



Information zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation

Stand 01.10.2005

Allgemeine Hinweise

**Informationen zu den
einzelnen Leistungen**

**Erläuterungen zum
Antragsvordruck**

**Anschriften der Auskunfts-
und Beratungsstellen der
Deutschen
Rentenversicherung**

Ein Wort voraus

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

die gesetzliche Rentenversicherung erbringt Leistungen zur Teilhabe entsprechend der Regelungen der Sozialgesetzbücher (SGB VI und SGB IX).

Der Rentenversicherungsträger kann für Sie folgende Leistungen zur Teilhabe erbringen:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- sonstige Leistungen zur Teilhabe (onkologische Rehabilitation und Kinderrehabilitation) und
- unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen.

Dazu müssen von Ihnen jedoch bestimmte Voraussetzungen persönlicher und versicherungsrechtlicher Art erfüllt sein.

Wir möchten

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

Soweit im Einzelfall noch Fragen oder Zweifel bestehen, erteilt Ihnen eine der am Schluss dieser Information aufgeführten Stellen gerne nähere Auskünfte (Abschnitt 8). Wir sind für Sie da, auch ganz in Ihrer Nähe!

Allgemeine Hinweise

Wichtig für Sie ist, dass Sie sich um die Frage des für Sie zuständigen Rehabilitationsträgers nicht mehr zu kümmern brauchen, denn mit dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) wurde ein neues Zuständigkeitsklärungsverfahren eingeführt. Die Frage der Zuständigkeit klären die Träger untereinander, wobei der Träger, bei dem Sie Ihren Antrag gestellt haben, zwei Wochen Zeit für die Prüfung hat. Ist der Rentenversicherungsträger Ihr zuständiger Rehabilitationsträger, wird für Sie nach eingehender Prüfung der eingereichten Antragsunterlagen entsprechend der medizinischen und individuellen Bedürfnisse die Leistung nach Art, Dauer, Umfang, Beginn, Durchführung und auch die Rehabilitationseinrichtung festgelegt.

Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird Ihren Wünschen entsprochen, sofern sie berechtigt sind. Dabei wird auch auf Ihre persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse Rücksicht genommen. Den besonderen Bedürfnissen behinderter Mütter und Väter bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie den besonderen Bedürfnissen behinderter Kinder wird Rechnung getragen.

Ihre Wünsche können sich insbesondere auch auf die Auswahl des Rehabilitationsdienstes oder der -einrichtung und des Leistungsortes beziehen. Als berechtigt anerkennen kann der Rentenversicherungsträger aber 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.

Das SGB IX gibt jeder Antragstellerin und jedem Antragsteller unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, sich Leistungen "selbst zu beschaffen" und die Kosten vom Rehabilitationsträger erstattet zu bekommen. Voraussetzung ist, dass über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht in der gesetzlich vorgeschriebenen Frist entschieden wurde bzw. der Grund hierfür nicht mitgeteilt wurde. Gleiches gilt, wenn eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht werden kann oder zu Unrecht abgelehnt wurde. Dem Rehabilitationsträger ist in diesen Fällen schriftlich eine angemessene Frist von zwei bis drei Wochen zu setzen, in der er zu entscheiden hat. Das muss mit dem Hinweis einhergehen, dass nach Ablauf der Frist die Leistung selbst beschafft wird.

Liegen die beschriebenen Voraussetzungen vor, ist der Rehabilitationsträger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verpflichtet, die entstandenen Aufwendungen und Kosten zu erstatten. Die Erstattung umfasst jedoch nur den Anteil, der erforderlich ist, um das Ziel der Rehabilitation (wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) zu erreichen. Sie tragen somit selbst das Risiko der Fehleinschätzung und müssen die Kosten letztlich ganz oder teilweise selbst tragen.

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

Werden Auskünfte oder Unterlagen von Dritten benötigt, so werden die Ermittlungen hierzu über Sie geführt. Ausnahmen sind möglich, soweit sie gesetzlich zugelassen sind.

Mit Ihrer Unterschrift unter die Erklärung zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation 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 und Pflichten im Zusammenhang mit Ihrem Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation hingewiesen wurden und diese zur Kenntnis genommen haben.

Zu Ihrem persönlichen Lebensbereich gehörende Angaben werden wir nicht unbefugt weitergeben. Um eine Weitergabe von persönlichen Informationen an Ihre Krankenkasse zu vermeiden, können Sie zunächst nur die Versicherungsnummer und Ihre Personalien in den Antragsvordruck eintragen und diesen nach der Bescheinigung durch die Krankenkasse auf der Rückseite vervollständigen.

Bei einer Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stellt der Rentenversicherungsträger eine neutrale Bescheinigung über die Dauer der Leistungen aus. Diese Bescheinigung ist zur Vorlage beim Arbeitgeber bestimmt. Name und Anschrift der Rehabilitationseinrichtung werden darin nicht angegeben.

Die Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe durch die Rentenversicherung schließt einen etwaigen Erstattungs- oder Rückzahlungsanspruch auf die bis dahin entrichteten Rentenversicherungsbeiträge aus. Dagegen wird die Höhe bestehender oder künftiger Rentenansprüche durch diese Leistung nicht gemindert.

Wir möchten Sie darüber informieren, dass Sie jederzeit das Recht auf Auskunft über die bei der Deutschen Rentenversicherung über Sie gespeicherten Daten und auf Akteneinsicht haben. Möchten Sie hiervon Gebrauch machen, wenden Sie sich bitte schriftlich unter Angabe Ihrer Versicherungsnummer an Ihren Rentenversicherungsträger.

Informationen zu den einzelnen Leistungen

1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

1.1 Persönliche Voraussetzungen

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

Dadurch soll bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden bzw. 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 vier Jahren nach Durchführung der letzten Leistung erbracht. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Kosten der vorausgegangenen Leistung von der Rentenversicherung, der Krankenversicherung oder einem anderen Rehabilitationsträger übernommen wurden. Dies gilt nicht, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind.

1.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können für Sie erbracht werden, wenn Sie bei Antragstellung

- die Wartezeit (Beitrags- und Ersatzzeiten) von 15 Jahren erfüllt haben oder
- in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben oder
- innerhalb von zwei 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 fünf 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 erhöhte Witwen- oder Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben.

1.3 Leistungsausschluss

Der Rentenversicherungsträger kann in der Regel keine Leistungen erbringen, wenn Sie

- wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung i. S. d. sozialen Entschädigungsrechts gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers erhalten können,
- eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beziehen oder beantragt haben,
- 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 (z. B. Arbeitslosengeld nach § 428 SGB III, Vorruhestandsgeld),
- sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilig untergebracht sind.

1.4 Antragsverfahren

Zur Feststellung der **versicherungsrechtlichen Voraussetzungen** ist Ziff. 18 des Reha-Antragsvordrucks von der gesetzlichen Krankenkasse, bei der Sie krankenversichert sind, zu bescheinigen.

Sind Sie bei einer gesetzlichen Krankenkasse krankenversichert, bescheinigt diese Ihre Arbeitsunfähigkeitszeiten und -diagnosen sowie Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalte in den letzten drei Jahren vor dieser Antragstellung entweder als Computerausdruck oder auf dem bereitgestellten Vordruck. Die Angaben im so genannten **AUD-Beleg** (Vordruck G0120 mit G1008) können von wesentlicher Bedeutung für die Prüfung der Rehabilitationsbedürftigkeit, die Auswahl eines individuellen Rehabilitationsangebots und den Einsatz einer gezielten Therapie durch die Rehabilitationseinrichtung sein. Sind Sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Krankheit versichert, entfällt der AUD-Beleg. Außer dem Rentenversicherungsträger erhalten nur ggf. der Gutachter und die Rehabilitationseinrichtung Kenntnis von dem AUD-Beleg. Sie können der Übermittlung dieser Daten durch die Krankenkasse widersprechen (s. Erklärung im Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation). Für die Prüfung der **persönlichen Voraussetzungen** ist regelmäßig eine ärztliche Stellungnahme erforderlich. Sie können wählen, ob Sie einen Ihrer behandelnden Ärzte (Betriebs- / Personalarzt / -ärztin) (**Weg A**) oder einen Gutachter des Rentenversicherungsträgers (**Weg B**) aufsuchen. Dazu gibt Ihnen die "Wichtige Information zum Antragsverfahren" (Vordruck G1201) Auskunft.

Über die Bewilligung oder Ablehnung Ihres Antrages erhalten Sie in der Regel schon nach wenigen Wochen einen schriftlichen Bescheid.

1.5 Durchführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden ambulant oder stationär durchgeführt. Bei ambulanten Rehabilitationsleistungen entfällt die Zuzahlung. Die täglich notwendigen Fahrkosten werden unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisvergünstigungen sowie der günstigsten Verkehrsverbindung erstattet, wobei eine Fahrstrecke 45 Minuten nicht überschreiten sollte.

Welche Form der Rehabilitation für Sie geeignet ist, richtet sich nach den Gesamtumständen unter Abwägung aller individuellen Gesichtspunkte.

Die Rehabilitationsdauer beträgt grundsätzlich drei Wochen. Eine Verlängerung ist je nach Indikation und Rehabilitationsverlauf möglich. Die ausgewählte Rehabilitationseinrichtung wird Sie zum schnellstmöglichen Termin einladen. Wir bitten Sie, den Ihnen genannten Aufnahmetermin wahrzunehmen. Ist dies aus wichtigen Gründen nicht möglich, kann eine nochmalige Untersuchung erforderlich werden.

In der Regel kann Ihnen bei einer stationären Rehabilitation in den von uns belegten Rehabilitationseinrichtungen ein Einzelzimmer zur Verfügung gestellt werden. Zusatzleistungen, wie z. B. Fernsehgerät und Telefon im Zimmer, können Sie ggf. von der Rehabilitationseinrichtung gegen Bezahlung erhalten. Die Inanspruchnahme privat versicherter Zusatzleistungen, wie z. B. Chefarztbehandlung, sind nicht zulässig.

Sind von Ihnen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen worden, ohne vorher einen Antrag gestellt zu haben bzw. werden diese von Ihnen selbst oder anderen Stellen ganz oder teilweise finanziert, so hat der Rentenversicherungsträger gesetzlich keine Möglichkeit, hierfür Kosten zu übernehmen oder Zuschüsse zu leisten.

Bei der Einleitung, der Durchführung und nach Abschluss der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation klären wir mit Ihnen, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig sind. Das gilt insbesondere, wenn Ihr Arbeitsplatz krankheits- bzw. behinderungsbedingt gefährdet ist.

1.5.1 Reisekosten

Der Rentenversicherungsträger übernimmt Ihre erforderlichen Reisekosten, die anlässlich der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entstehen. Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Hinweisen zum Bewilligungsbescheid.

1.5.2 Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten

Der Rentenversicherungsträger kann in begrenztem Umfang Haushaltshilfe leisten. Eine Haushaltshilfe kommt in Betracht, wenn

- Sie wegen der Teilnahme an der Leistung zur medizinischen Rehabilitation außerhalb des eigenen Haushalts untergebracht sind und Ihnen aus diesem Grund die Weiterführung des Haushalts 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 zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Haben Sie als alleinstehende Versicherte oder als alleinstehender Versicherter keine Möglichkeit, Ihr Kind während der Rehabilitationsleistung anderweitig unterzubringen, können Sie es in die Rehabilitationseinrichtung mitnehmen, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- medizinische Gründe dürfen dem nicht entgegenstehen,
- die Voraussetzungen für die Erbringung von Haushaltshilfe müssen vorliegen,
- das Kind muss das dritte Lebensjahr vollendet haben,
- die ausgewählte Einrichtung ist auf die Unterbringung von Kindern eingerichtet.

Anstelle der Kosten für eine Haushaltshilfe können Kosten für die Betreuung Ihres Kindes übernommen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass in Ihrem Haushalt ein Kind lebt, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und Sie über keine andere Betreuungsmöglichkeit verfügen.

1.5.3 Zuzahlung

Während ambulanter Rehabilitationsleistungen besteht keine Zuzahlungspflicht. Bei stationären Leistungen brauchen Sie keine Zuzahlung zu leisten, wenn Sie bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld beziehen.

Die Zuzahlung beträgt grundsätzlich 10,- EUR für jeden Tag der stationären Leistungen. Sie muss längstens für 42 Tage im Kalenderjahr gezahlt werden. Wurden mehrere stationäre Leistungen erbracht, sind alle Tage der Zuzahlung an den Rentenversicherungsträger und an die Krankenkasse innerhalb eines Kalenderjahres zu berücksichtigen und gegenseitig anzurechnen (bereits gezahlte Zuzahlung bitte ggf. unverzüglich mitteilen).

Die Zuzahlung ist für längstens 14 Tage zu leisten, wenn der unmittelbare Anschluss der stationären Leistung an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation). Als unmittelbar gilt auch, wenn die Leistung innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden Gründen nicht möglich. Die bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlung anlässlich einer Krankenhausbehandlung oder einer Anschlussrehabilitation ist anzurechnen (ggf. bitte unverzüglich dem Rentenversicherungsträger mitteilen).

Auf Antrag können Sie sich unter bestimmten Voraussetzungen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien lassen, wenn Sie damit unzumutbar belastet würden. Eine von Ihrer Krankenkasse ausgesprochene Zuzahlungsbefreiung führt nicht automatisch zu einer Befreiung von der Zuzahlung in der Rentenversicherung. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte dem **Antragsvordruck für die Befreiung von der Zuzahlung** (Vordruck G2601). Diesen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse, beim Versicherungsamt oder einer Auskunft- und Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung.

1.5.4 Übergangsgeld

Hierzu lesen Sie bitte Abschnitt 5.

1.5.5 Soziale Sicherung

Hierzu lesen Sie bitte Abschnitt 6.1.

2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

2.1 Allgemeines

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

Bei der Auswahl der Leistungen werden Ihre Eignung und Neigung bzw. Ihre bisherige Tätigkeit und die Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes angemessen berücksichtigt. Während des gesamten Verfahrens werden Sie vom örtlichen Rehabilitationsberatungsdienst der Deutschen Rentenversicherung unterstützt und begleitend beraten. Hier können Sie auch aktiv Ihre Wünsche und Vorstellungen in den Entscheidungsprozess einbringen. Welcher Rehabilitationsberater für Ihre Region zuständig ist, erfahren Sie bei einer der am Schluss dieser Information aufgeführten Stellen (Abschnitt 8).

Ihr Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hängt von der Erfüllung persönlicher und versicherungsrechtlicher Voraussetzungen ab.

2.1.1 Persönliche Voraussetzungen

Zu den persönlichen Voraussetzungen lesen Sie bitte die Anmerkungen im Abschnitt 1.1.

2.1.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können für Sie erbracht werden, wenn Sie bei Antragstellung

- die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
- Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen bzw.
- wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre, oder
- wenn Sie bereits eine medizinische Leistung durchgeführt haben und für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an diese Leistung eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich ist.

2.1.3 Leistungsausschluss

Hierzu beachten Sie bitte die Anmerkungen im Abschnitt 1.3.

2.1.4 Art und Umfang der Leistungen

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können in dem Umfang erbracht werden, der vorgeschrieben bzw. allgemein üblich ist, um das von Ihnen angestrebte Berufsziel zu erreichen.

Weiterbildungen wie die berufliche Umschulung und Fortbildung sollen bei ganztägigem Unterricht in der Regel nicht länger als zwei Jahre gefördert werden. Qualifizierungsmaßnahmen werden in geeigneten, anerkannten Einrichtungen möglichst an Ihrem Wohnort, sonst internatsmäßig, durchgeführt. Die Leistung beginnt mit dem Tag, an dem Sie die berufliche Bildung aufnehmen.

Einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben geht oft eine **Abklärung der beruflichen Eignung und eine Arbeitserprobung** voraus.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind beispielsweise

- **Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes**
Diese Leistungen sollen Ihren bisherigen Arbeitsplatz sichern oder direkt zu einem neuen verhelfen. Sie umfassen Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen, Mobilitätshilfen (z. B. **Kraftfahrzeughilfe** – siehe hierzu Abschnitt 2.2).
- **die Berufsvorbereitung** einschließlich der wegen Ihrer Behinderung evtl. notwendigen **Grundausbildung** Sie kommt ggf. vor Beginn einer Bildungsmaßnahme zur Vermittlung der erforderlichen Grundkenntnisse in Betracht und dient der Sicherung des erfolgreichen Abschlusses Ihrer eigentlichen Bildungsmaßnahme.
- **die 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 behindertengerechte berufliche Tätigkeit ermöglichen.
- **Überbrückungsgeld bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit**
Beabsichtigen Sie, eine behindertengerechte selbständige Existenz zu gründen, kann zur Sicherung Ihres Lebensunterhaltes in der Anfangsphase der Selbständigkeit (sechs Monate) ein Überbrückungsgeld gezahlt werden.
- **Leistungen an Arbeitgeber zur Unterstützung der Beschäftigungsbereitschaft**
Durch diese Leistungen an Arbeitgeber soll erreicht werden, dass ein behinderungsbedingt gefährdetes Aus- oder Weiterbildungsverhältnis gesichert werden kann, Sie innerhalb Ihres Betriebes auf einen behinderungsgerechten Arbeitsplatz umgesetzt werden oder Sie 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 Schwere Ihrer Behinderung verschlossen ist und Sie eine angemessene Tätigkeit nur im geschützten Rahmen einer WfbM ausüben können.

Ergänzend werden die **Kosten übernommen**, die mit einer der o. g. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Hierzu gehören insbesondere Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung und Arbeitsgeräte.

Andere ergänzende Leistungen sind Reisekosten (Abschnitt 1.5.1), **Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten** (Abschnitt 1.5.2), **Übergangsgeld** (Abschnitt 5) **sowie die soziale Sicherung** (Abschnitt 6.2).

2.1.5 Antragsverfahren

Um über Ihren Antrag sachgerecht entscheiden zu können, ist für die Prüfung der **persönlichen Voraussetzungen** regelmäßig eine ärztliche Stellungnahme zu Ihrem Gesundheitszustand erforderlich. Dazu gibt Ihnen die "Wichtige Information zum Antragsverfahren auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben" (Vordruck G3002) Auskunft.

Sind Sie bei einer gesetzlichen Krankenkasse krankenversichert, bescheinigt diese Ihre Arbeitsunfähigkeitszeiten und -diagnosen sowie Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalte in den letzten drei Jahren vor dieser Antragstellung entweder als Computerausdruck oder auf dem bereitgestellten Vordruck. Die Angaben im so genannten **AUD-Beleg** (Vordruck G0120 mit G1008) ergänzen den Befundbericht der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes, der oft nur von den durch ihn behandelten Erkrankungen Kenntnis hat und erspart daher in vielen Fällen zeitaufwendige Rückfragen.

Sind Sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Krankheit versichert, entfällt der AUD-Beleg.

Außer dem Rentenversicherungsträger erhält nur ggf. der Gutachter Kenntnis von dem AUD-Beleg. Sie können der Übermittlung dieser Daten durch die Krankenkasse widersprechen (s. Erklärung im Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation).

2.2 Kraftfahrzeughilfe - eine Leistung zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes -

Leistungen zur Kraftfahrzeughilfe erhalten Sie, wenn Sie aus behinderungsbedingten Gründen dauerhaft auf die **Nutzung eines Kraftfahrzeuges (Kfz)** zur Erreichung Ihres Arbeits- oder Ausbildungsortes angewiesen sind. Dies gilt sowohl für ein bestehendes als auch für ein konkret in Aussicht stehendes Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnis. Bei den Leistungen handelt es sich um finanzielle Hilfen **zur Beschaffung eines Kfz** (Abschnitt 2.2.3), **für eine behinderungsbedingte Zusatzausstattung** (Abschnitt 2.2.4), **zur Erlangung einer Fahrerlaubnis** (Abschnitt 2.2.5) und **für Beförderungskosten** (Abschnitt 2.2.6).

2.2.1 Persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Voraussetzung für einen Leistungsanspruch ist auch hier, dass Sie die im Abschnitt 2.1.1 und 2.1.2 genannten persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen. Daneben müssen Sie für den Leistungsbereich der Kraftfahrzeughilfe wegen der Art und Schwere Ihrer Behinderung (eingeschränkte Wegefähigkeit) nicht nur vorübergehend auf ein Kfz angewiesen sein, um Ihren Arbeits- oder Ausbildungsort zu erreichen. Aus Ihrer Beschäftigung bzw. Tätigkeit müssen Sie ein Arbeitsentgelt oder -einkommen von mehr als **400,- EUR** im Monat erzielen.

2.2.2 Art und Größe des Kfz

Das Kfz muss nach Größe und Ausstattung angemessen, zweckmäßig und behinderungsgerecht sein. Auszugehen ist hier von Fahrzeugen der unteren Mittelklasse. Ausnahmen sind bei einem behinderungsbedingtem Mehrbedarf möglich. Für den Kauf eines Gebrauchtwagens können Sie Zuschüsse erhalten, wenn der Verkehrswert des Kfz mindestens 50 v. H. des ursprünglichen Neuwagenpreises beträgt.

2.2.3 Hilfe zur Beschaffung eines Kfz

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

2.2.4 Hilfe für eine behinderungsbedingte Zusatzausstattung

Die Kosten für behinderungsbedingte Zusatzausstattungen (z. B. automatisches Getriebe, Lenkhilfen, Bremskraftverstärker, verstellbare und schwenkbare Sitze) und die Kosten für Reparaturen werden ohne Berücksichtigung Ihres Einkommens für ein bedarfsgerechtes Fahrzeug übernommen.

2.2.5 Hilfen für die Fahrausbildung und den Erwerb der Fahrerlaubnis

Die Fördermittel zur Erlangung einer Fahrerlaubnis sind wie die zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges von Ihrem Einkommen abhängig. Kosten für behinderungsbedingte Untersuchungen, Ergänzungsprüfungen und Eintragungen in Ihre Fahrerlaubnis werden in vollem Umfang übernommen.

2.2.6 Beförderungskosten

Sofern Sie ein Kfz nicht selbst führen können, kommen auch Leistungen in Form von Beförderungskosten in Betracht. Beförderungskosten können auch anstelle einer Kfz-Beschaffung gefördert werden, wenn dies wirtschaftlicher ist und die Nutzung von Beförderungsdiensten zumutbar ist.

2.2.7 Hinweise zur Antragstellung

Kraftfahrzeughilfen sollen grundsätzlich vor dem Abschluss des Kaufvertrages über das Kraftfahrzeug und die behinderungsbedingte Zusatzausstattung oder dem Beginn Ihrer Fahrausbildung beantragt werden. 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 behindertengerechten Zusatzausstattung müssen Sie innerhalb eines Monats nach Rechnungslegung beantragen.

Für die Antragstellung verwenden Sie bitte den Antragsvordruck mit der Anlage zum Antrag auf Kraftfahrzeughilfe (Vordruck G0140) sowie die Bescheinigung der örtlichen Behörde und des Arbeitgebers (Vordruck G0141)

3 Onkologische Rehabilitation

Die Deutsche Rentenversicherung kann innerhalb eines Jahres nach erfolgter Akutbehandlung eine Leistung bei onkologischen Erkrankungen erbringen. Liegen erhebliche Funktionseinschränkungen entweder durch die Erkrankung selbst oder aufgrund von Komplikationen / Folgen der Behandlung vor, können Sie im Einzelfall auch im zweiten Jahr nach Ende der Akutbehandlung eine onkologische Rehabilitation erhalten.

Ist Ihre Akutbehandlung schon länger als zwei Jahre her, wenden Sie sich bitte an Ihre Krankenkasse.

3.1 Persönliche Voraussetzungen

- Die Diagnose Ihrer Erkrankung muss geklärt sein (keine Leistungen bei Vorliegen von Praecancerosen und bei Ca in situ).
- Eine operative Behandlung muss abgeschlossen, eine Strahlentherapie vorläufig abgeschlossen sein.
- Eine noch laufende cytostatische 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.

3.2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation können Sie erhalten, wenn

- Sie die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt haben (es gelten die Ausführungen im Abschnitt 1.2) oder
- Sie eine Altersrente oder eine Hinterbliebenenrente erhalten.

Anspruchsberechtigt sind darüber hinaus **nichtversicherte Ehegatten / Lebenspartner** im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) vom 16.02.2001 und **Kinder** von Versicherten und Rentenbeziehern. Kinder in diesem Sinne sind:

- nichtversicherte Kinder von Versicherten und von Rentenbeziehern,

- in den Haushalt aufgenommene Stief- 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 berücksichtigt, wenn sie

- sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres leisten oder
- wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten.

3.3 Leistungsausschluss

Bitte beachten Sie die Erläuterungen im Abschnitt 1.3.

Der Leistungsausschluss gilt nicht für Altersrentenempfänger oder -antragsteller.

3.4 Antragsverfahren

Verwenden Sie bitte für die Antragstellung den vorgesehenen Antragsvordruck der Deutschen Rentenversicherung. Dem Antrag ist ferner eine **Bescheinigung der Krankenkasse / Ersatzkasse mit Arbeitsunfähigkeitszeiten und -diagnosen** in den letzten drei Jahren vor der Reha-Antragstellung beizufügen. Die Angaben im sogenannten **AUD-Beleg** (Vordruck G0120 mit G1008) können von wesentlicher Bedeutung für die Prüfung der Rehabilitationsbedürftigkeit, die Auswahl eines individuellen Rehabilitationsangebotes und den Einsatz einer gezielten Therapie durch die Rehabilitationseinrichtung sein.

Außer dem Rentenversicherungsträger erhalten ggf. der Gutachter und die Rehabilitationseinrichtung Kenntnis von den Arbeitsunfähigkeitszeiten und -diagnosen. Der Übermittlung der medizinischen Daten durch die Krankenkasse / Ersatzkasse an den Rentenversicherungsträger können sie widersprechen (s. Erklärung im Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation).

Sind Sie bei einem **privaten** Versicherungsunternehmen gegen Krankheit versichert, **entfällt** der AUD-Beleg. Mit dem Antrag erhalten Sie den Vordruck G1443 für den ärztlichen Befundbericht. **Dieser Vordruck und der ausgefüllte Antrag sind Ihrem behandelnden Arzt oder nach einer durchgeführten Krankenhausbehandlung Ihrem Krankenhausarzt mit der Bitte zu übergeben, den Befundbericht zu erstellen und zusammen mit dem Antrag an die Deutsche Rentenversicherung zu senden.**

3.5 Durchführung der onkologischen Rehabilitation

Die onkologische Rehabilitation nach Abschnitt 3.1 umfasst gezielte diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die geeignet sind, zur Stabilisierung oder Besserung Ihres Gesundheitszustandes beizutragen und insbesondere Funktionsstörungen zu beseitigen oder auszugleichen.

Der Rentenversicherungsträger kann die Kosten für die Unterbringung einer erforderlichen Begleitperson übernehmen.

Andere ergänzende Leistungen sind Reisekosten (Abschnitt 1.5.1), **Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten** (Abschnitt 1.5.2), **Übergangsgeld für Versicherte** (Abschnitt 5) **sowie die soziale Sicherung** (Abschnitt 6.1).

3.6 Zuzahlung

Die Erläuterungen zu Abschnitt 1.5.3 gelten entsprechend.

Besonderheit:

Eine Zuzahlung ist bei onkologischer Rehabilitation für Kinder nicht zu leisten, auch wenn das Kind das 18. Lebensjahr bereits vollendet hat.

4 Kinderrehabilitation

Der Rentenversicherungsträger kann für Waisenrentenbezieher und Kinder von Versicherten und Rentenbeziehern die selbst noch keinen Anspruch haben, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen bestimmter Erkrankungen erbringen. Um welche Erkrankungen es sich dabei handelt, geht aus den nachstehenden persönlichen Voraussetzungen (Abschnitt 4.2) hervor. Kinderrehabilitationen sind sonstige Leistungen zur Rehabilitation, die im Rahmen "Gemeinsamer Richtlinien der Träger der Rentenversicherung für Kinderheilbehandlungen (KiHB-Richtlinien)" erbracht werden.

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.**

4.1 Zuständigkeit

Der Rentenversicherungsträger führt dann eine Kinderrehabilitation durch, wenn

- ein Elternteil vor der Antragstellung die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt oder
- ein Elternteil von der Rentenversicherung Rente bezieht oder
- das Kind Waisenrente von der Rentenversicherung bezieht

Das Kind muss die persönlichen Voraussetzungen erfüllen.

4.2 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,
- Herz- und Kreislaufkrankheiten,
- Leber-, Magen-Darmkrankheiten,
- Nieren- 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.

Ihr Kind kann keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten bei

- akuten Krankheiten und Infektionskrankheiten (z. B. Diphtherie und Scharlach) sowie
- in den Fällen, in denen die Aussicht auf eine spätere Erwerbsfähigkeit nicht verbessert werden kann.

4.3 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Bitte beachten Sie hierzu Abschnitt 1.2.

4.4 Leistungsausschluss

Bitte beachten Sie die Erläuterungen im Abschnitt 1.3.

Der Leistungsausschluss gilt nicht für Kinder von Altersrentenempfängern oder -antragstellern.

4.5 Durchführung und Umfang der Leistung

Die Dauer der Leistung beträgt im Allgemeinen vier Wochen. Sie kann für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn es aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Sind Leistungen ohne vorherige Zustimmung des Rentenversicherungsträgers begonnen oder durchgeführt worden oder werden diese von Ihnen selbst bzw. von anderen Stellen ganz oder teilweise finanziert, so können von der Deutschen Rentenversicherung weder Kosten übernommen **noch Zuschüsse** geleistet werden.

Die Kinderrehabilitation umfasst insbesondere

- ärztliche und nichtärztliche Therapie,
- Pflege,
- Versorgung mit Medikamenten sowie
- Unterkunft und Verpflegung in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen.

Uns stehen für die Kinderrehabilitation spezielle Einrichtungen mit hohem Qualitätsstandard im gesamten Bundesgebiet zur Verfügung.

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die notwendigen Reisekosten anlässlich der Kinderrehabilitation. Sie schließen ein:

- die An- und Rückreisekosten für Ihr Kind,
- bei Kindern bis zu 15 Jahren auf Antrag auch die Reisekosten für den Reisebegleiter,
- die Kosten der Gepäckbeförderung (nicht bei Pkw-Benutzung).

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

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

4.6 Sonstiges

Eine Kinderrehabilitation kann nur eingeleitet werden, wenn Ihr Kind frei von ansteckenden Krankheiten ist und nicht aus einer Umgebung mit ansteckenden Krankheiten kommt.

Eine Kinderrehabilitation kann nicht eingeleitet werden, wenn vorauszusehen ist, dass Ihr Kind sich nicht in die Gemeinschaft mit anderen Kindern einordnen wird oder eine Verhaltensstörung aufweist, die seine Rehabilitationsfähigkeit ausschließt.

4.7 Antragsverfahren

Anträge auf Kinderrehabilitation können von den Eltern gestellt werden. Minderjährige, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, können die Kinderrehabilitation selbständig beantragen, jedoch muss der Versicherte, von dem die Leistung beantragt wird, hierzu seine Zustimmung durch Unterschrift auf dem Antragsvordruck erklären.

Liegen bei Ihnen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vor, übernimmt der Rentenversicherungsträger die Kosten des für den Antrag noch erforderlichen ärztlichen Befundberichtes (Vordruck G2401). Sie werden daher gebeten, sich unmittelbar an den behandelnden Arzt oder - nach stattgefundener Krankenhausbehandlung - an den Krankenhausarzt zu wenden und die Abgabe des für den Antrag erforderlichen ärztlichen Befundberichtes zu veranlassen.

Den Vordruck für den ärztlichen Befundbericht erhalten Sie mit dem Antrag. Dieser Vordruck und der ausgefüllte Antrag sind dem Arzt Ihres Kindes mit der Bitte zu übergeben, den Befundbericht zu erstellen und zusammen mit dem Antrag an den Rentenversicherungsträger zu senden. Die Gebühren für den Befundbericht werden dem Arzt von der Rentenversicherung überwiesen.

Über die Bewilligung oder Ablehnung des Antrages erhalten Sie einen schriftlichen Bescheid. Ist das Kind volljährig, kann es selbst einen Bescheid erhalten.

4.8 Zuzahlung

Für Kinderrehabilitation ist keine Zuzahlung zu leisten.

5 Übergangsgeld

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

Soweit kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht (z. B. durch Vorerkrankungszeiten), zahlt Ihnen der Rentenversicherungsträger unter den nachfolgenden Voraussetzungen Übergangsgeld.

5.1 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 haben. Darüber hinaus müssen Sie im Bemessungszeitraum Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt haben. Beziehen Sie bis zum Beginn der Leistung z. B. Krankengeld oder Arbeitslosengeld und beruht diese Leistung auf Arbeitseinkünften, aus denen Rentenversicherungsbeiträge gezahlt wurden, erhalten Sie ebenfalls Übergangsgeld.

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

Bei **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** entfällt grundsätzlich eine Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Hier besteht immer ein Übergangsgeldanspruch. Anspruch auf Übergangsgeld wie bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben besteht regelmäßig auch für die Zeit, in der Sie wegen der Teilnahme an einer Abklärung der beruflichen Eignung / Arbeitsprobung kein oder nur ein geringeres Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielen.

5.2 Höhe des Übergangsgeldes

Das Übergangsgeld wird abhängig vom Personenkreis und der Leistungsart auf unterschiedliche Weise ermittelt. Für Bezieher von Übergangsgeld, die in der Pflegeversicherung zuschlagspflichtig sind, wird vom Übergangsgeld der jeweilige Beitragszuschlag für Kinderlose einbehalten. Bitte beachten Sie die Erläuterungen im Abschnitt 6.1.2 und 6.2.2.

5.2.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die maßgebende Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld bestimmt sich bei **versicherungspflichtigen Arbeitnehmern** nach dem letzten abgerechneten Brutto- und Nettoarbeitsentgelt. Der Berechnung des Übergangsgeldes werden zunächst 80 Prozent des Bruttoarbeitsentgelts zugrunde gelegt, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt. Dieser Betrag ist mit dem laufenden Nettoarbeitsentgelt zu vergleichen. Der niedrigere Betrag ist die für die Höhe des Übergangsgeldes maßgebende Berechnungsgrundlage. Bei Kindern mit Anspruch auf Kindergeld oder bei Pflegebedürftigkeit beträgt das Übergangsgeld etwa 75 Prozent der Berechnungsgrundlage, in allen anderen Fällen etwa 68 Prozent. Haben Sie in den letzten zwölf Kalendermonaten beitragspflichtige Einmalzahlungen erhalten, kann sich die Berechnungsgrundlage erhöhen.

Beispiel:

Beginn der medizinischen Leistung am 10.05.2005

Das Arbeitsentgelt wurde zuletzt für den Monat April 2005 abgerechnet (Bemessungszeitraum). Es betrug monatlich brutto 2.500,00 EUR und netto 1.600,00 EUR.

Berechnung des Übergangsgeldes:

Ermittlung des täglichen Bruttoarbeitsentgeltes

2.500,00 EUR : 30 Tage = 83,33 EUR tgl. laufendes Bruttoarbeitsentgelt

Hiervon 80 Prozent = 66,66 EUR (ggf. auf das Nettoarbeitsentgelt zu begrenzen)

Ermittlung des täglichen Nettoarbeitsentgeltes:

1.600,00 EUR : 30 Tage = 53,33 EUR tgl. laufendes Nettoarbeitsentgelt

Das kalendertägliche Übergangsgeld beträgt

entweder 75 Prozent von 53,33 EUR (Nettoarbeitsentgelt) = 40,00 EUR*

oder 68 Prozent von 53,33 EUR (Nettoarbeitsentgelt) = 36,26 EUR*

*Wurden in den letzten zwölf Kalendermonaten (Mai 2004 bis April 2005) Einmalzahlungen ausgezahlt, die der Beitragsberechnung unterlagen, erhöht sich das Übergangsgeld um den 360. Teil des Nettoeinmalzahlbetrages, der sich aus dem Verhältnis des regelmäßigen Brutto- und Nettoarbeitsentgeltes ergibt.

Zahlen Sie als Arbeitnehmer **freiwillige Beiträge** zur gesetzlichen Rentenversicherung oder sind Sie **selbständig** und erzielen Arbeitseinkommen wird das Übergangsgeld aus 80 Prozent des Einkommens ermittelt, das den entrichteten Beiträgen zur Rentenversicherung im letzten Kalenderjahr vor Beginn der Leistung zugrunde liegt. Die Umrechnung der Beiträge in ein Einkommen erfolgt nach der Formel: "RV- Beiträge x 100 : Beitragssatz = Einkommen". Für den Kalendertag ist der 360. Teil dieses Betrages anzusetzen. 75 Prozent oder 68 Prozent des so ermittelten Betrages ergeben die Höhe des Übergangsgeldes.

Beispiel:

Beginn der medizinischen Leistung am 10.05.2005

Im Bemessungszeitraum, das ist das Kalenderjahr 2004, wurden zwölf Beiträge à 500,00 EUR entrichtet.

Berechnung des Übergangsgeldes:

12 x 500,00 EUR (Monatsbeitrag) = 6.000,00 EUR (Gesamtbeitrag) x 100 : 19,5 (Beitragssatz 2004) = 30.769,23 EUR.

Das den Beiträgen zugrunde liegende Gesamteinkommen im Bemessungszeitraum beträgt

	30.769,23 EUR
hiervon 80 Prozent	24.615,38 EUR
davon der 360. Teil	68,38 EUR

Das kalendertägliche Übergangsgeld beträgt

entweder 75 Prozent von 68,38 EUR = 51,29 EUR

oder 68 Prozent von 68,38 EUR = 46,50 EUR

Wir weisen darauf hin, dass für die Berechnung des Übergangsgeldes Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem Beginn der Leistung rückwirkend für den Bemessungszeitraum entrichtet werden, nicht berücksichtigt werden können. Eine Bereiterklärung zur Beitragsentrichtung ist nicht ausreichend. Die Beiträge müssen vor Leistungsbeginn entrichtet 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 Beziehern von Krankengeld wie bei versicherungspflichtig Beschäftigten nach dem letzten abgerechneten Brutto- 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, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld**, wird bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Ihr Übergangsgeld in Höhe der von der Agentur für Arbeit festgestellten Leistung weitergezahlt, wenn vor Beginn der Arbeitslosigkeit Pflichtbeiträge zur Rentenversicherung entrichtet wurden und diese Leistung auf der Grundlage dieses Arbeitsentgeltes berechnet worden ist. Bei **Teilarbeitslosigkeit** wird das Übergangsgeld aus dem Arbeitsentgelt der nicht mehr ausgeübten sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung errechnet.

Erhalten Sie **Arbeitslosengeld II**, so haben Sie Anspruch auf Übergangsgeld in Höhe des zuletzt festgesetzten Arbeitslosengeld II-Betrages, wenn vor Beginn der Arbeitslosigkeit Pflichtbeiträge zur Rentenversicherung entrichtet wurden. Um in diesem Fall eine nahtlose finanzielle Versorgung zu gewährleisten, wird das Arbeitslosengeld II während der Rehabilitation von der bisher zahlenden Stelle (Agentur für Arbeit, Arbeitsgemeinschaft oder zuständige Kommunalverwaltung) weitergezahlt, soweit der Anspruch auf das Arbeitslosengeld II weiterhin besteht.

Bestandteile des Arbeitslosengeldes II, die nur darlehensweise gezahlt werden oder einmalige Leistungen können nicht als Übergangsgeld weitergezahlt werden.

5.2.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Das Übergangsgeld wird grundsätzlich in gleicher Weise ermittelt, 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 wird auf eine Ihrer Art entsprechende Beschäftigung abgestellt und hieraus das tarifliche Entgelt ermittelt. Bei der Berechnung des Übergangsgeldes werden 65 Prozent des jährlichen fiktiven Arbeitsentgeltes zugrunde gelegt. 75 Prozent oder 68 Prozent der täglichen Berechnungsgrundlage ergeben die endgültige Höhe des Übergangsgeldes.

Beispiel:

Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben 10.05.2005

Fiktives tarifliches Arbeitsentgelt (ohne Behinderung) für April 2005: 2.300,00 EUR brutto.

Berechnung des Übergangsgeldes:

2.300,00 EUR x 12 Monate =	27.600,00 EUR	jährliches Tarifentgelt
hiervon 65 Prozent	17.940,00 EUR	
davon der 360. Teil	49,83 EUR	

Das kalendertägliche Übergangsgeld beträgt

entweder 75 Prozent von 49,83 EUR =	37,37 EUR
oder 68 Prozent von 49,83 EUR =	33,88 EUR

5.3 Dauer der Übergangsgeldzahlung

Übergangsgeld wird für die Zeit gezahlt, in der die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben durchgeführt werden. Für unentschuldigte Fehltage besteht kein Übergangsgeldanspruch.

Sofern im unmittelbaren Anschluss an eine medizinische Rehabilitation eine stufenweise Wiedereingliederung erforderlich ist, wird das Übergangsgeld unter bestimmten Voraussetzungen bis zu deren Ende weitergezahlt.

Weiter kann Übergangsgeld zur Überbrückung der Zeit zwischen einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation und einer anschließenden Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zwischen zwei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gezahlt werden.

Im Anschluss an eine erfolgreich beendete Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben wird unter bestimmten Voraussetzungen das Übergangsgeld in verminderter Höhe bis zu drei Monaten weitergezahlt, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht.

5.4 Einkommensanrechnung

Erhalten Sie während des Bezuges von Übergangsgeld **Arbeitsentgelt**, so wird das Übergangsgeld um das weitergezahlte Nettoarbeitsentgelt gekürzt. Da das Übergangsgeld nicht höher als das Nettoarbeitsentgelt sein kann, erübrigt sich in der Regel die Feststellung des Übergangsgeldes, solange Sie Arbeitsentgelt im Wege der Entgeltfortzahlung weiter erhalten. Sind Sie selbständig, werden 80 Prozent des während des Übergangsgeldbezuges erzielten Arbeitseinkommens angerechnet. Darüber hinaus können z. B. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Renten bzw. Teilrenten wegen Alters, Verletztengeld und andere Geldleistungen zur Anrechnung führen.

6 Soziale Sicherung

6.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Während der Rehabilitationsleistungen sind Sie in der Regel in der Kranken-, Pflege-, Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung versichert.

6.1.1 Krankenversicherung

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse bleiben Sie während des Bezuges von Übergangsgeld bei dieser versichert. Die Beiträge trägt der Rentenversicherungsträger.

Beiträge zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen können dagegen grundsätzlich nicht übernommen werden. Eine Ausnahme gilt für Arbeitslose, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind, wenn die Bundesagentur für Arbeit zuvor die Beiträge zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gezahlt hat. Für die Dauer des Übergangsgeldbezuges erhalten Sie die Beiträge zur privaten Krankenversicherung von der Deutschen Rentenversicherung als Zuschuss. Für die Zahlung der Beiträge an das private Krankenversicherungsunternehmen sind Sie in diesem Fall selbst verantwortlich.

6.1.2 Pflegeversicherung

Als Pflicht- oder freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind Sie auch in der sozialen Pflichtversicherung versichert, solange Sie Übergangsgeld beziehen. Die Beiträge trägt wiederum der Rentenversicherungsträger. Den Beitragszuschlag für Kinderlose tragen Sie ggf. allein.

Sind Sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert, erhalten Sie für die Dauer der Übergangsgeldzahlung einen Zuschuss zu Ihren Beiträgen unter den gleichen Voraussetzungen, unter denen die Deutsche Rentenversicherung einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung an Arbeitslose zahlt. Für die Zahlung der Beiträge an das private Versicherungsunternehmen sind Sie wiederum selbst verantwortlich.

6.1.3 Rentenversicherung

Bezieher von Übergangsgeld sind rentenversicherungspflichtig, wenn im letzten Jahr vor Beginn des Übergangsgeldes zuletzt Versicherungspflicht bestand.

Haben Sie im letzten Jahr vor Beginn des Übergangsgeldes keine Beiträge oder zuletzt freiwillige Beiträge entrichtet, besteht die Möglichkeit, die Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung zu beantragen. Ausgenommen sind Übergangsgeldbezieher, die in der Rentenversicherung versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind.

Für die Pflichtversicherung und Antragspflichtversicherung haben Sie keine Beiträge zu zahlen.

Für Ihre spätere Rente werden grundsätzlich 80 v. H. des Arbeitsentgeltes oder Arbeitseinkommens, das der Berechnung Ihres Übergangsgeldes zugrunde liegt, berücksichtigt. Sie erhalten vom Rentenversicherungsträger eine Bescheinigung mit den Daten, die Ihrem Versicherungskonto gemeldet wurden.

6.1.4 Arbeitslosenversicherung

Erhalten Sie Übergangsgeld aufgrund von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sind Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit zu zahlen, wenn unmittelbar vorher eine nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) beitragspflichtige Beschäftigung ausgeübt wurde. Beiträge sind auch zu zahlen, wenn vor dem Übergangsgeldbezug eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem SGB III (z. B. Arbeitslosengeld) bezogen wurde.

Die Beiträge werden von dem Rentenversicherungsträger gezahlt.

6.1.5 Unfallversicherung

Während einer stationären oder ambulanten Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung sind Sie im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung geschützt. Unfallversicherungsschutz besteht auch während einer Kinderrehabilitation für das Kind. Der Versicherungsschutz schließt den Weg zur Rehabilitationseinrichtung und zurück ein. Die Beiträge für die Unfallversicherung trägt der Rentenversicherungsträger.

Von der gesetzlichen Unfallversicherung werden alle Ereignisse erfasst, die mit der stationären oder ambulanten Behandlung in einem ursächlichen Zusammenhang stehen. Nicht versichert sind Betätigungen, die dem privaten Bereich zuzuordnen sind.

Im Falle eines Unfalls unterrichtet die Rehabilitationseinrichtung umgehend die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft als zuständigen Unfallversicherungsträger. Etwaige Leistungsansprüche sind dort geltend zu machen.

Versicherungsschutz besteht im Regelfall nur für Sie selbst. Begleitpersonen sind dagegen nicht gesetzlich unfallversichert.

6.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Während der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind Sie in der Regel in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung versichert. In der Arbeitslosenversicherung besteht hingegen nur dann Versicherungspflicht, wenn eine betriebliche Aus- und Weiterbildung durchgeführt wird.

6.2.1 Krankenversicherung

Versicherungspflicht und Beiträge

Für die Zeit der Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an einer Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung besteht Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies gilt auch, wenn Sie zuvor bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert waren. Den privaten Versicherungsvertrag können Sie dann mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht kündigen.

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden vom Rentenversicherungsträger getragen. Ausnahmen gelten für Personen, die bei Beginn der Leistungen das 55. Lebensjahr vollendet haben und in den letzten fünf Jahren nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren. Sie bleiben privat versichert.

Krankenkassenwahl

Als Versicherungspflichtiger können Sie grundsätzlich Ihre Krankenkasse wählen (Ortskrankenkasse, Betriebskrankenkasse, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse). Das Wahlrecht ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Nähere Informationen erhalten Sie dort.

Bitte unterrichten Sie Ihren Rentenversicherungsträger umgehend, wenn die Mitgliedschaft bei einer anderen als der im Antrag angegebenen Krankenkasse gewählt wurde!

Befreiung von der Versicherungspflicht

Als Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben Sie die Möglichkeit, sich auf Antrag von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung befreien zu lassen. Der Antrag muss innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse gestellt werden.

Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. **Die Befreiung können Sie nicht widerrufen.**

Im Falle der Befreiung erhalten Sie unter bestimmten Voraussetzungen einen Zuschuss zu den privaten Krankenversicherungsbeiträgen. Als Zuschuss zahlt der Rentenversicherungsträger einen Betrag, der bei Krankenversicherungspflicht zu zahlen gewesen wäre, höchstens jedoch einen Betrag in Höhe des privaten Versicherungsbeitrages. Für die Bewilligung eines Beitragszuschusses benötigen wir von Ihnen den Befreiungsbescheid der Krankenkasse sowie eine Bescheinigung des privaten Versicherungsunternehmens über die Krankenversicherung und die Höhe des monatlichen Beitrages.

6.2.2 Pflegeversicherung

Die Regelungen zur Versicherungs- und Beitragspflicht folgen denen der Krankenversicherung und gelten daher entsprechend.

Liegt Versicherungspflicht vor, zahlt der Rentenversicherungsträger die Beiträge. Den Beitragszuschlag für Kinderlose tragen Sie ggf. allein. Im Falle einer privaten Pflegeversicherung erhalten Sie einen Beitragszuschuss, sofern auch ein Anspruch auf Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung besteht. Zur Prüfung des Anspruchs benötigen wir eine Bescheinigung des privaten Versicherungsunternehmens über die Pflegeversicherung und die Höhe des monatlichen Beitrages.

6.2.3 Rentenversicherung

Bezieher von Übergangsgeld sind rentenversicherungspflichtig, wenn im letzten Jahr vor Beginn des Übergangsgeldes zuletzt Versicherungspflicht bestand.

Haben Sie im letzten Jahr vor Beginn des Übergangsgeldes keine Beiträge oder zuletzt freiwillige Beiträge entrichtet, besteht die Möglichkeit, die Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung zu beantragen. Ausgenommen sind Übergangsgeldbezieher, die in der Rentenversicherung versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind.

Für die Pflichtversicherung und Antragspflichtversicherung haben Sie keine Beiträge zu zahlen.

Für Ihre spätere Rente werden grundsätzlich 80 v. H. des Arbeitsentgeltes oder Arbeitseinkommens, das der Berechnung Ihres Übergangsgeldes zugrunde liegt, berücksichtigt. Sie erhalten vom Rentenversicherungsträger eine Bescheinigung mit den Daten, die Ihrem Versicherungskonto gemeldet wurden.

6.2.4 Unfallversicherung

Während der Dauer von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind Sie im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung geschützt. Versicherungsschutz besteht auch auf dem Weg zur Bildungseinrichtung und zurück oder wenn Sie zur Vorbereitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf Verlangen des Rentenversicherungsträgers die Bildungseinrichtung oder eine andere Stelle aufsuchen. Nicht versichert sind Tätigkeiten, die dem privaten Bereich zuzuordnen sind.

Die Beiträge für die Unfallversicherung trägt die Deutsche Rentenversicherung.

Im Falle eines Unfalls unterrichtet die Bildungseinrichtung umgehend die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft als zuständigen Unfallversicherungsträger. Etwaige Leistungsansprüche sind dort geltend zu machen.

Versicherungsschutz besteht im Regelfall nur für Sie selbst. Begleitpersonen sind dagegen nicht gesetzlich unfallversichert.

7 Erläuterungen zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation

Ziffer 2	Ihre Angaben zur Person müssen den Eintragungen in der Geburtsurkunde entsprechen. Sie sind erforderlich, damit das Versichertenkonto zur Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen einwandfrei geführt werden kann.
Ziffer 3,4 und 5	Für die medizinische Prüfung und für die Bestimmung des Übergangsgeldes sind diese Angaben erforderlich. Das Übergangsgeld wird abhängig vom Personenkreis auf unterschiedliche Weise ermittelt. Entsprechende Hinweise dazu enthält Abschnitt 5.
Ziffer 7	Die Angaben werden für evtl. Rückfragen bei Ihrer Krankenkasse benötigt.
Ziffer 8	Ihre behandelnde Ärztin / Ihr behandelnder Arzt wird in den Rehabilitationsprozess mit eingebunden. Daher benötigen wir den Namen und die vollständige Anschrift für evtl. Rückfragen bzw. Anforderung ggf. noch fehlender ärztlicher Unterlagen.
Ziffer 9	Die Angaben zur Beitragsentrichtung sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Deutsche Rentenversicherung der für Sie zuständige Versicherungsträger ist.
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 (z. B. von der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder VBL) sind vom Ausschluss nicht betroffen.
Ziffer 11 und 12	Beziehen Sie bereits Altersrente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt oder beabsichtigen Sie, dies in den nächsten sechs Monaten zu tun, können Sie keine Leistungen zur Rehabilitation aus der Rentenversicherung erhalten. Das Gleiche gilt, wenn Sie eine Leistung mit Entgeltersatzcharakter beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn der Altersrente gezahlt wird. Darüber hinaus, wenn Sie einen Antrag auf Altersteilzeit gestellt haben und sich in der arbeitsfreien Phase befinden oder diese in den nächsten sechs Monaten antreten. Entsprechende Hinweise dazu enthält Abschnitt 1.3. Dies gilt nicht, wenn Sie einen Antrag auf onkologische Rehabilitation stellen.
Ziffer 13.1 und 13.2	Treffen diese Fragen bei Ihnen zu, kann der Rentenversicherungsträger Forderungen gegen Dritte geltend machen. Dies hat keine Auswirkungen auf die Antragsbearbeitung.
Ziffer 13.3	Wurden bereits Leistungen durchgeführt, muss geprüft werden, ob ein vorzeitiger Rehabilitationsbedarf besteht.
Ziffer 15	Übergangsgeld und andere Geldleistungen (z. B. Haushaltshilfe) werden grundsätzlich unbar gezahlt. Es ist in Ihrem eigenen Interesse, dass die Angaben genau und vollständig gemacht werden. Haben Sie bisher kein Girokonto, bitten wir bei einer Bank, Sparkasse oder Postbank ein Konto zu eröffnen.
Ziffer 16	Ziffer 16 enthält Informationen über bestimmte Rechte und Pflichten und eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.
Ziffer 18	Diese Ziffer ist von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse auszufüllen. Sind Sie privat krankenversichert, entfallen diese Angaben.

8 Kostenlos Rat und Hilfe

Folgende Möglichkeiten gibt es, kostenlos Aufklärung, Auskunft und Beratung in Rentenversicherungsangelegenheiten zu erhalten:

- **in den Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung** (siehe nachfolgende Anschriftenliste)
- **in den Servicestellen für Rehabilitation**
In zahlreichen Auskunfts- und Beratungsstellen sind trägerübergreifende Servicestellen eingerichtet. Die gemeinsamen Servicestellen helfen Ihnen in allen Fragen der Rehabilitation. Eine Liste finden Sie auf den Internetseiten der Deutschen Rentenversicherung Bund unter www.deutsche-rentenversicherung-bund.de
- **über das Servicetelefon bundesweit einheitlich unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 3331919**
Sprechzeiten:
Montag - Donnerstag 7.30 - 19.30 Uhr
Freitag 7.30 - 15.30 Uhr
- **durch die Versichertenberater / -innen der Deutschen Rentenversicherung**
Sie sind ehrenamtlich tätig und helfen Ihnen in allen Fragen zur Rentenversicherung. Die Anschriften erfahren Sie bei den Auskunfts- und Beratungsstellen, Versicherungsämtern, Gewerkschaften, Krankenkassen, Berufsverbänden und im Internetangebot der Deutschen Rentenversicherung.
- **auf verschiedenen Messen und Ausstellungen**
- **über das INTERNET (www.deutsche-rentenversicherung.de)**
- **bei den Versicherungsämtern der Stadt- und Landkreise**

Bringen Sie bitte in jedem Fall Ihre Versicherungsnummer, die Versicherungsunterlagen und Ihren Personalausweis mit.

Es sollte vorher unbedingt ein Beratungstermin vereinbart werden. Die Öffnungszeiten können bei der jeweiligen Auskunft- und Beratungsstelle telefonisch erfragt werden.

Darüber hinaus steht Ihnen die Deutsche Rentenversicherung Bund, **10704 Berlin, für schriftliche Auskünfte** immer gern zur Verfügung.

Anschriften der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung

Ort	Anschrift	Telefon / Fax	E-Mail
86150 Augsburg	Bahnhofstr. 7	0821 5035-0 / 08215035-190	service.in.augsburg@drv-bund.de
10179 Berlin-Mitte	Wallstr. 9-13 (Am Spittelmarkt)	030 20247-5 / 030 20247-699	service.in.berlin-mitte@drv-bund.de
10707 Berlin-Wilmersdorf	Fehrbelliner Platz 5	030 86888-0 / 030 86888-27496	service.in.berlin-wilmersdorf@drv-bund.de
33602 Bielefeld	Bahnhofstr. 28	0521 5254-0 / 0521 5254-190	service.in.bielefeld@drv-bund.de
06749 Bitterfeld	Walther-Rathenau-Str. 38	03493 6020-0 / 03493 6020-40	service.in.bitterfeld@drv-bund.de
53111 Bonn	Rabinstr. 6	0228 2808-01 / 0228 2808-1961	service.in.bonn@drv-bund.de
14776 Brandenburg	Potsdamer Str. 18	03381 3209-0 / 03381 3209-11	service.in.brandenburg@drv-bund.de
38100 Braunschweig	Friedrich-Wilhelm-Str. 3	0531 1230-0 / 0531 1230-190	service.in.braunschweig@drv-bund.de
28195 Bremen	Domshof 18-20	0421 3652-0 / 0421 3652-190	service.in.bremen@drv-bund.de
09111 Chemnitz	An der Markthalle 3-5	0371 6971-0 / 0371 6971-190	service.in.chemnitz@drv-bund.de

Ort	Anschrift	Telefon / Fax	E-Mail
03046 Cottbus	Spremberger Str. 13/15	0355 494-0 / 0355 494-190	service.in.cottbus@drv-bund.de
64283 Darmstadt	Ludwigsplatz 6a	06151 153769-0 / 06151 153769-190	service.in.darmstadt@drv-bund.de
06844 Dessau	Zerbster Str. 32	0340 23011-0 / 0340 23011-190	service.in.dessau@drv-bund.de
44137 Dortmund	Hansastr. 95	0231 9063-500 / 0231 9063-590	service.in.dortmund@drv-bund.de
01307 Dresden	Fetscherstr. 34	0351 44060-0 / 0351 44060-190	service.in.dresden@drv-bund.de
40210 Düsseldorf	Graf-Adolf-Str. 35-37	0211 3806-0 / 0211 3806-190	service.in.düsseldorf@drv-bund.de
99096 Erfurt	Blosenburgerstr. 20	0361 3027-0 / 0361 3027-190	service.in.erfurt@drv-bund.de
45127 Essen	Lindenallee 6-8	0201 24033-0 / 0201 24033-190	service.in.essen@drv-bund.de
60313 Frankfurt/Main	Stiftstr. 9-17	069 29998-0 / 069 29998-190	service.in.frankfurt-mein@drv-bund.de
15230 Frankfurt (Oder)	Karl-Marx-Str. 2	0335 5618-0 / 0335 5618-190	service.in.frankfurt-oder@drv-bund.de
79098 Freiburg	Friedrichring 1	0761 3871-0 / 0761 3871-190	service.in.freiburg@drv-bund.de
36037 Fulda	Bahnhofstr. 26	0661 250268-0 / 0661 250268-190	service.in.fulda@drv-bund.de
07545 Gera	Reichsstr. 5	0365 91800-0 / 0365 9180076-190	service.in.gera@drv-bund.de
35390 Gießen	Südanlage 21	0641 9729-0 / 0641 9729-190	service.in.giessen@drv-bund.de
02826 Görlitz	Wilhelmsplatz 1	03581 87850-0 / 03581 87850-190	service.in.goerlitz@drv-bund.de
04668 Grimma	Straße des Friedens 18	03437 9241-0 / 03437 9241-19	service.in.grimma@drv-bund.de
06108 Halle	Leipziger Str. 91	0345 2925-0 / 0345 2925-190	service.in.halle@drv-bund.de
20354 Hamburg	Poststr. 6a	040 34891-0 / 040 34891-190	service.in.hamburg@drv-bund.de
20535 Hamburg	Bürgerweide 4	040 24190-0 / 040 24190-136	service.in.hamburg@drv-bund.de
30159 Hannover	Bahnhofstr. 8	0511 35799-0 / 0511 35799-190	service.in.hannover@drv-bund.de
74072 Heilbronn	Lohtorstr. 2	07131 203936-0 / 07131 203936-190	service.in.heilbronn@drv-bund.de
98693 Ilmenau	Marktstr. 12b	03677 84519-0 / 03677 84519-190	service.in.ilmenau@drv-bund.de
07743 Jena	Goethestr. 1	03641 4708-0 / 03641 4708-190	service.in.jena@drv-bund.de
67655 Kaiserslautern	Stiftsplatz 5	0631 32040-0 / 0631 32040-190	service.in.kaiserslautern@drv-bund.de
76133 Karlsruhe	Kaiserstr. 215	0721 1804-0 / 0721 1804-190	service.in.karlsruhe@drv-bund.de
34117 Kassel	Friedrich-Ebert-Str. 5	0561 7890-0 / 0561 7890-190	service.in.kassel@drv-bund.de
87435 Kempten	Königstr. 2	0831 51288-0 / 0831 51288-190	service.in.kempten@drv-bund.de
24103 Kiel	Herzog-Friedrich-Str. 44	0431 9878-0 / 0431 9878-190	service.in.kiel@drv-bund.de
56068 Koblenz	Hohenfelder Str. 7-9	0261 98816-0 / 0261 98816-190	service.in.koblenz@drv-bund.de
50667 Köln	Hohe Str. 160-168	0221 25882-0 / 0221 25882-190	service.in.koeln@drv-bund.de
04105 Leipzig	Nordstr. 17	0341 71135-0 / 0341 71135-190	service.in.leipzig@drv-bund.de

Ort	Anschrift	Telefon / Fax	E-Mail
23552 Lübeck	Breite Str. 47	0451 79947-01 / 0451 79947-190	service.in.luebeck@drv-bund.de
39108 Magdeburg	Maxim-Gorki-Str. 14	0391 7399-0 / 0391 7399-190	service.in.magdeburg@drv-bund.de
55116 Mainz	Am Brand 31	06131 274-0 / 06131 274-190	service.in.mainz@drv-bund.de
68159 Mannheim	E 1, Nr. 16	0621 1591-0 / 0621 1591-190	service.in.mannheim@drv-bund.de
80331 München	Viktualienmarkt 8	089 51081-0 / 089 51081-190	service.in.muenchen@drv-bund.de
48143 Münster	Von-Steuben-Str. 20	0251 5382-0 / 0251 5382-190	service.in.muenster@drv-bund.de
17033 Neubrandenburg	Brodaerstr. 11	0395 5637-0 / 0395 5637-190	service.in.neubrandenburg@drv-bund.de
90443 Nürnberg	Richard-Wagner- Platz 1	0911 2380-0 / 0911 2380-192	service.in.nuernberg@drv-bund.de
26122 Oldenburg	Elisenstr. 12	0441 950795-0 / 0441 950795-190	service.in.oldenburg@drv-bund.de
49074 Osnabrück	Neumarkt 7 / Eingang Große Straße	0541 3357-0 / 05413357-190	service.in.osnabrueck@drv-bund.de
01796 Pirna	Dohnaische Str. 68	03501 4667-0 / 03501 4667-190	service.in.pirna@drv-bund.de
08523 Plauen	Oberer Steinweg 4	03741 28026-0 / 03741 28026-190	service.in.plauen@drv-bund.de
14473 Potsdam	Lange Brücke 2	0331 8853-0 / 0331 8853-190	service.in.potsdam@drv-bund.de
93047 Regensburg	Maximilianstr. 9	0941 5849-0 / 0941 5849-190	service.in.regensburg@drv-bund.de
18055 Rostock	Kröpeliner Str. 57	0381 45945-0 / 0349 45945-190	service.in.rostock@drv-bund.de
66111 Saarbrücken	Großherzog-Friedrich- Str. 16-18	0681 9370-0 / 0681 9370-190	service.in.saarbruecken@drv-bund.de
19053 Schwerin	Schmiedestr. 8-12	0385 5758-0 / 0385 5758-190	service.in.schwerin@drv-bund.de
18439 Stralsund	Langenstr. 54	03831 2801-51 / 03831 2801-37	service.in.stralsund@drv-bund.de
70174 Stuttgart	Kronenstr. 25	0711 1871-5 / 0711 1871-690	service.in.stuttgart@drv-bund.de
98527 Suhl	Marienstieg 3	03681 786-0 / 03601 786-190	service.in.suhl@drv-bund.de
54290 Trier	Domfreihof 1	0651 97071-0 / 0651 9701-190	service.in.trier@drv-bund.de
89073 Ulm	Karlstr. 33	0731 96735-0 / 0731 96737-190	service.in.ulm@drv-bund.de
38855 Wernigerode	Breite Str. 53a	03943 6963-0 / 03943 6963-19	service.in.wernigerode@drv-bund.de
65183 Wiesbaden	Marktstr. 10	0611 157559-0 / 0611 157559-190	service.in.wiesbaden@drv-bund.de
06886 Wittenberg	Collegienstr. 59c	03491 4204-0 / 03491 4204-190	service.in.wittenberg@drv-bund.de
97070 Würzburg	Schönbornstr. 4-6	0931 3572-0 / 0931 3572-190	service.in.wuerzburg@drv-bund.de
42103 Wuppertal	Wupperstr. 14	0202 4595-01 / 0202 4595-1961	service.in.wuppertal@drv-bund.de
06712 Zeitz	Roßmarkt 13	03441 8588-0 / 03441 8588-19	service.in.zeitz@drv-bund.de
08056 Zwickau	Hauptmarkt 24-25	0375 27748-0 / 0375 27748-190	service.in.zwickau@drv-bund.de

