prüfen wir, ob Leistungen vor Ablauf der 4-Jahres-Frist erforderlich sind.
- Ziffer 12** Die Angaben zur Beitragszahlung sind erforderlich, um die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen prüfen zu können.
- Beamte mit Versorgungsanwartschaften können keine Leistungen zur Rehabilitation aus der Rentenversicherung erhalten. Beamte auf Widerruf oder auf Probe und Beschäftigte im öffentlichen Dienst mit Anwartschaft auf Zusatzversorgung (zum Beispiel von der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder - VBL) sind vom Ausschluss nicht betroffen.
- Ziffer 13** Wir überweisen eventuell zustehende Beträge auf das angegebene Konto. Die Angaben zu IBAN (International Bank Account Number) und BIC (Bank Identifier Code) entnehmen Sie bitte Ihrem Kontoauszug. Die Beträge können auch auf das Konto eines Dritten überwiesen werden. Sie sollten immer ein Konto angeben, damit keine zusätzlichen Gebühren durch Barscheck anfallen.
- Ziffer 14** Wir werden Ihnen zukünftig gewünschte barrierefreie Dokumente zusammen mit Dokumenten in Schwarzschrift auf Papier senden. Ein Nachweis über die Behinderung ist entbehrlich. In einer Übergangsphase erhalten Sie den Großdruck auf DIN A3 Format. Die Schriftdatei oder Textdatei wird im Dateiformat ".doc" ausgegeben. Hörmedien werden mit einer synthetischen Stimme bereitgestellt. Das Format "DAISY" kann nur auf einem
- mp3-fähigen Abspielgerät gegebenenfalls mit DAISY-Software
 - oder
 - speziellen DAISY-Abspielgerät
- gehört werden. Herkömmliche CD-Abspielgeräte sind für dieses Format nicht geeignet. Wir sind bemüht eine höchstmögliche Qualität von barrierefreien Dokumenten zu gewährleisten. Sollte sich ein barrierefreies Dokument als fehlerhaft erweisen, teilen Sie uns dies bitte mit.
- Ziffer 15** Hier entbinden Sie mit Ihren Unterschriften Ärzte und dritte Stellen von der Schweigepflicht. Gleichzeitig bestätigen Sie damit, dass wir Sie auf bestimmte Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit dem Antrag hingewiesen und Sie diese zur Kenntnis genommen haben.
- Ziffer 17** Diese Ziffer ist von der gesetzlichen Krankenkasse auszufüllen. Bei privat Krankenversicherten ist diese Ziffer nicht auszufüllen.

