
Ein

Martina Thoss*
Alexandra Otto*

Leistungen zur Teilhabe durch die gesetzliche Rentenversicherung im Überblick

Herausgegeben von der
Deutschen Rentenversicherung Bund
2160 Berufliches TrainingsCenter – Team Fachliche Trainings
Die Bildungsabteilung
Berlin-Wilmersdorf, Dienstgebäude Hohenzollerndamm 46-47, 10713 Berlin
Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin

Ansprechpartnerin: Cornelia Marweld
☎ 0160-144 05 18, ✉ fachliche-trainings-postkorb@drv-bund.de

Stand: 01.01.2025

Inhalt

1	Leistungen zur Teilhabe	4
2	Zuständigkeitsabgrenzung der Rentenversicherungsträger gegenüber anderen Rehabilitationsträger	5
2.1	Zuständigkeitsabgrenzung innerhalb der Deutschen Rentenversicherung.....	5
2.2	Leistender Rehabilitationsträger nach § 14 SGB IX.....	6
2.3	Beteiligungsverfahren nach § 15 SGB IX.....	6
3	Leistungen zur Prävention	8
4	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	9
4.1	Besondere Zugangswege zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	10
4.1.1	Direkteinweisungsverfahren.....	10
4.1.2	Schnelleinweisungsverfahren.....	11
4.1.3	AGM-Verfahren der DRV Bund.....	11
4.2	Leistungen zur Kinderrehabilitation.....	12
4.2.1	Familienorientierte Rehabilitation.....	13
4.3	Persönliche Voraussetzungen.....	13
4.4	Versicherungsrechtliche Voraussetzungen.....	13
4.5	Wer kann keine medizinische Rehabilitation erhalten?.....	14
5	Antragsverfahren	15
5.1	Aufforderung zur Antragstellung durch die gesetzliche Krankenversicherung.....	16
5.2	Wunsch- und Wahlrecht.....	16
5.3	Wie lange dauert es bis zur Aufnahme?.....	17
5.4	Kostenbeteiligung der Versicherten.....	17
5.5	Finanzielle Unterstützung während der medizinischen Rehabilitation.....	18
5.6	Reisekosten.....	18
5.7	Haushaltshilfe und Kinderbetreuung.....	19
6	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	20
6.1	Persönliche Voraussetzungen.....	21
6.2	Versicherungsrechtliche Voraussetzungen.....	21
6.3	Ergänzende und finanzielle Leistungen.....	21
7	Leistungen zur Nachsorge	22
8	Rehabilitationsantrag	23
8.1	Erläuterungen zum Rehabilitationsantrag (G0100).....	23
8.2	Antragspakete aus dem Internet.....	25
8.2.1	Allgemeine Hinweise zu den PDF-Formularen der Deutschen Rentenversicherung im Internet.....	25
8.2.2	Zusammenstellung der Antragspakete aus dem Internet für Versicherte oder Antragsteller / Antragstellerinnen.....	26

1 Leistungen zur Teilhabe

Abb. 2 bis 6

Im Vordergrund steht das Ziel, für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Besonderes Ziel der Teilhabe in der Rentenversicherung ist es, den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und den Einzelnen möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern. Für eine bedarfsgerechte Versorgung und Behandlung steht hier ein funktionierendes und modernes Rehabilitationssystem zur Verfügung.

Mit dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz - FlexiG), wurden die Nachsorge, die Prävention und die Kinderrehabilitation aus dem Katalog der sonstigen Leistungen des § 31 SGB VI a.F. (Abs. 1 Nr. 1, 2 und 4) herausgelöst und in jeweils eigenen Vorschriften (§§ 14, 15a und 17 SGB VI) geregelt.

Die Rentenversicherung unterscheidet nunmehr zwischen fünf Arten von Leistungen zur Teilhabe:

- Leistungen zur Prävention,
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Leistungen zur Nachsorge und
- ergänzende Leistungen.

Damit wird der Grundsatz der Rentenversicherung „Rehabilitation geht vor Rente“ um die Prävention ergänzt, das heißt, die Rentenversicherungsträger werden durch Gesetz verpflichtet, Leistungen zur Teilhabe grundsätzlich bei jedem Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu prüfen, wenn erkennbar ist, dass Chancen für ein aktives Arbeitsleben bestehen und die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben möglich ist. Sind die „neuen“ Voraussetzungen des § 10 SGB VI noch nicht erfüllt, also eine medizinische Leistung zur Rehabilitation ist nicht zwingend erforderlich, ist die Leistung zur Prävention durchzuführen.

Die bisherige Zuordnung der Leistung zur Prävention im SGB VI zum Unterabschnitt mit den Sonstigen Leistungen ("können erbracht werden") in § 31 Abs. 1 SGB VI a. F. räumte der Rentenversicherung ein Ermessen hinsichtlich der konkreten Zugangsvoraussetzungen ein. Hierfür konnte sie im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) Richtlinien erlassen, in denen sie Voraussetzungen, Ausschlussgründe und Rahmenbedingungen für diese Leistungen definierte. Dies machte insofern Sinn, als auch andere Sonstige Leistungen (Nachsorge, Kinder und Forschung) einer Haushaltsdeckelung (7,5 % des Reha-Jahresbudgets) unterlagen. Infolge der künftigen Zuordnung zum Unterabschnitt mit den Pflichtleistungen unterliegt die Rentenversicherung bei Prävention und auch Nachsorge und Kinderrehabilitation nicht mehr dieser Haushaltsdeckelung.

2 **Zuständigkeitsabgrenzung der Rentenversicherungsträger gegenüber anderen Rehabilitationsträger**

Abb. 7 bis 10

Neben den Leistungen zur Teilhabe, die die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sowie die Träger der Alterssicherung der Landwirte gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX erbringen, sind sieben weitere Rehabilitationsträger vorhanden:

- die gesetzliche Krankenkasse (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX)
- die Bundesagentur für Arbeit (§ 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX)
- die gesetzliche Unfallversicherung (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX)
- die Träger der Kriegsopferversorgung (§ 6 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX)
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe (§ 6 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX)
- die Träger der Eingliederungshilfe (§ 6 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX).

Jeder einzelne Rehabilitationsträger erbringt nach § 5 SGB IX verschiedene Leistungen zur Teilhabe im Zusammenhang mit den Vorschriften seines eigenen Sozialgesetzbuchs. Danach wird die Zuständigkeit nach Art der Leistungen zur Teilhabe und durch die jeweiligen Ursachen der Behinderung/Krankheit geprüft.

Beispiel:

Ein Versicherter ist abhängig beschäftigt und erleidet auf dem Weg zur Arbeit einen Autounfall und ist Reha bedürftig. Der sachlich zuständige Rehabilitationsträger ist in diesem Fall der gesetzliche Unfallversicherungsträger.

Die Träger der Rentenversicherung erbringen Leistungen zur Teilhabe mit der Aufgabe, die Auswirkungen einer Behinderung/Krankheit der einzelnen Versicherten vorzubeugen, entgegenzuwirken oder zu überwinden, um ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.

2.1 **Zuständigkeitsabgrenzung innerhalb der Deutschen Rentenversicherung**

Seit dem 01. Januar 2005 wird nicht mehr zwischen Arbeitern und Angestellten in der Rentenversicherung unterschieden. Der bisherige Träger bleibt in der Regel auch weiterhin zuständiger Rehabilitationsträger.

Für „Neuversicherte“ bestimmt sich die Zuständigkeit grundsätzlich nach dem kontoführenden Rentenversicherungsträger. Die Zuordnung erfolgt ausschließlich über die Versicherungsnummer.

Die Versicherungsnummer ist nicht maßgebend, soweit sich für Versicherte nunmehr die Sonderzuständigkeit des Trägers „Knappschaft-Bahn-See“ ergibt.

Ist ein Rentenversicherungsträger zu Beginn eines Rehabilitationsverfahrens zuständig, bleibt seine Zuständigkeit auch für dieses Verfahren erhalten, selbst wenn nach der Antragstellung weitere (Pflicht-) Beiträge zu einem anderen Versicherungsträger gezahlt werden.

2.2 Leistender Rehabilitationsträger nach § 14 SGB IX

Im Sinne des Antragstellers mit Rehabilitationsbedarf hat der Gesetzgeber aufgrund der Zuständigkeitsvielfalt längere Verzögerungen in der Antragsbearbeitung ausgeschlossen. Grundsätzlich muss der Erstangegangene Träger (der Träger, bei dem der Antrag zuerst eingeht) innerhalb von zwei Wochen nach Antragsingang feststellen, ob er zuständig ist. Ein fristauslösender Antrag liegt vor, wenn die eingegangenen Unterlagen eine Beurteilung der Zuständigkeit ermöglichen.

Sollte der erstangegangene Träger feststellen, dass er insgesamt unzuständig für die beantragte Leistung ist, hat der Träger den Antrag unverzüglich an den nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten.

Ist der Erstangegangene Träger für die beantragte Leistung insgesamt unzuständig und hat die 2-Wochenfrist verstreichen lassen, wird dadurch der Erstangegangene Träger leistender Träger. Ein Erstattungsanspruch kann gegenüber dem sachlich zuständigen Rehabilitationsträger grundsätzlich nicht geltend gemacht werden.

Über den Rehabilitationsbedarf hat der Träger innerhalb von drei Wochen zu entscheiden. Sollten noch ärztliche Ermittlungen für die Entscheidung des Rehabilitationsbedarfes erforderlich sein, hat nach Eingang der Unterlagen innerhalb von zwei Wochen eine Entscheidung über den Rehabilitationsbedarf zu erfolgen.

Ist innerhalb der Zweiwochenfrist die Zuständigkeitsprüfung erfolgt und hat der zuerst angegangene Rehabilitationsträger den Antrag wegen fehlender eigener Zuständigkeit an einen anderen Träger weitergeleitet, muss dieser – ungeachtet seiner eigenen Einschätzung zur Frage der tatsächlichen Zuständigkeit – die beantragte Leistung erbringen, sofern diese in seinem Leistungsspektrum vorgesehen sind und ein Rehabilitationsbedarf besteht. Dem Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet wurde, ist insoweit ein weiteres Abgaberecht verwehrt, er hat jedoch gegebenenfalls einen Erstattungsanspruch. Sollte die Leistung jedoch nicht in seinem Leistungsspektrum enthalten sein, besteht die Möglichkeit, den Antrag nochmals einvernehmlich an den tatsächlich zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten, dem dann die Leistungspflicht obliegt.

2.3 Beteiligungsverfahren nach § 15 SGB IX

Umfasst der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe mehrere Leistungsgruppen, für die der leistende Rehabilitationsträger teilweise unzuständig ist, so hat der leistende Träger an den Rehabilitationsträger, der für den weiteren Teil der beantragten Leistung zuständig ist, den Antrag unverzüglich weiterzuleiten. Somit erbringt der leistende Träger seine sachlich zuständige Leistungsgruppe unter Einbeziehung eines weiteren Rehabilitationsträger, der die weitere beantragte Teilleistung erbringt (sogenanntes Antragsplittingverfahren) im Sinne von § 15 Abs. 1 SGB IX.

Können vom leistenden Rehabilitationsträger die ihm sachlich zuständigen Leistungsgruppen aus versicherungsrechtlichen Gründen oder wegen vorliegenden Ausschlussgründen für bestimmte Personengruppen nicht erbracht werden, ist nach § 15 Abs. 2 SGB IX ein gegebenenfalls sachlich zuständiger anderer Trägerbereich mit derselben Leistungsgruppe (Krankenversicherung, Unfallversicherung oder Eingliederungshilfe) zu beteiligen. Im Unterschied zum Verfahren bei Leistungen fremder Leistungsgruppen wird hierbei der andere Rehabilitationsträger nur zur Stellungnahme aufgefordert. Der beteiligte Träger trifft unter einer vorgegebenen Frist die erforderlichen Feststellungen zu Anspruch und Leistungsumfang in eigener Zuständigkeit und informiert den leistenden Träger

entsprechend. Erfolgt die Stellungnahme fristgerecht an den leistenden Träger, ist dieser an den Feststellungen zu Anspruch und Leistungsumfang gebunden.
In Fällen komplexer Teilhabebedarfe unter Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger wird zur Koordinierung von Leistungen ein Teilhabeplan entworfen (§ 19 SGB IX).

3 Leistungen zur Prävention

Abb. 11 bis 13

Die Deutsche Rentenversicherung erbringt auch medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte mit ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die die von ihnen ausgeübte Beschäftigung gefährden; Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit sind bereits möglich, wenn noch keine erkennbaren Krankheitsbilder vorliegen, sondern lediglich erste Gesundheitsstörungen feststellbar sind.

Grundlage für die Bedarfsfeststellung und Leistungserbringung ist die "Gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung" vom 28.6.2018 nach § 14 Absatz 2 SGB VI über medizinische Leistungen für Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden. Insbesondere wird bundesweit der „Firmenservice“ initiiert, d.h. die Rentenversicherung geht konkret auf Arbeitgeber zu, um über entsprechende Leistungen zu informieren und diese auch einzuleiten.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen leiten sich aus den Voraussetzungen für medizinische Leistungen zur Teilhabe ab; konkret wird eine Mindestversicherungszeit von 15 Jahren (180 Kalendermonate) gefordert oder 6 Kalendermonate Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung oder innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt.

Folgende Merkmale für die medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit sind neu (§ 14 SGB VI):

- Gestaltung als Pflichtleistung: für Versicherte mit ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die die von ihnen ausgeübte Beschäftigung gefährden; eine besonders gesundheitsgefährdende Beschäftigung muss hingegen nicht mehr vorliegen
- kein Leistungsausschluss nach § 12 Abs. 2 SGB VI (4-Jahres-Frist)
- Pflichtleistung führt ggf. auch zu Ansprüchen auf ergänzende Leistungen (zum Beispiel Übergangsgeld, Reisekosten, Haushaltshilfe)
- Wegfall der Zuzahlungsverpflichtung in den stationären Phasen der Prävention
- Leistungserbringung auf Grundlage der gemeinsamen Richtlinie der RV-Träger vom 28.6.2018

Maßgebend ist, dass aktuell eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit **aktiv** ausgeübt und bis zum Antritt der Prävention nicht aufgegeben wird. Dabei ist es unerheblich, ob die Beschäftigung versicherungspflichtig oder versicherungsfrei beziehungsweise geringfügig ausgeübt wird. Private häusliche Pflegetätigkeiten sowie Zeiten der Freistellung (Elternzeit, Erziehungsurlaub, Sabbaticals usw.) schließen eine Präventionsleistung aus.

Abweichend von den Ausführungen in den aktuellen Präventionsrichtlinien sind die Präventionsleistungen nach § 14 SGB VI nicht mehr von dem Ausschlussgrund der 4-Jahresfrist erfasst.

Dies hat indes nicht zur Folge, dass eine wiederholte Prävention regelmäßig beansprucht werden kann. Es ist stets - auch bei wiederholten Anträgen - eine individuelle Antrags- bzw. Bedarfsprüfung vorzunehmen.

Dabei sind aufeinanderfolgende Anträge (Prävention nach Prävention, Prävention nach Rehabilitation) unter Berücksichtigung der auf Nachhaltigkeit und Langfristigkeit angelegten Zielsetzung der vorhergehenden Leistung zu beurteilen. Danach sollte zumindest für die Dauer eines Jahres nach Ende einer Rehabilitation oder Prävention zunächst kein (erneuter) Präventionsbedarf zu erwarten sein.

4 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Abb. 14 bis 17

Zur medizinischen Rehabilitation gehören die folgenden verfahrens- und indikationsbezogenen Leistungen:

- Medizinische Rehabilitationen im Antragsverfahren
- Anschlussheilbehandlungen im Direktinweisungsverfahren
- Onkologische Rehabilitationen im Antragsverfahren
- Suchtrehabilitationen im Antragsverfahren

Die Leistungen enthalten an erster Stelle die medizinische Betreuung und Behandlung durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit sie unter fachärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden. Nach dem Grundsatz der einheitlichen und umfassenden Leistungserbringung übernehmen die Rentenversicherungsträger weiterhin die Kosten der Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmittel, sofern sie im Zusammenhang mit der erbrachten Leistung erforderlich werden. Ebenso sind psychosoziale Hilfen wichtige Bestandteile des Rehabilitationskonzeptes, insbesondere bei der Behandlung von Abhängigkeitskranken.

Regelmäßig wird eine medizinische Rehabilitation stationär in eigenen Rehabilitationszentren oder in Vertragseinrichtungen durchgeführt. Die Therapiekonzepte sind so angelegt, dass die Leistungen grundsätzlich innerhalb von drei Wochen abgeschlossen werden können. Sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen.

Bei vielen Erkrankungen wird die Möglichkeit genutzt, die Leistung ganztägig ambulant durchzuführen. Aus medizinischer Sicht handelt es sich hierbei um eine vollwertige Leistung wie bei der stationären Behandlung. Im Unterschied zu dieser übernachten die Patienten nicht in der Rehabilitationseinrichtung, sondern kehren abends und an den Wochenenden ins häusliche Umfeld zurück.

Für den Erfolg von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind oft auch Aspekte des Arbeits- und Berufslebens von entscheidender Bedeutung. Durch die stärkere Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation können nicht zuletzt Chancen der Versicherten auf den Erhalt des bisherigen Arbeitsplatzes verbessert werden. Hierzu gehört auch die stufenweise Wiedereingliederung. Diese können Versicherte erhalten, die am Ende der medizinischen Rehabilitation zwar arbeitsunfähig sind, aber ihre bisherige Tätigkeit teilweise weiter ausüben können. Sie werden dann individuell, das heißt je nach Erkrankung, schonend, aber kontinuierlich an die Belastungen ihres Arbeitsplatzes herangeführt.

Zur Klärung der Notwendigkeit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation sind neben den versicherungsrechtlichen vor allem auch persönliche und sozialmedizinische Voraussetzungen zu prüfen.

4.1 Besondere Zugangswege zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Eine besondere Form der medizinischen Rehabilitation ist die Anschlussrehabilitation (AHB) (früher: **Anschlussheilbehandlung**). Hierbei sind zwei verschiedene Zuweisungsverfahren zu unterscheiden:

- Das Direkteinweisungsverfahren
- Das Schnelleinweisungsverfahren

Das jeweilige vom zuständigen Rentenversicherungsträger praktizierte Zuweisungsverfahren ist bei diesem zu erfragen und soll nachfolgend näher erläutert werden.

Ziel der AHB ist, die beeinträchtigten bzw. verloren gegangenen Funktionen und Fähigkeiten des Patienten wiederherzustellen bzw. zu kompensieren, um den Belastungen und Erfordernissen des Alltags und Berufslebens begegnen zu können.

Mit dieser Zielsetzung kann die AHB auch der Vermeidung und Minderung der Pflegebedürftigkeit dienen.

Anschlussrehabilitationen sind stationäre und/oder ganztägig ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die nach besonderen Vorgaben und bei Vorliegen bestimmter Indikationen eingeleitet und in dafür besonders ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden. AHB schließen sich unmittelbar oder im engen zeitlichen Zusammenhang an eine Krankenhausbehandlung an. Ein Zeitraum von 2 Wochen (Zeit zwischen Krankenhausentlassung und Rehabilitationsantritt) sollte nur aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen überschritten werden. Die Dauer der AHB beträgt in der Regel 3 Wochen. Eine Kürzung dieses Zeitraums erfolgt, wenn sich herausstellt, dass das Rehabilitationsziel schon früher oder gar nicht mehr erreicht werden kann. Die AHB wird verlängert, wenn die Rehabilitation nur dadurch erfolgreich beendet werden kann.

4.1.1 Direkteinweisungsverfahren

Das Direkteinweisungsverfahren, welches z. B. von der Deutschen Rentenversicherung Bund praktiziert wird, ist ein zwischen den jeweiligen Rentenversicherungsträgern und vielen gesetzlichen Krankenkassen vereinbartes besonderes Zuweisungsverfahren. Hier wird der Versicherte / Patient durch die behandelnden Ärzte des Akutkrankenhauses direkt und nahtlos vom Krankenhaus in eine nahe gelegene und geeignete Rehabilitationseinrichtung verlegt.

Die notwendige Prüfung der Zuständigkeit des Trägers erfolgt erst mit Eingang der entsprechenden Unterlagen, also im Nachgang der bereits vorgenommenen Verlegung durch das Akutkrankenhaus. Somit wird ein frühzeitiger Beginn der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt.

Kennzeichnend für das AHB-Direkteinweisungsverfahren ist also, dass der Krankenhausarzt feststellt, ob der Patient für eine AHB geeignet ist und die Anspruchsberechtigung selbständig prüft. Liegt diese vor, erstellt er einen Befundbericht und veranlasst den Patienten, einen Antrag auf AHB zu stellen. Dieser Antragsvordruck mit sämtlichen Anlagen wird vom Krankenhaus an die AHB-Einrichtung gesandt. Das Krankenhaus / Sozialdienst organisiert die Verlegung in die AHB-Einrichtung. Diese leitet dann den Antrag an den zuständigen Rentenversicherungsträger weiter.

Eine AHB im Direkteinweisungsverfahren der DRV Bund kann auch für privat Krankenversicherte eingeleitet werden.

4.1.2 Schnelleinweisungsverfahren

Im Gegensatz zum beschriebenen AHB-Direkteinweisungsverfahren nimmt der zuständige Rentenversicherungsträger (i.d.R. die Regionalträger) beim Schnelleinweisungsverfahren die Einweisung vom Akutkrankenhaus in die Einrichtung, sowie die Terminierung des Antritts der Anschlussrehabilitation selbst vor. Eine Prüfung der Zuständigkeit erfolgt somit sofort und nicht erst nach Antritt der Anschlussrehabilitation.

4.1.3 AGM-Verfahren der DRV Bund

Konnte eine AHB nicht eingeleitet werden (z. B. weil die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen nicht abschließend geklärt werden konnten oder bei Entlassung aus dem Krankenhaus ohne AHB-Einleitung), besteht die Möglichkeit einer so genannten Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM), soweit es sich um eine in der AHB-Indikationsliste aufgeführte Indikation handelt.

AGM bedeutet im Unterschied zum AHB-Verfahren, dass die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen durch den Rentenversicherungsträger vor Antritt der Leistung zur medizinischen Rehabilitation geprüft werden müssen. Der Versicherte kann somit nicht direkt vom Krankenhaus in die AHB-Einrichtung verlegt werden, sondern wird nach bevorzugter Antragsbearbeitung vom Rentenversicherungsträger in eine geeignete AHB-Einrichtung eingewiesen.

Um ein AGM-Verfahren zeitsparend abwickeln zu können, sollten dem Rentenversicherungsträger möglichst per Eilboten

- ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, der auffällig mit dem Zeichen AGM gekennzeichnet ist und
- ein ausführlicher ärztlicher Befundbericht übersandt werden.

4.2 Leistungen zur Kinderrehabilitation

Abb. 18 bis 20

Für die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation ergeben sich durch den neuen § 15a SGB VI folgende Änderungen:

- Gestaltung als Pflichtleistung: bisheriger, eingeschränkter Indikationskatalog entfällt
- Kriterium der Erwerbsbezogenheit (bisher nur in den Kinderreha-Richtlinien) fließt in gesetzliche Regelung ein
- Beschränkung auf stationäre Leistungen entfällt: nun auch ganztägig ambulante Leistungen möglich
- Anspruch auf Mitaufnahme einer Begleitperson beziehungsweise von (ggf. mehreren) Familienangehörigen fließt in gesetzliche Regelung ein, und zwar ohne Altersbeschränkung beim Kind: maßgebend ist nur noch, ob die Begleitperson beziehungsweise die Familienangehörigen aus sozialmedizinischer Sicht für die Durchführung oder den Reha-Erfolg notwendig sind
- Versichertenstatus des Kindes (versichert, nichtversichert) und dessen Auslegung ist nicht mehr maßgeblich
- kein Leistungsausschluss nach § 12 Abs. 2 SGB VI (4-Jahres-Frist)
- im Anschluss: Nachsorgeleistungen (§ 17 SGB VI-neu) möglich
- Leistungserbringung auf Grundlage der gemeinsamen Richtlinie der RV-Träger für Leistungen zur Kinderrehabilitation vom 28.6.2018

Kinder beziehungsweise Jugendliche, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und für die ein Leistungsanspruch festgestellt wird, erhalten zwar einen Bewilligungsbescheid über eine Kinderrehabilitation, können aber evtl. hinsichtlich der Leistungsauswahl (Indikation/ Einrichtung sowie Durchführung in stationärer oder ganztägig ambulanter Form) wie Erwachsene behandelt werden.

Sie können ihre medizinische Reha grundsätzlich in einer Einrichtung für Erwachsene erhalten, und zwar ggf. auch in ganztägig ambulanter Form (nur sofern gewünscht und im Ergebnis der zunächst vorzunehmenden sozialmedizinischen Prüfung auch indiziert) sowie ggf. mit anschließenden Nachsorgeleistungen.

Maßgebend ist, ob die begehrte Leistungsform unter Berücksichtigung der individuellen Umstände ihrer Inanspruchnahme (Wohnortnähe, Schulpflicht u.ä.) sowie des Entwicklungsstandes des betreffenden Kindes voraussichtlich geeignet ist, die Rehabilitation erfolgreich zu absolvieren.

Bei Kindern beziehungsweise Jugendlichen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und für die aufgrund der Indikationen und Leistungsbegehren keine Leistungsmöglichkeiten der Rentenversicherung bestehen, wird der Antrag grundsätzlich - soweit nicht eine bedarfsgerechte einzelfallbezogene Lösung gefunden werden kann - weitergeleitet beziehungsweise abgelehnt.

Anschließende Leistungen zur Nachsorge sind auch nach einer Kinderrehabilitation zu erbringen, wenn dies für die Sicherung des Rehabilitationserfolges notwendig ist.

Bei der Ausgestaltung der Nachsorgeleistungen ist insbesondere deren Einbindung in das Lebensumfeld des Kindes relevant. Hierbei sind Kontextfaktoren, wie Schule und Ausbildung, familiäres Umfeld und jeweilige Motivationen zu berücksichtigen.

4.2.1 Familienorientierte Rehabilitation

Die familienorientierte Rehabilitation (FOR) ist eine Form der Kinderrehabilitation, mit welcher der besonderen Belastungssituation, die sich für schwerst chronisch kranke Kinder (beispielsweise bei Krebs-, Herz- und Mukoviszidose erkrankten Kindern) und ihre Familienangehörigen ergeben können, Rechnung getragen werden soll. Im Rahmen der FOR werden die Angehörigen des kranken Kindes (Eltern, Geschwister) als Mit-Rehabilitanden in den Rehabilitationsprozess einbezogen. Entscheidend hierfür ist, dass neben dem Rehabilitationsbedarf des erkrankten Kindes auch für weitere Familienangehörige eine familienorientierte Bedarfslage besteht, weil die Erkrankung des Kindes die Alltagsaktivitäten der Familie erheblich beeinträchtigt.

4.3 Persönliche Voraussetzungen

Abb. 21

Die persönlichen Voraussetzungen liegen vor, wenn die Erwerbsfähigkeit eines Antragstellers wegen Krankheit oder Behinderung

- erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist und
- diese Gefährdung durch die Leistung zur Teilhabe voraussichtlich abgewendet bzw. verhindert oder eine Minderung wesentlich gebessert, wiederhergestellt oder eine wesentliche Verschlechterung verhindert werden kann,
- bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der bisherige Arbeitsplatz erhalten oder ein anderer in Aussicht stehender Arbeitsplatz erlangt werden kann.

Die Prüfung der Rehabilitationsbedürftigkeit, der Rehabilitationsfähigkeit und der Rehabilitationsprognose unter Berücksichtigung des Rehabilitationszieles erfolgt durch den ärztlichen Dienst des Rentenversicherungsträgers. Rehabilitationsbedürftigkeit ist dann gegeben, wenn eine geminderte oder erheblich gefährdete Leistungsfähigkeit vorliegt. Rehabilitationsfähigkeit heißt, der Antragsteller muss für Leistungen zur Teilhabe ausreichend belastbar sowie motiviert und in der Lage sein, aktiv bei der Rehabilitation mitzuarbeiten. Die Rehabilitationsprognose ist eine Beurteilung der Wahrscheinlichkeit, mit der ein angestrebtes Rehabilitationsziel zu erreichen sein wird. Das Ziel muss dabei überwiegend wahrscheinlich sein.

4.4 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Abb. 22

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen haben Versicherte unter anderem erfüllt, wenn sie bei Antragstellung

- die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
- eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen oder
- in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeitragszeiten haben oder
- vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, wenn die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren real oder vorzeitig erfüllt ist.

Sind anrechenbare Beitragszeiten in verschiedenen Versicherungszweigen zurückgelegt, so werden diese bei der Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zusammengerechnet. Unter anderem können auch Kindererziehungszeiten oder

Pflichtbeiträge wegen der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines Pflegebedürftigen bei der Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen berücksichtigt werden.

Für Berufsanfänger ist es ausreichend, dass diese innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder versicherte selbständige Tätigkeit aufnehmen und bis zur Antragstellung ausüben oder nach Beendigung einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitslos oder arbeitsunfähig sind.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen ferner überlebende Ehegatten bzw. Lebenspartner¹ (Witwen und Witwer), die nur wegen einer verminderten Erwerbsfähigkeit Anspruch auf die große Witwen- oder Witwerrente haben.

4.5 Wer kann keine medizinische Rehabilitation erhalten?

Abb. 23

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können Antragsteller nicht erhalten, die

- wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit, eines Versorgungsleidens oder wegen eines Einsatzunfalls eine Leistung von einem anderen Rehabilitationsträger oder Leistungen zur Eingliederung nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz bekommen können
- eine Rente wegen Alters von wenigstens 2 Dritteln (66,6667%) der Vollrente beziehen oder einen entsprechenden Antrag gestellt haben
- Beamtin oder Beamter oder diesem Personenkreis gleichgestellt sind
- eine Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze beziehen
- Leistungen beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt werden (die Zahlung von Arbeitsentgelt in der Freistellungsphase nach dem Altersteilzeitgesetz gilt nicht als Leistung in diesem Sinne)
- sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe befinden
- bereits in der Vergangenheit eine Leistung erhalten haben und eine Frist von 4 Jahren noch nicht verstrichen ist. Eine Ausnahme ist möglich, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind.

¹ Im Sinne des Gesetzes zur Überarbeitung des Lebenspartnerschaftsrechts –LPartG– vom 15.12.2004.

5 Antragsverfahren

Abb. 24 bis 26

Die Anregung zur Durchführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation erfolgt in der Regel durch den behandelnden Arzt oder Betriebsarzt. Für die Beantragung der verschiedenen Leistungen stellen die Rentenversicherungsträger einheitliche Antragsvordrucke mit Erläuterungen zur Verfügung, die dem einzelnen Berechtigten einen einfachen Zugang zu den Sozialleistungen eröffnen. Antragsformulare² und Auskünfte gibt es

- bei den wohnortnahen Beratungsstellen³ der Rentenversicherungsträger,
- den Krankenkassen,
- den Versichertenältesten / Versichertenberatern,
- den Versicherungsämtern sowie
- den örtlichen Stadtverwaltungen oder Gemeindeverwaltungen.

Zur sachgerechten Bearbeitung wird grundsätzlich ein ärztlicher Befundbericht des Betriebsarztes oder des behandelnden Arztes benötigt. Allerdings gibt es auch abweichende Verfahren:

Ist zuständiger Rentenversicherungsträger die Deutsche Rentenversicherung Rheinland oder Westfalen, wird ein medizinisches Gutachten erstellt. Dieses wird von der den Antrag aufnehmenden Stelle oder vom Rentenversicherungsträger in Auftrag gegeben. Ist zuständiger Rentenversicherungsträger die Deutsche Rentenversicherung Bund, hat der Antragsteller die Wahl, ob der Hausarzt oder Betriebsarzt einen Befundbericht erstellt, der mit dem Antrag eingereicht wird oder ob er sich von einem Gutachter begutachten lassen möchte.

Nach Eingang der eingereichten Antragsunterlagen trifft der zuständige Rentenversicherungsträger die Entscheidung durch einen bewilligenden oder ablehnenden Bescheid. Im Falle einer Bewilligung wird die Rehabilitationseinrichtung, Art, Umfang sowie die Durchführung der Rehabilitationsleistungen festgelegt. Darüber hinaus enthält der Bescheid den Namen und die Anschrift der Einrichtung und die voraussichtliche Dauer der Leistung. Der Beginn der Leistung wird dagegen von der Rehabilitationseinrichtung bestimmt.

Für die Versicherten besteht die Möglichkeit den Antrag online zu stellen; hierbei werden die verschiedenen Identifizierungsmöglichkeiten berücksichtigt.

Die Deutsche Rentenversicherung stellt u.a. auf ihrer Homepage www.deutsche-rentenversicherung.de unter dem Stichwort „Reha-Antrag stellen“ u.a. die Antragsformulare: „Formularpaket Leistungen zur.....“ als ausfüllbare pdf-Formulare zur Verfügung.

² Die Antragsformulare stellt die Deutsche Rentenversicherung im Internet zur Verfügung; Adresse: www.deutsche-rentenversicherung.de (Reha-Antrag stellen: 13 Formularpakete für Leistungen).

³ www.deutsche-rentenversicherung.de (am Ende der Startseite: „Services“ klicken / „Beratung suchen und buchen“ klicken).

5.1 Aufforderung zur Antragstellung durch die gesetzliche Krankenversicherung

Die gesetzlichen Krankenkassen können Versicherte, die Krankengeld beziehen und deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichen Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, eine Frist von 10 Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben⁴.

Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf das Krankengeld mit dem Tage der Antragstellung wieder auf⁵.

Das Krankengeld ist nur eine vorübergehende Leistung. Wird der Krankengeldberechtigte zum Beispiel voll erwerbsgemindert, dann ist im Leistungssystem der Sozialversicherung die gesetzliche Rentenversicherung primär leistungspflichtig.

Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung werden aber nur auf Antrag erbracht; die gesetzlichen Krankenkassen können sich daher regelmäßig von ihrer Leistungspflicht nur befreien, wenn ihnen eine rechtliche Möglichkeit zur Verfügung steht, den Versicherten zur Antragstellung in der gesetzlichen Rentenversicherung zu veranlassen. Diese Möglichkeit steht den Kassen mit dem § 51 SGB V zur Verfügung.

Ist der Antragsteller bereits erwerbsgemindert oder waren die durchgeführten Leistungen zur Teilhabe erfolglos, gilt der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe⁶ als Antrag auf Rente.

Kommt der Versicherte der Aufforderung zur Antragstellung durch die Krankenkasse nach, wird das Gestaltungsrecht (Dispositionsrecht) des Versicherten eingeschränkt. Eine Rücknahme des Antrages bei der gesetzlichen Rentenversicherung ist dann grundsätzlich nur noch mit der Zustimmung der Krankenkasse möglich.

5.2 Wunsch- und Wahlrecht

Die Art und Weise der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation steht im Ermessen des Rentenversicherungsträgers. Bei der Entscheidung über die Leistungen werden aber berechnete Wünsche der Versicherten berücksichtigt.

Gestärkt wird das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten durch das ab 01.07.2023 eingeführte Gesetz zur Verbesserung der Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation sowie zur Modernisierung der Sozialversicherungswahlen – Gesetz Digitale Rentenübersicht, da bei der Auswahlentscheidung des Rentenversicherungsträgers auf die berechtigten Wünsche im Rahmen pflichtgemäßer Ermessensausübung zunächst danach zu beurteilen ist, ob die gewünschte Rehabilitationseinrichtung indikationsgerecht und zugelassen ist. Dazu wird dem Versicherten ab 01.07.2023 ein neues Internetportal: „www.Meine-Rehabilitation.de“ zur Verfügung gestellt. Das Portal unterstützt die Suche und Auswahl geeigneter Einrichtungen und spiegelt aus regelmäßig erhobenen Ergebnissen ein Qualitätsparameter einzelner Rehaeinrichtungen wider.

Voraussetzung für die Erfüllung der gewünschten Rehabilitationseinrichtung ist, dass die gewünschte Rehabilitationseinrichtung die objektiven sozialmedizinischen Kriterien erfüllen (Indikation, Nebenindikation, Wartezeit und Entfernung).

⁴ In Anwendung der Norm des § 51 Absatz 1 Satz 1 SGB V.

⁵ Hier nach § 51 Absatz 3 SGB V.

⁶ In Anwendung des § 116 Absatz 2 SGB VI.

Liegt ein Wunsch der versicherten Person nicht vor oder erfüllen die gewünschten Rehabilitationseinrichtungen die objektiven sozialmedizinischen Kriterien nicht, hat der Rentenversicherungsträger dem Versicherten unter Darlegung der ergebnisrelevanten objektiven Kriterien (Qualität, Wartezeit, Entfernung) Rehabilitationseinrichtungen vorzuschlagen. Der Versicherte kann innerhalb von 14 Tagen eine Auswahl der vorgeschlagenen Rehabilitationseinrichtungen treffen. Erfolgt keine Rückmeldung, wird die im Bescheid an erster Stelle benannte Rehabilitationseinrichtung bewilligt. Das neue, gestärkte Wunsch- und Wahlrecht ist bei Anträgen auf folgende Leistungen anzuwenden:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke
- Leistungen zur onkologischen Rehabilitation
- Leistungen zur Kinderrehabilitation

Ausschlaggebend für die Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung ist also immer das Ziel der Rehabilitation – die wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

5.3 Wie lange dauert es bis zur Aufnahme?

Zwischen dem Erhalt des Bewilligungsbescheides und dem Antritt der Leistung vergeht regelmäßig nur kurze Zeit. Mit der Bescheiderteilung ist ein notwendiger Rehabilitationsbedarf festgestellt worden. Deshalb werden die Rehabilitanden zeitnah von den Rehabilitationseinrichtungen (eigene und Vertragseinrichtungen) zur Durchführung eingeladen. Einer Verschiebung des Anreiseterrns auf einen späteren Zeitpunkt kann grundsätzlich nicht zugestimmt werden. Das gilt insbesondere, wenn der Versicherte von seiner Krankenkasse oder der Agentur für Arbeit aufgefordert worden ist, einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation zu stellen (vergleiche Abschnitt 5.1).

5.4 Kostenbeteiligung der Versicherten

Abb. 27 bis 29

Versicherte und Rentner haben sich grundsätzlich an den Aufwendungen für stationäre medizinische Leistungen in Form einer Zuzahlung zu beteiligen. Den Versicherten und Rentnern gleichgestellt sind Ehegatten oder Lebenspartner, die sonstige stationäre Leistungen in Anspruch nehmen, und Hinterbliebene, die stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation allein wegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 Abs. 3 SGB VI erhalten.

Die Zuzahlung ist längstens für 42 Tage in Höhe von zurzeit täglich 10,00 Euro im Kalenderjahr zu leisten. Erfolgt die stationäre Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (als sogenannte Anschlussheilbehandlung - AHB), ist die Zuzahlung auf maximal 14 Tage begrenzt.

Wurde für mehrere stationäre Leistungen (auch Krankenhausaufenthalte) eine Zuzahlung erbracht, sind alle Tage der Zuzahlung an den Rentenversicherungsträger und an die Krankenkasse innerhalb eines Kalenderjahres gegenseitig zu berücksichtigen und ggf. anzurechnen.

Von der Zuzahlung befreit sind Rehabilitanden, die das 18. Lebensjahr bei Antragstellung noch nicht vollendet haben, bzw. eine Kinderrehabilitation erhalten, für die eine stationäre Prävention durchgeführt wird oder die ein Übergangsgeld erhalten.

Während ganztägig ambulanter bzw. ambulanter Rehabilitationsleistungen besteht grundsätzlich keine Zuzahlungspflicht.

Zu beachten ist, dass eine von der Krankenkasse ausgesprochene Zuzahlungsbefreiung nicht automatisch zu einer Befreiung von der Zuzahlung in der Rentenversicherung führt. Der Antrag für die Befreiung von der Zuzahlung (Vordruck G0160) sollte zusammen mit dem Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestellt werden.

5.5 Finanzielle Unterstützung während der medizinischen Rehabilitation

Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht – wie bei einer Arbeitsunfähigkeit – ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Der Arbeitgeber hat das Arbeitsentgelt daher grundsätzlich bis zu sechs Wochen weiterzuzahlen. Ist der Weiterzahlungsanspruch durch Vorerkrankungszeiten ganz oder teilweise verbraucht, zahlen die Rentenversicherungsträger ein Übergangsgeld, soweit hierauf ein Anspruch besteht.

Auch wenn Versicherte arbeitsunfähig sind oder zum Beispiel Arbeitslosengeld nach dem SGB III bekommen, können Sie ein Übergangsgeld erhalten, wenn sie zuvor rentenversicherungspflichtig waren. Für die Zeit der Übergangsgeldzahlung besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

Ab dem 01.07.2023 begründet der Bezug von Bürgergeld (bis 31.12.2022 Arbeitslosengeld II) keinen Anspruch mehr auf Übergangsgeld.

Abb. 30 bis 32

Im Regelfall beträgt das Übergangsgeld etwa 68 Prozent des letzten Nettoarbeitsentgelts, mit einem Kind, für das ein Kindergeldanspruch besteht, etwa 75 Prozent.

Bei selbständig Tätigen wird das Übergangsgeld nicht aus dem letzten Nettoarbeitsentgelt, sondern aus 80 Prozent des der Beitragsentrichtung im letzten Kalenderjahr zugrunde liegenden Einkommens berechnet. Wird während des Bezuges von Übergangsgeld Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt, so werden unter bestimmten Voraussetzungen diese Einkünfte auf das Übergangsgeld angerechnet. Bei Arbeitslosigkeit wird im Allgemeinen das Übergangsgeld in Höhe der zuvor bezogenen Geldleistung gezahlt.

Beginn und Ende der Übergangsgeldzahlung bestimmen sich nach der Dauer der bewilligten Leistung und setzt grundsätzlich die tatsächliche Teilnahme voraus. Der Anspruch auf Übergangsgeld erstreckt sich auch auf therapiefreie Tage, sofern sie vom Behandlungszeitraum umschlossen sind. Für die Zeit eines unentschuldigten Fernbleibens entfällt der Anspruch auf Übergangsgeld. In bestimmten Fallkonstellationen ist zusätzlich für Zeiten zwischen und nach Beendigung von Hauptleistungen die Weiterzahlung des Übergangsgeldes vorgesehen.

5.6 Reisekosten

Die Rentenversicherung übernimmt die notwendigen Fahrkosten der Hin- und Rückfahrt zwischen dem Wohnort und dem Ort der Rehabilitation in Höhe des Bahntarifs 2. Klasse. hierzu gehören auch Kosten für eine wegen der Behinderung zwingend erforderliche Begleitperson, die im Zusammenhang mit der Teilnahme an einer Leistung entstehen. Eine Kostenbeteiligung –wie im Krankenversicherungsrecht– sieht das Gesetz für den Rehabilitanden nicht vor.

Sofern für die Fahrt ein privates Kraftfahrzeug benutzt wird, werden Fahrkosten in Höhe der Wegstreckenschädigung nach § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes (BRKG) übernommen. Diese beträgt 0,20 EUR je Kilometer zurückgelegter Strecke.

Bei der Berechnung der Fahrkosten sind die tatsächlich gefahrenen Kilometer maßgebend. Hin- und Rückfahrt werden zusammengerechnet und die Summe auf volle Kilometer abgerundet. Die Fahrkosten sind für stationäre Leistungen bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges begrenzt auf 130,00 EUR. Parkgebühren sind durch die Zahlung der Wegstreckenentschädigung abgegolten.

Taxikosten werden in der Regel nicht übernommen, Kosten für einen Krankentransport im Ausnahmefall, wenn wegen Art und Schwere der Behinderung die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder eines privaten Kraftfahrzeuges nicht möglich ist. Die Notwendigkeit der besonderen Beförderung muss vor Antritt der Fahrt durch den Rentenversicherungsträger genehmigt werden.

5.7 Haushaltshilfe und Kinderbetreuung

Kosten für eine Haushaltshilfe können vom Rentenversicherungsträger übernommen werden, wenn Versicherte

1. wegen Teilnahme an einer Rehabilitation außerhalb des eigenen Haushalts untergebracht sind und ihnen deshalb die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und
2. eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann sowie
3. im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Rehabilitation das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Jeder Versicherte hat die Möglichkeit, sich eine Ersatzkraft selbst zu beschaffen, da den Rentenversicherungsträgern eigene Kräfte nicht zur Verfügung stehen. Grundsätzlich gehören alle Kosten, die dem Versicherten durch die Haushaltshilfe entstehen, zu den erstattungsfähigen Aufwendungen, soweit sie angemessen sind. Als typische Aufwendungen kommen eine Vergütung für die Tätigkeit sowie die Fahrkosten in Betracht.

Als angemessen werden die nachgewiesenen Aufwendungen bis zu einem täglichen Höchstbetrag ab 2025 von 94,00 Euro / stündlich 11,75 Euro in den alten und neuen Bundesländern angesehen. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum zweiten Grad ist eine Kostenerstattung im Rahmen der Haushaltshilfe jedoch ausgeschlossen. In Betracht kommt allenfalls eine Übernahme von Verdienstausschlag und / oder Fahrkosten.

Verwandte bis zum 2. Grad des Versicherten sind Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder und Geschwister.

Haushaltshilfen müssen vor Antritt der Rehabilitation bei der Rentenversicherung beantragt und mit der Rehabilitationseinrichtung abgestimmt werden.

In besonders begründeten Einzelfällen werden auch die Kosten für die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung des Kindes am Kurort bis zu dem täglichen Höchstbetrag übernommen. Damit wird der besonderen Situation alleinstehender Mütter oder Väter Rechnung getragen.

Liegen die Voraussetzungen für eine Haushaltshilfe nicht vor (zum Beispiel für Kinder, die das 12. Lebensjahr bereits vollendet haben), können auf Antrag ab dem 01.01.2025 Kinderbetreuungskosten bis zu einem Betrag je Kind in Höhe von 200,00 Euro für einen vollen Kalendermonat (bei kürzeren Leistungen ist der Betrag anteilig zu berechnen) erstattet werden, wenn sie durch die Teilnahme an der Leistung unvermeidbar entstehen.

6 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Abb. 33

Die berufliche Rehabilitation als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben ist ein weiterer Bestandteil der Leistungen der Rentenversicherung zur Gesamtrehabilitation mit dem Ziel einer dauerhaften beruflichen Eingliederung. Sie kann allein oder in Ergänzung vorausgegangener medizinischer Rehabilitationsleistungen in Betracht kommen. Bei der Auswahl der geeigneten Leistungen werden Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit des Versicherten und das Restleistungsvermögen sowie die Wünsche angemessen berücksichtigt. Leistungen zur Teilhabe können nur geprüft werden, wenn ein Antrag gestellt wird. Wir empfehlen den Antrag beim Rehabilitationsberater der Rentenversicherung zu stellen. Dieser unterstützt den Antragsteller, die Antragstellerin bei der beruflichen Neuorientierung und koordiniert die Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitationsträgern, mit der Agentur für Arbeit und den Integrationsfachdiensten, die bei Bedarf ein bewährtes Netzwerk bilden.

Neben dem Antragsvordruck (G0100) ist der Zusatzfragebogen (G0130) und ggf. für die Kraftfahrzeughilfe der Antragsvordruck (G0140 / G0143) sowie eine aktuelle Verdienstbescheinigung beizufügen. Weiterhin wird ein Befundbericht des behandelnden Arztes benötigt, der die Art der Erkrankung / Behinderung und die Notwendigkeit der Leistungen bestätigt. Anhand der vorliegenden Unterlagen entscheidet die Rentenversicherung, ob alle Voraussetzungen für die berufliche Rehabilitation vorliegen und welche Leistungen für den beruflichen Wiedereinstieg in Frage kommen. Als berufsfördernde Leistungen (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) kommen vor allem in Frage:

- Zuschüsse an den Arbeitgeber für die Bereitstellung eines geeigneten Arbeitsplatzes oder für eine Probebeschäftigung,
- Anlernmaßnahmen,
- Berufsausbildung oder Grundausbildung,
- berufliche Anpassung, Ausbildung und Weiterbildung,
- Kostenzuschüsse zur Anschaffung eines Personenkraftfahrzeugs, einer behindertengerechten Zusatzausstattung und / oder Kostenbeteiligung beim Erwerb der Fahrerlaubnis und
- seit dem 01.01.2009 die Unterstützte Beschäftigung⁷.

Der Schwerpunkt der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben liegt auf der Ausbildung und Weiterbildung der Versicherten in einen behinderungsgerechten seinen Fähigkeiten leistungsgerechten Beruf. Die Weiterbildung erfolgt entweder überbetrieblich (freie Bildungsträger oder Rehabilitationseinrichtungen / Berufsförderungswerke) oder betrieblich (Ausbildungsbetrieb / Berufsschule gegebenenfalls mit Trägerbegleitung).

Soweit es notwendig ist, werden für schwerbehinderte Menschen auch Kosten für einen Arbeitsassistenten übernommen (zum Beispiel Vorlesekraft für Blinde oder Gebärdendolmetscher).

⁷ Mit dem Gesetz zur Einführung Unterstützter Beschäftigung vom 22.12.2008 (BGBl. I S. 2959), Inkrafttreten: 30.12.2008 wurde der § 55 SGB IX neu eingefügt. Dieses Leistungsinstrument ist sozialpolitisch insbesondere für Schulabgänger aus Förder- und Sonderschulen zur Integrationsmöglichkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt angedacht. Zielgruppe sind schwerbehinderte Menschen, deren Leistungsfähigkeit an der Grenze zur Werkstattbedürftigkeit liegt. Der Zugang zu dieser Leistung führt über die Erfüllung der persönlichen Anspruchsvoraussetzungen nach § 10 SGB VI.

Im Hinblick auf die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 SGB VI kann diese Leistung aus der gesetzlichen Rentenversicherung nur in geeigneten Fällen für erwachsene Menschen mit Berufserfahrung erbracht werden, um diese außerhalb des geschützten Arbeitsmarktes einzugliedern.

Die Dauer der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben bemisst sich nach dem angestrebten Berufsziel und wird in einem zeitlichen Umfang erbracht, der notwendig ist, um die nach dem Rehabilitationsgesamtplan vorgesehene berufliche Tätigkeit auszuüben. Das Gesetz geht davon aus, dass eine berufliche Eingliederung durch Aus- und Weiterbildung im Regelfall innerhalb von zwei Jahren erreicht werden kann.

6.1 Persönliche Voraussetzungen

Die persönlichen (medizinischen) Voraussetzungen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die gleichen wie bei den medizinischen Leistungen zur Rehabilitation (siehe auch Abschnitt 4.3)

6.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Abb. 34

Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Rentenversicherung hat, wer im Zeitpunkt der Antragstellung:

- die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt hat oder
- Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezieht.
- Witwen oder Witwer (nicht aber der frühere geschiedene Ehegatte) erfüllen auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, sofern ein Anspruch auf große Witwenrente oder Witwerrente nur wegen verminderter Erwerbsfähigkeit besteht.

Weiterhin erbringt die Rentenversicherung Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an Versicherte, wenn ohne die Leistungen das Risiko der Frühverrentung bestehen würde oder wenn sie nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitationsleistung erforderlich sind.

6.3 Ergänzende und finanzielle Leistungen

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden durch so genannte unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen vervollständigt. Hierbei handelt es sich um finanzielle Hilfen (Übergangsgeld) und um Reisekosten, Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten sowie sonstige Aufwendungen, die unmittelbar bei einer berufsfördernden Rehabilitation entstehen, wie beispielsweise Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung oder Arbeitsgeräte. Auf die allgemeinen Ausführungen in den Abschnitten 5.5 bis 5.7 wird verwiesen.

7 Leistungen zur Nachsorge

Abb. 35 und 36

Folgende Merkmale für die nachgehenden Leistungen sind neu (§ 17 SGB VI):

- Gestaltung als Pflichtleistung: im Anschluss an eine von der Rentenversicherung erbrachte Leistung zur Teilhabe (medizinische Reha, auch onkologische und für Kinder, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben; jedoch nicht nach Prävention), um deren Erfolg zu sichern
- Pflichtleistung führt ggf. auch zu Ansprüchen auf ergänzende Leistungen (zum Beispiel Übergangsgeld, Reisekosten, Haushaltshilfe)
- Leistungserbringung auf Grundlage der gemeinsamen Richtlinie der RV-Träger für Leistungen zur Nachsorge vom 11.05.2017

8 Rehabilitationsantrag

Abb. 37

Alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben aus der Rentenversicherung werden nur auf Antrag erbracht. Damit wird das Verfahren beim zuständigen Rehabilitationsträger eingeleitet. Anhand dieser Unterlagen wird geprüft, ob alle Voraussetzungen für eine Leistung zur Teilhabe erfüllt werden und welche Maßnahmen in Frage kommen. Der Antrag muss nicht beim Rentenversicherungsträger gestellt werden. Auch andere Sozialleistungsträger, wie die Krankenkassen oder Agenturen für Arbeit nehmen den Antrag entgegen. Der Antragsteller muss sich nicht darum kümmern, welche Stelle zuständig ist. Das klären die Rehabilitationsträger untereinander und leiten im Bedarfsfall den Antrag an die jeweils richtige Stelle weiter.

Antragsformulare gibt es bei den Rentenversicherungsträgern. Anträge können elektronisch ausgefüllt werden oder auch im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de (vergleiche auch Abschnitt 6.2) unter dem Stichwort „Reha-Antrag stellen“ heruntergeladen werden. Dies sind zum Beispiel:

- Rehabilitationsantrag G0100
- Anlage für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation G0110
- Anlage für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben G0130
- Anlage für Kraftfahrzeughilfe G0140 und G0141, G0143
- Allgemeine Informationen zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe und zum Rehabilitationsantrag G0103
- Informationen und Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung G160, G0162
- Antrag auf Präventionsleistung G 0180
- Antrag auf Kinderrehabilitation G0200, G0201
- Antrag auf Anschlussrehabilitation G0250

8.1 Erläuterungen zum Rehabilitationsantrag (G0100)

Die Fragen im Antragsvordruck und die nachfolgenden Erläuterungen sind zur besseren Übersicht mit der gleichen Ziffer versehen:

1. Beantragte Leistung

Wer das 15. Lebensjahr vollendet hat, dem steht das Recht zu, selbständig Anträge auf Ansprüche auf Sozialleistungen zu stellen und Leistungen entgegenzunehmen. Eine Zustimmung des gesetzlichen Vertreters ist nicht erforderlich.

2. Angaben zur Person

Die Angaben zur Person müssen den Eintragungen in der Geburtsurkunde entsprechen. Sie sind erforderlich, damit das Versichertenkonto einwandfrei ermittelt werden kann.

3.– 5. Angaben zum Familienstand / Beruf / Erwerbsleben

Die genannten Tatbestände sind für die medizinische Prüfung und gegebenenfalls für die Bestimmung des Übergangsgeldes erforderlich.

6. Strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP)

Disease-Management-Programme (DMP) sollen für chronisch Kranke eine kontinuierliche, qualitätsgesicherte und strukturierte Versorgung auf der Basis des besten verfügbaren Wissens gewährleisten. Das gilt sektorenübergreifend für den ambulanten sowie stationären

Bereich und akutmedizinische wie rehabilitative Behandlung. Bisher sind DMP unter anderem für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 oder 1, Brustkrebs und koronarer Herzkrankheit vorgesehen.

7. Krankenkasse

Die Angaben werden unter anderem für Rückfragen bei der Krankenkasse benötigt.

8. Behandelnde Ärztin / Behandelnder Arzt

Der behandelnde Arzt wird im Bedarfsfall in den Rehabilitationsprozess mit eingebunden. Darüber hinaus werden die Angaben für Rückfragen beziehungsweise Anforderungen eventuell noch fehlender ärztlicher Unterlagen benötigt.

9. Beiträge zur Rentenversicherung

Die Angaben werden zur Feststellung des zuständigen Rentenversicherungsträgers und für die Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen benötigt.

11. Beamteneigenschaft

Beamte mit Versorgungsanwartschaften können keine Leistungen zur Teilhabe aus der Rentenversicherung erhalten. Beamte auf Widerruf oder auf Probe und Beschäftigte im öffentlichen Dienst mit Anwartschaft auf Zusatzversorgung (beispielsweise bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder) sind vom Ausschluss nicht betroffen.

12. + 13. Rentenleistungen und vergleichbare Leistungen bis zur Altersrente

Wird bereits eine Altersrente von wenigstens 2 Dritteln der Vollrente gezahlt oder hat der Betroffene einen entsprechenden Antrag gestellt oder beabsichtigt er, dies in den nächsten sechs Monaten zu tun, kann er keine Leistungen mehr aus der Rentenversicherung erhalten. Das Gleiche gilt auch für Personen, die eine Leistung mit Entgeltcharakter beziehen, die bis zum Beginn der Altersrente gezahlt wird (vorstehendes gilt nicht für onkologische Rehabilitationsleistungen).

14.1 + 14.2 Sonstige Angaben

Die Angaben haben keine Auswirkungen auf die Antragsbearbeitung. Gegebenenfalls ist ein anderer Rehabilitationsträger (zum Beispiel: Unfallversicherung) zuständig oder es können Forderungen gegen Dritte geltend gemacht werden.

14.3 Sperrfrist

Eine weitere Leistung zur Teilhabe wird regelmäßig erst nach Ablauf von 4 Jahren erbracht, wenn die vorangegangene Leistung zum Beispiel durch die Krankenkasse, die Berufsgenossenschaft oder anderen öffentlich-rechtlichen Leistungsträgern getragen oder bezuschusst wurde. Die Sperrfrist gilt nicht, wenn die weitere vorzeitige Leistung aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

16. Bankverbindung

Übergangsgeld und andere Geldleistungen (Haushaltshilfe) werden grundsätzlich unbar gezahlt. Regelmäßig werden hierfür die Angaben zur IBAN (International Bank Account Number) und BIC (Bank Identifier Code) benötigt; diese Angaben können dem Kontoauszug oder neueren Girokarten entnommen werden.

17. Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Um die Auswahl der geeigneten Rehabilitationseinrichtung zu optimieren, wird im Antragsvordruck nach der Notwendigkeit eines Gebärdensprachdolmetschers und anderer geeigneter Kommunikationshilfen sowie auch nach der behinderungsbedingten Nutzung eines Rollstuhls, Führ- Assistenzhundes oder anderer anerkannter Hilfsmittel gefragt.

18. Barrierefreiheit

Menschen mit Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten. Zusätzlich zur zuerst erhaltenen Schwarzschrift auf Papier können die Dokumente in einer Übergangsphase im Großdruck auf DIN A3 Format übersandt werden. Eine Schriftdatei oder Textdatei wird im Dateiformat ".docx" ausgegeben. Hörmedien werden mit einer synthetischen Stimme bereitgestellt. Das Format "DAISY" kann nur auf einem mp3-fähigen Abspielgerät gegebenenfalls mit DAISY-Software oder mit einem speziellen DAISY-Abspielgerät gehört werden. Herkömmliche CD-Abspielgeräte sind für dieses Format nicht geeignet.

Ein Nachweis der Behinderung ist entbehrlich.

20. Erklärung und Informationen des Antragstellers

Dieser Teil des Antrages enthält Informationen über bestimmte Rechte und Pflichten und eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, sowie eine widerrufliche Ermächtigung zum Einzug einer gegebenenfalls zu leistenden Zuzahlung.

21. Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Die eigenhändige Unterschrift, nicht die eines Bevollmächtigten, ist zwingend für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erforderlich.

22. Bestätigung der Krankenkasse

Diese Angaben bestätigt ausschließlich die gesetzliche Krankenkasse, sofern die Antragstellung über die Krankenkasse erfolgt. Bei einer privaten Krankenversicherung entfällt dieser Teil.

8.2 Antragspakete aus dem Internet

Die Antragstellung ist aufgrund der Umstellung in die digitale Bearbeitung von Anträgen innerhalb der Rentenversicherungsträger primär in digitaler Form zu stellen. Hierfür bietet sich für die Antragstellung der Online-Antrag an, der auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung unter der Rubrik „Online-Dienste“ zu finden ist. Eine Alternative bietet die Ausfüllung von PDF-Formularen, die auch in digitaler Form dem Rentenversicherungsträgern zugesandt werden können (z.B. per E-Mail).

8.2.1 Allgemeine Hinweise zu den PDF-Formularen der Deutschen Rentenversicherung im Internet

Die Formulare der Deutschen Rentenversicherung werden im PDF-Format zum Download bereitgestellt.

Das PDF-Format ist plattformunabhängig, das heißt die Formulare können auf unterschiedlichen Computersystemen und Betriebssystemen (zum Beispiel PC/Mac, Windows, Linux usw.) identisch angezeigt und verwendet werden. Zudem bietet das PDF-Format einen gewissen Schutz gegen Veränderung der Formulare. Die Bereitstellung in anderen Formaten (zum Beispiel Word, Staroffice usw.) ist deshalb nicht möglich. Zudem werden für die Verwendung anderer Dateiformate zum Teil kostenpflichtige Anwendungen benötigt.

Die gekennzeichneten Formulare (Hinweis "ausfüllbar: ja") können direkt am Computer ausgefüllt werden.

Eine sichere elektronische Kommunikation ist bereits möglich. Die Voraussetzungen sind unter dem Stichwort Online-Dienste beschrieben.

8.2.2 Zusammenstellung der Antragspakete aus dem Internet für Versicherte oder Antragsteller / Antragstellerinnen

Die Deutsche Rentenversicherung bietet 13 verschiedene Komplettpakete für die gezielte Antragstellung zu einzelnen Teilbereichen:

- Formularpaket Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation**
- Formularpaket **Kinderrehabilitation** (nichtversicherte Kinder und Jugendliche)
- Formularpaket Leistungen zur **onkologischen Rehabilitation**
- Formularpaket Leistungen zur **onkologischen Rehabilitation** für nichtversicherte Angehörige und Empfänger von Hinterbliebenenrente
- Formularpaket Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation** für **Abhängigkeitskranke**
- Formularpaket **Übergangsgeld**
- Formularpaket **Haushaltshilfe**
- Formularpaket **Kraftfahrzeughilfe** (Kfz)
- Ergänzende Formulare zur Rehabilitation
- Formularpaket Leistungen zur **Teilhabe am Arbeitsleben** (LTA)
- Formularpaket Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die zur Berufsausübung erforderlich sind (unter anderem Fußschutz und Arbeitsschuhe)
- Formularpaket **Leistungen zur Reha-Nachsorge**
- Formularpaket **Anschlussrehabilitation** (AHB)

Die Angebote können einheitlich –wie bereits im Abschnitt 5, Fußnote 2 beschrieben– unter www.deutsche-rentenversicherung.de abgerufen werden.