



Das Gesundheitsprojekt
Mit Migranten
für Migranten

Die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung: Hilfe bei chronischen Erkrankungen



Ein Wegweiser für Mediatoren, Lotsen und Multiplikatoren



Medizinische Hochschule
Hannover

*Ethno-
Medizinisches
Zentrum e.v.*



Impressum

Die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung:
Hilfe bei chronischen Erkrankungen

Ein Wegweiser für Mediatoren, Lotsen und Multiplikatoren

Herausgeber – Konzeption, Inhalt, Erstellung:
Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
Königstraße 6
30175 Hannover

Mitarbeit:

Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
Klinik für Rehabilitationsmedizin
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Redaktion: Prof. Dr. med. Christoph Gutenbrunner, Julia Helmert,
Klara Markin, Dr. med. Lara-Marie Reißmann, Ramazan Salman,
Betje Schwarz

Bildquellen: Fotolia © 2004–2014

Layout & Satz: Bernd Neubauer, Göttingen

Wenn in diesem Wegweiser Personengruppen benannt sind, wird im Folgenden die männliche Schreibweise verwendet. Es sind aber weibliche und männliche Personen gleichermaßen gemeint. Dies geschieht aus Gründen des besseren Leseflusses und ist nicht als diskriminierend zu verstehen.

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung durch den Herausgeber.

1. Auflage

Stand: Januar 2015

Wir danken der Deutschen Rentenversicherung für die freundliche Unterstützung bei der Realisierung dieses Praxisleitfadens.



**Die medizinische Rehabilitation
der Deutschen Rentenversicherung:
Hilfe bei chronischen Erkrankungen**

Grußwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

die Zufriedenheit und das Wohlbefinden des Menschen hängen zentral von seinem gesundheitlichen Befinden ab. Gesundheit ist ein hohes Gut, das es zu bewahren gilt.

Allerdings gibt über ein Drittel der in Deutschland lebenden Personen in aktuellen Befragungen an, an mindestens einer chronischen Krankheit zu leiden; also an einer Erkrankung, die lange andauert, nicht vollständig heilbar ist und regelmäßiger Behandlungen und Kontrollen bedarf. Chronische Erkrankungen können zu deutlichen Einschränkungen in Alltag und Beruf führen.



Viele Betroffene – insbesondere Menschen mit Einwanderungsgeschichten – wissen nicht, dass medizinische Rehabilitation für Abhilfe oder Besserung sorgen kann.

Andere sind sich unsicher, ob sie das Recht auf eine Rehabilitation haben. Häufig fehlt aber auch grundlegendes Wissen: Wie stelle ich einen Antrag, was genau wird in der Rehabilitationseinrichtung gemacht, werden meine persönlichen, kulturellen und sprachlichen Bedürfnisse berücksichtigt?

All dies kann dazu führen, dass die Chance auf Verbesserung der Lebensqualität und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch eine Rehabilitation nicht rechtzeitig in Anspruch genommen wird.

Ich freue mich deshalb, dass dieser Wegweiser zur medizinischen Rehabilitation in mehreren Sprachen vorliegt. Hier bekommen Menschen mit ausländischen Wurzeln wichtige Informationen für die Antragstellung und einen erfolgreichen Rehabilitationsverlauf. Dieser Wegweiser klärt die wichtigsten Begriffe und bietet Adressen für weitere Informationen.

Ich danke der Deutschen Rentenversicherung und dem Ethno-Medizinischen Zentrum e.V., die mit Unterstützung der rehabilitationsmedizinischen Expertinnen und Experten der Medizinischen Hochschule Hannover diesen einzigartigen Rehabilitationswegweiser erstellt haben. Sie haben eine wichtige Lücke geschlossen und leisten damit einen Beitrag zu Integration und Teilhabe.

Ich wünsche mir, dass alle Menschen dieses Landes von den Angeboten des hiesigen Gesundheitssystems profitieren. Dieser Wegweiser soll einen Beitrag dazu leisten!

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'A. Özoğuz'.

Aydan Özoğuz

Staatsministerin bei der Bundeskanzlerin und Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration

Grußwort

Liebe Leserinnen und Leser,

wenn eine chronische Erkrankung die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder einschränkt, kann die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung helfen. Die Rehabilitation hat das Ziel, die Krankheitsfolgen und ihre Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit zu verringern. Sie soll den Betroffenen ermöglichen, am Arbeitsleben weiter aktiv teilzunehmen.

Die deutsche Gesellschaft ist multikulturell geworden. Jeder fünfte Bürger hat einen Migrationshintergrund und dieser Anteil wird künftig noch wachsen.

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufig einen erhöhten Reha-Bedarf haben. So leiden insbesondere ältere Migranten häufiger an bestimmten chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus als gleichaltrige Menschen ohne Migrationshintergrund. Auch medizinisch begründete Frühberentungen sind in dieser Gruppe häufiger. Dennoch nehmen Menschen mit Migrationshintergrund eine Rehabilitation nur selten bzw. erst spät in Anspruch. Findet die Rehabilitation zu spät statt, d. h. wenn die Erkrankung schon chronifiziert ist, so ist sie weniger erfolgreich, als wenn sie rechtzeitig eingeleitet worden wäre. Dadurch wird die Chance einer nachhaltigen beruflichen Wiedereingliederung nach der Rehabilitation gefährdet. Da Versicherte mit Migrationshintergrund rechtlich den gleichen Zugang zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation haben, vermuten wir, dass Unkenntnis der Reha-Angebote und der Zugangsmodalitäten dazu führt, dass eine erfolgversprechende Rehabilitation nicht oder erst spät beantragt wird.



Deshalb freue ich mich, Ihnen den Wegweiser für Migranten mit dem Titel „Die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung: Hilfe bei chronischen Erkrankungen“ vorstellen zu dürfen. Den Autoren ist es gelungen, umfassend und praxisnah über die Rehabilitation zu informieren und dabei gezielt auf die Fragen und Bedürfnisse von Migranten verschiedener Herkünfte einzugehen.

Ich bin der festen Überzeugung, dass mit diesem Werk ein wichtiger Beitrag geleistet wird, allen Versicherten der Deutschen Rentenversicherung, unabhängig von ihrem Herkunftsland, die gleichen Chancen zur Nutzung des Rehabilitationsangebots zu eröffnen.

Allen denjenigen, die zum Gelingen dieses Wegweisers beigetragen haben, möchte ich an dieser Stelle ganz herzlich danken. Mein besonderer Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Ethno-Medizinischen Zentrums und der Medizinischen Hochschule Hannover.



Dr. Ingrid Künzler

Vorsitzende der Geschäftsführung der DRV Nord

Die wichtigsten Infos vorab

- Wenn Sie an einer chronischen Erkrankung leiden, die nicht nur Ihr Privatleben, sondern vor allem auch Ihr Berufsleben beeinträchtigt, dann sollten Sie über eine medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung nachdenken. Scheuen Sie daher nicht davor zurück, einen Antrag zu stellen. Die Rentenversicherung überprüft, ob Sie alle nötigen Voraussetzungen erfüllen. Den Antrag können Sie auch bei der Krankenkasse oder der Unfallversicherung einreichen.
- Besonders wichtig: Warten Sie nicht ab, bis Ihr Arzt Sie auf die medizinische Rehabilitation hinweist. Entscheidend ist: Wenn Sie das Gefühl haben, eine medizinische Rehabilitation könnte Ihnen helfen, dann machen Sie den ersten Schritt. Was können sie tun? Sprechen Sie Ihren Arzt an oder wenden Sie sich für weitere Informationen an die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation. Auch die Auskunft- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung helfen Ihnen weiter; auch beim Ausfüllen der Antragsunterlagen.
- Machen Sie sich bitte keine Sorgen. Die Kosten für eine stationäre medizinische Rehabilitation werden zum größten Teil von der Deutschen Rentenversicherung getragen. Sie müssen höchstens 10 € pro Tag dazu bezahlen. Eine ambulante Rehabilitation kostet für Sie sogar gar nichts.
- Sie wollen in eine bestimmte Rehabilitationseinrichtung? Ihr Wunsch wird im Zuge der Antragsbearbeitung von der Deutschen Rentenversicherung geprüft und nach Möglichkeit berücksichtigt.
- Inzwischen gibt es einige Rehabilitationseinrichtungen, die auch spezielle Angebote für Migranten haben. Diese müssen jedoch nicht immer die für Ihre Erkrankung am besten geeigneten Einrichtungen sein. Beratung erhalten Sie auch diesbezüglich bei den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation oder bei den Auskunft- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung.
- Wurde Ihr Antrag auf medizinische Rehabilitation bewilligt und Ihnen Ihre Rehabilitationseinrichtung mitgeteilt, können Sie diese natürlich jederzeit anrufen oder anschreiben; etwa bei offenen Fragen zu Besuchsregelungen, Ernährungsgewohnheiten, Gebetsmöglichkeiten oder Kleidungsvorschriften.
- Falls die Deutsche Rentenversicherung Ihren Antrag auf medizinische Rehabilitation ablehnt, haben Sie die Möglichkeit und das Recht, Widerspruch einzureichen. Fragen Sie sich aber auch, ob Sie bereits wirklich alle Angebote der Akutversorgung ausgeschöpft haben.
- Im Krankheitsfall sowie während der medizinischen Rehabilitation haben Sie Anspruch darauf, dass Ihnen Ihr Gehalt für den Zeitraum von sechs Wochen über Ihren Arbeitgeber weiter gezahlt wird. Danach können Sie Übergangsgeld beantragen. Falls Sie Arbeitslosengeld beziehen, wird dieses auch während der Rehabilitation weiter an Sie gezahlt.
- Die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation allein ist kein Kündigungsgrund.
- Eine medizinische Rehabilitation hat keine Auswirkungen auf Ihre laufenden Sozialversicherungsbeiträge, da diese für die Zeit der Rehabilitation von der Deutschen Rentenversicherung übernommen werden. Daher hat sie auch keine Auswirkungen auf die Höhe Ihrer späteren monatlichen Rente.

Inhalt

Einleitung	8
1. Die Deutsche Rentenversicherung	9
Das deutsche Sozialversicherungssystem · Struktur, Aufbau und Organisation der Deutschen Rentenversicherung · Angebote und Leistungen der Deutschen Rentenversicherung (Renten- und Rehabilitationsleistungen)	
2. Grundlagen: Die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung	15
Wo findet medizinische Rehabilitation statt? · Wer kann medizinische Rehabilitation bekommen (Voraussetzungen)? · Kostenübernahme und Zuzahlungen · Haushaltshilfe und Kinderbetreuung · Finanzielle Unterstützung der Patienten · Wie wirkt sich die medizinische Rehabilitation auf den Arbeitsplatz, die Sozialversicherungsbeiträge und die Rente aus?	
3. Vor der Rehabilitation	22
Informationen und Antragstellung · Antragsformulare · Erläuterung zum Ausfüllen des Rehabilitationsantrags · Anlage-Formulare · Kann ich dazu verpflichtet werden, einen Antrag auf eine medizinische Rehabilitation zu stellen? · Kann die Rehabilitation verschoben werden? · Was kann ich machen, wenn mein Antrag abgelehnt wird?	
4. Während der Rehabilitation	43
Vorbereitung und Anreise · Unterbringung und Verpflegung · Verhaltensregeln in der Einrichtung · Das Rehabilitationsteam · Der Rehabilitationsablauf · Der Tagesablauf · Möglichkeiten zum Gebet · Besuchs- und Begleitregelungen · Verständigungsprobleme aufgrund geringer Deutschkenntnisse · Spezielle Angebote für Migranten · Mitwirkungspflicht und Abbrechen der Rehabilitation	
5. Nach der Rehabilitation	50
Rehabilitationssport, Funktionstraining, Nachsorge · Berufliche Wiedereingliederung · Berufliche Rehabilitation · Selbsthilfegruppen, Verbände	
Fallbeispiele	52
Häufig gestellte Fragen	55
Ansprechpartner, Anlaufstellen und Kontakte	58
Glossar	60
Wichtige Gesetzesauszüge	63
Weiterführende Literatur	68
Anhang 1: Musterantrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag (G100)	69
Anhang 2: Musterschreiben zur Angabe der gewünschten Rehabilitationseinrichtung	77
Anhang 3: Musterschreiben eines Widerspruchs gegen die Ablehnung des Rehabilitationsantrags	79

Einleitung

Beinahe jede zweite Frau (42%) und rund jeder dritte Mann (35%) in Deutschland leidet unter einer *chronischen*¹ – also lang andauernden und nicht vollständig heilbaren – Krankheit. Häufig schränkt eine solche Erkrankung die Betroffenen so sehr ein, dass sie den Anforderungen ihres täglichen Lebens nicht mehr gewachsen sind und ihre Lebensqualität stark darunter leidet. Die *medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung* kann diesen Betroffenen helfen.

Die Deutsche Rentenversicherung ist ein wichtiger Baustein des deutschen Sozialversicherungssystems und hat vor allem ein Ziel: Sie soll Betroffene davor bewahren, frühzeitig in Rente zu gehen und damit aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung auszuschneiden. Der Grundsatz bei der Leistungsvergabe lautet daher „Reha vor Rente“. Das bedeutet, dass vor Zahlung einer *Erwerbsminderungsrente* nach Möglichkeit zunächst eine Rehabilitationsmaßnahme mit dem Ziel der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben erfolgen sollte.

Es geht aber nicht allein darum, wieder arbeitsfähig zu werden oder zu bleiben. Eine Frühberentung stellt immer auch ein einschneidendes Erlebnis für die betroffene Person dar. Sie wird oftmals als abrupte Abkoppelung von Arbeitsleben und Gemeinschaft empfunden und bedeutet oft den Verlust sozialer Kontakte, von den finanziellen Einschränkungen ganz zu schweigen. Die medizinische Rehabilitation sollte daher vor allem als Chance betrachtet werden, besser mit der eigenen chronischen Erkrankung leben zu können und wieder ein Stück Lebensfreude zurück zu gewinnen. Die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation hat nichts mit Schwäche zu tun. Im Gegenteil: Sie kann auch neue Kraft mobilisieren und muss ebenso wenig peinlich sein wie etwa die Behandlung einer Erkältung.

Sie sind nicht allein! Eine Million Menschen nimmt jährlich ganz selbstverständlich eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch, Frauen etwas häufiger als Männer. Das Durchschnittsalter liegt bei rund 51 Jahren. Am häufigsten wird eine Rehabilitationsmaßnahme auf Grund von Störungen des Bewegungsapparates durchgeführt, gefolgt von Erkrankungen des Kreislaufsystems und *psychischen* Erkrankungen.

85% der Personen beenden ihre Rehabilitation erfolgreich und sind im Anschluss wieder erwerbsfähig.

Der Weg in die Rehabilitation führt über einen Berg von Fragen. Dabei haben es Betroffene mit Migrationshintergrund oftmals noch schwerer als ihre deutschen Mitbürger. So haben sie Probleme, die in „bürokratischem“ Deutsch verfassten Informationen zur medizinischen Rehabilitation zu verstehen und sind mit zusätzlichen Sorgen konfrontiert: „Habe ich als Person mit Migrationshintergrund überhaupt das Recht darauf, einen Antrag auf medizinische Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung zu stellen?“, „Muss ich die medizinische Rehabilitation selbst bezahlen?“, „Gehen mir durch eine medizinische Rehabilitation Rentenansprüche verloren?“, „Wie gut müssen meine Deutschkenntnisse sein, um an einer medizinischen Rehabilitation teilzunehmen?“, „Inwiefern können religiöse und kulturelle Vorschriften, zum Beispiel Gebetszeiten, Ernährungsgewohnheiten oder Kleidungs Vorschriften berücksichtigt werden?“

Genau deshalb gibt es diesen Wegweiser. Sein Ziel ist es, die Mediatoren, Lotsen und Multiplikatoren über die medizinische Rehabilitation aufzuklären und mit diesen Fragen verbundenen Ängste und Unklarheiten aus dem Weg zu räumen. Er dient ihnen als Nachschlagewerk, um das Wissen über die medizinische Rehabilitation zu verbreiten und die chronisch Kranken bei Bedarf zur Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme zu motivieren.

¹ Die kursiv geschriebenen Begriffe werden im Glossar erklärt.

1. Die Deutsche Rentenversicherung

Das Deutsche Sozialversicherungssystem

Das Deutsche Sozialversicherungssystem ist sehr komplex und erscheint auf den ersten Blick oft undurchschaubar und verwirrend. Vereinfacht beschrieben

Die Deutsche Rentenversicherung ist eine wichtige Säule des Deutschen Sozialversicherungssystems.

besteht es aus fünf Säulen. Die Gesetzliche Rentenversicherung² (kurz: GRV) bildet neben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV), der Gesetzlichen Arbeitslosenversicherung (GAV) und der Gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) eine dieser fünf Säulen. Jede

Säule sichert mit Hilfe verschiedener Leistungen und Maßnahmen ein bestimmtes Risiko ab, mit dem Menschen im Laufe ihres Lebens konfrontiert sein können (siehe auch Abb.1).

Die Rentenversicherung sichert alle bei ihr Versicherten primär im Alter sowie im Falle von *Erwerbsunfähigkeit* ab. Ihre Leistungen umfassen *Altersrente*, *Erwerbsminderungsrente* und die *Hinterbliebenenrente* sowie die

medizinische Rehabilitation und die *berufliche Rehabilitation*.

Die Krankenversicherung sichert den Krankheitsfall und die mit ihm verbundenen Folgen ab. In ihre Zuständigkeit fallen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, Präventions- und rehabilitative Maßnahmen sowie die Primärversorgung (*ambulante* Behandlung durch niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten, Heilberufe etc.) und die akutmedizinische Versorgung (*stationäre* Versorgung im Krankenhaus).

Die Unfallversicherung sichert Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ab. Neben der Prävention von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten ist sie zuständig für Rehabilitationsmaßnahmen und Renten nach Arbeitsunfällen, Wegeunfällen oder bei Berufskrankheiten.

Die Arbeitslosenversicherung gewährt im Falle von Arbeitslosigkeit finanzielle Unterstützung, berät bei der Arbeitsplatz- und Ausbildungssuche und fördert die Erwerbstätigkeit durch weitere nicht monetäre Leistungen.

DAS DEUTSCHE SOZIALVERSICHERUNGSSYSTEM

Rentenversicherung	Krankenversicherung	Unfallversicherung	Arbeitslosenversicherung	Pflegeversicherung
<ul style="list-style-type: none"> • Zahlung von Altersrenten • Zahlung von Renten im Fall der Erwerbsminderung • Zahlung von Hinterbliebenenrenten • medizinische und berufliche Rehabilitation • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenbehandlung • Krankengeld • Präventionsmaßnahmen (z. B. Impfungen, Präventionskuren) • Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen • medizinische Rehabilitation • 	<ul style="list-style-type: none"> • Prävention von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren • Rehabilitation nach Arbeitsunfällen oder bei Berufskrankheiten • Zahlung von Renten nach Arbeitsunfällen, Wegeunfällen, bei Berufskrankheiten • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungen im Fall der Arbeitslosigkeit • unterstützende Maßnahmen zur Förderung der Erwerbstätigkeit • Beratung zu Arbeitsplatz- und Ausbildungssuche und Bewerbungen • Arbeitsvermittlung • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungen zur stationären und häuslichen Pflege • Pflegehilfsmittel und technische Hilfen • Sozialleistungen für pflegende Personen • Pflegekurse • ...

Wichtig: Die Rehabilitationsleistungen der Krankenversicherung werden im Alltag häufig auch mit dem Begriff „Kur“ bezeichnet. Dabei handelt es sich um einen veralteten Begriff für Rehabilitation, der im Gesetzestext des Sozialgesetzbuches V nicht mehr verwendet wird.

Abb. 1: Die fünf Säulen des Deutschen Sozialversicherungssystems

² Mit dem Begriff der ‚Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV)‘ wird die Versicherung als solche bezeichnet, während mit dem Begriff ‚Deutsche Rentenversicherung (DRV)‘ die Institution bezeichnet wird, die die Gesetzliche Rentenversicherung regelt.

Die Pflegeversicherung bietet im Falle einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit finanzielle Unterstützung.

Neben der Rentenversicherung bieten also auch die Krankenversicherung und die Unfallversicherung Rehabilitationsmaßnahmen an. Diese Maßnahmen unterscheiden sich jedoch hinsichtlich des behandelten Personenkreises und des Behandlungsziels von der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Personenkreis und Behandlungsziel ergeben sich aus dem Risiko, das durch den jeweiligen Versicherungsträger abgesichert wird.

Die Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherung richten sich an Personen, deren Erwerbsfähigkeit durch gesundheitliche Schäden gefährdet oder bereits gemindert ist. Das Ziel der Rehabilitationsmaßnahmen

der Rentenversicherung besteht darin, diese Gesundheitsschäden zu beheben oder soweit zu verbessern, dass die Erwerbsfähigkeit der betroffenen Person wiederhergestellt und eine *Erwerbsminderung* bzw. Erwerbsunfähigkeit abgewendet werden kann. Mit anderen Worten: sie kann wieder ihrer Arbeit nachgehen.

Die Rehabilitationsmaßnahmen der Unfallversicherung richten sich an

Personen, die einen Arbeits- oder Wegeunfall erlitten haben, an einer Berufskrankheit leiden oder von einer solchen Krankheit bedroht sind. Ziel ist es hier, die Folgen eines Unfalles zu beheben oder abzumildern bzw. den Auswirkungen einer Berufskrankheit entgegenzuwirken, so dass die betroffene Person idealerweise weiterhin in ihrem Beschäftigungsverhältnis verbleiben kann.

Die Rehabilitationsmaßnahmen der Krankenversicherung schließlich zielen darauf ab, einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, eine ggf. bereits vorhandene Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu beseitigen, sie zu mindern oder eine Verschlimmerung abzuwenden.

Im Folgenden wird die Deutsche Rentenversicherung als die uns in diesem Wegweiser interessierende Säule des Deutschen Sozialversicherungssystems genauer vorgestellt.

Struktur, Aufbau und Organisation der Deutschen Rentenversicherung

Die Deutsche Rentenversicherung (kurz: DRV) besteht aus zwei bundesweiten Trägern – der Deutschen Rentenversicherung Bund (40 % der Versicherten) und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (5 % der Versicherten) – und 14 Regionalträgern (55 % der Versicherten). Diese Regionalträger sind die:

- Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd
- Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
- Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
- Deutsche Rentenversicherung Hessen
- Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
- Deutsche Rentenversicherung Nord
- Deutsche Rentenversicherung Nordbayern
- Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz
- Deutsche Rentenversicherung Saarland
- Deutsche Rentenversicherung Schwaben
- Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Die insgesamt 57 Millionen bei der Deutschen Rentenversicherung Versicherten werden jeweils von einem Rentenversicherungsträger betreut. Er ist für sie der richtige Ansprechpartner für die Beantragung von Renten und Rehabilitationsmaßnahmen. Jedem Versicherten ist eine Versicherungsnummer zugeordnet. Diese sowie der zuständige Rentenversicherungsträger werden jedem neu versicherten Arbeitnehmer schriftlich mitgeteilt. Der zuständige Rentenversicherungsträger kann aber auch bei der Deutschen Rentenversicherung Bund unter der kostenlosen Service-Telefonnummer (0800 1000 4800) oder bei der eigenen Krankenversicherung erfragt werden.

Welche Personen müssen Beiträge in die Rentenversicherung leisten?

Die Beiträge in die Deutsche Rentenversicherung müssen alle sozialversicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmer leisten. Für Bezieher von Arbeitslosengeld I übernimmt die Agentur für Arbeit den monatlichen Beitrag. Selbstständig beschäftigte Personen können entscheiden, ob sie in die Gesetzliche Rentenversicherung einzahlen wollen oder eine private Vorsorge abschließen. Die Entscheidungsfreiheit ist allerdings

! Je nach Versichertenkreis und Rehabilitationsziel bieten auch die Kranken- und die Unfallversicherung medizinische Rehabilitation an.

eingeschränkt für Selbstständige, die in speziellen Tätigkeiten ihr Einkommen erzielen. In folgenden Tätigkeiten sind Selbstständige versicherungspflichtig:

- Lehrer und Erzieher
- Pflegeberufe
- Hebammen und Entbindungspfleger
- Seelotsen
- Küstenschiffer und -fischer
- Künstler und Publizisten
- Hausgewerbetreibende
- Selbstständige mit einem Auftraggeber
- Handwerker, die in die Handwerksrolle eingetragen sind

Die Gesetzliche Rentenversicherung funktioniert nach dem Solidaritätsprinzip. Das bedeutet, dass die erwerbstätige Bevölkerung mit ihren Beiträgen die derzeitigen Renten und weitere Leistungen der Rentenversicherung (zum Beispiel medizinische und berufliche Rehabilitation) finanziert. Der Beitrag jedes Versicherten beträgt derzeit 18,7% seines Bruttoverdienstes. Die eine Hälfte trägt er als Arbeitnehmer selbst, die

andere Hälfte der Arbeitgeber. Verdient ein Versicherter oder eine Versicherte im Jahr 2016 monatlich mehr als 6.200 € brutto in den alten Bundesländern beziehungsweise mehr als 5.400 € brutto in den neuen Bundesländern, so wird die sogenannte *Beitragsbemessungsgrenze* überschritten. In diesem Fall werden maximal

1.159,40 € in den alten Bundesländern beziehungsweise 1.009,80 € in den neuen Bundesländern bezahlt. Welche genaue Summe zu entrichten ist, kann der Gehaltsabrechnung (Monats- oder Jahresabrechnung) entnommen werden.

Die Beitragsbemessungsgrenze kann sich von Jahr zu Jahr ändern.

Angebote und Leistungen der Deutschen Rentenversicherung

Um ihrem Auftrag nachzukommen, ihre Versicherten im Alter sowie im Fall von Erwerbsunfähigkeit und Tod abzusichern, bietet die Deutsche Rentenversicherung folgende zentrale Leistungen an:

Rentenleistungen

- Altersrente
- Erwerbsminderungsrente
- Hinterbliebenenrente (Witwenrente, Waisenrente, Erziehungsrente)

Rehabilitationsleistungen

- Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation
- Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)

Alle entscheidenden Regelungen zu den Renten- und Rehabilitationsleistungen sind in den deutschen Sozialgesetzbüchern (abgekürzt: SGB) enthalten. Die in diesem Wegweiser benannten Gesetze sind am Ende des Wegweisers aufgeführt.

Rentenleistungen

Welche Rentenleistungen die Deutsche Rentenversicherung anbietet, wird im Folgenden dargestellt.

Zahlung einer Rente nach Austritt aus dem Berufsleben

Die Rentenversicherung ist dafür zuständig, im Alter eine Rente an die nicht mehr erwerbstätige Bevölkerung zu zahlen (§ 35, 36 SGB VI). Das Renteneinstiegsalter wird derzeit schrittweise auf 67 Jahre angehoben (Regelaltersrente). Voraussetzung für die Regelaltersrente ist, dass mindestens fünf Jahre Versicherungszeit in der Rentenversicherung vorhanden sind. Hier zählen in erster Linie Beitragszeiten, dazu gehören auch Kindererziehungszeiten. Die Höhe der Bruttorente, also die Rente, die jemand vor Abzug der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge erhält, wird in Abhängigkeit der bis dahin eingezahlten Beiträge in die Rentenversicherung bestimmt. Sie ist also abhängig von den Erwerbsjahren sowie dem Arbeitseinkommen.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann die Altersrente bereits mit 63 Jahren bezogen werden. Wie dies möglich ist, kann bei der Deutschen Rentenversicherung erfragt werden. Ebenso gibt sie Auskunft darüber, welche Voraussetzungen für den Erhalt der Altersrente erfüllt werden müssen und welches Recht im individuellen Fall gilt.

! Alle sozialversicherungs-pflichtig Beschäftigte leisten Beiträge in die Deutsche Rentenversicherung.

Absicherung im Fall der Erwerbsminderung (Erwerbsminderungsrente)

Kommt es im Laufe des Arbeitslebens zu einer nicht durch Rehabilitationsmaßnahmen abwendbaren Erwerbsminderung auf Grund von Krankheit oder Behinderung, zahlt die Rentenversicherung eine sogenannte Erwerbsminderungsrente (§ 43 SGB VI). Diese kann in halber oder voller Höhe gezahlt werden, je nachdem ob die betroffene Person ihren Beruf oder einen Verweissungsberuf (Beruf, der dem Versicherten zugemutet werden kann, um seinen Lebensunterhalt zu bestreiten, wenn der bisherige Beruf nicht ausgeübt werden kann) mit den vorhandenen Einschränkungen in geringerem Umfang weiter ausüben kann oder nicht. Die Erwerbsminderungsrente errechnet sich aus der Höhe der eingezahlten Beiträge des Versicherten. Wie hoch die Erwerbsminderungsrente tatsächlich ausfällt, wird in jedem Einzelfall individuell berechnet. Da es sich bei der Erwerbsminderungsrente um eine vorzeitige Inanspruchnahme der Rentenleistung handelt, müssen Betroffene auch Abschläge bei der späteren Altersrente in Kauf nehmen. Das bedeutet, sie bekommen nicht den vollen Betrag ausgezahlt, der ihnen sicher gewesen wäre, wenn sie das vorgegebene Rentenalter erreicht hätten. Die Abschläge betragen maximal 10,8%. Eine Erwerbsminderungsrente ist immer eine befristete Rente, die für maximal drei Jahre vom Rentenversicherungsträger bewilligt wird. Im Anschluss wird eine erneute Bewilligung geprüft. Hat sich der Gesundheitszustand nach neun Jahren nicht verbessert, wird eine unbefristete Erwerbsminderungsrente gezahlt.

Rente wegen Todes (Hinterbliebenenrente)

Die Deutsche Rentenversicherung zahlt unter bestimmten Voraussetzungen und auf Antrag eine Rente an die Hinterbliebenen des verstorbenen Versicherten. Dabei handelt es sich um Witwenrente, Waisenrente und Erziehungsrente (§ 46, 47, 48 SGB VI). Die Witwenrente oder auch Witwerrente wird an hinterbliebene Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner gezahlt. Es gibt „kleine“ und „große“ Witwenrente. Die kleine Witwenrente entspricht einem Viertel der Rente, die der verstorbene Ehe- bzw. Lebenspartner erhalten hätte, wenn er das Rentenalter erreicht hätte, oder die er bereits bezog. Sie ist auf zwei Jahre begrenzt. Bei der großen Witwenrente sind es normalerweise 55%. Die Waisenrente wird an die Kinder des verstorbenen Versicherten bis zum 18. Geburtstag (unter bestimmten Voraussetzungen bis zum 27. Geburtstag) gezahlt. Eine Vollwaisenrente erhält das Kind, wenn beide Eltern verstorben sind; eine Halbwai-

senrente, wenn noch ein Elternteil lebt. Die Vollwaisenrente beträgt 20%, die Halbwaisenrente 10% der Rente, auf die der verstorbene Versicherte Anspruch gehabt hätte, wenn er das Rentenalter erreicht hätte, oder die er schon zu seinen Lebzeiten erhielt. Waisenrenten werden ggf. um einen Zuschlag erhöht. Die Erziehungsrente können Geschiedene, die Kinder erziehen und deren geschiedener Ehe- oder eingetragener Lebenspartner verstorben ist, beantragen. Dabei handelt es sich allerdings nicht um die Rente des Verstorbenen, sondern um die Rente aus der Versicherung des Geschiedenen. Die Höhe der Erziehungsrente entspricht der Rentenhöhe, die wegen voller Erwerbsminderung gezahlt würde. Die Erziehungsrente ist auch möglich, wenn sich die Ehe- oder eingetragenen Lebenspartner für ein Rentensplitting entschieden haben.

Welche Voraussetzungen für den Erhalt der Hinterbliebenenrente erfüllt werden müssen und welches Recht im individuellen Fall gilt, kann bei der Deutschen Rentenversicherung erfragt werden.

Rehabilitationsleistungen

Die Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung (§ 9 SGB VI) werden im Folgenden erläutert.

Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung richtet sich an Personen, deren Erwerbsfähigkeit durch gesundheitliche Schäden gefährdet oder bereits gemindert ist. Ihr Ziel ist es, diese Gesundheitsschäden mit geeigneten Therapien zu beheben oder soweit abzumildern, dass die Erwerbsfähigkeit der betroffenen Person wiederhergestellt

! Das Ziel: die Erwerbsfähigkeit wiederherstellen oder verbessern.

oder verbessert werden kann. Folglich soll eine Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit abgewendet werden. Mit anderen Worten: Sie können wieder arbeiten. Aus diesem Grund haben die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Vorrang vor Rentenleistungen. Das heißt, dass eine frühzeitige, erkrankungsbedingte Rente (Erwerbsminderungsrente) nur dann gewährt wird, wenn der Gesundheitszustand und damit die Erwerbsfähigkeit mit Hilfe einer medizinischen Rehabilitation nicht mehr ausreichend verbessert werden können.

Personen, die Anspruch auf die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung haben, sind in der Regel erwerbsfähige chronisch

Auf die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung haben in der Regel erwerbsfähige chronisch Kranke Anspruch.

Kranke. Die medizinische Rehabilitation dauert in der Regel drei Wochen. Die Rehabilitation bei psychischen bzw. *psychosomatischen* Erkrankungen dauert dagegen grundsätzlich fünf Wochen. Am häufigsten nehmen Personen mit chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparates (wie Bandscheibenschäden, chronischen Rückenschmerzen, *rheumatischen*

Erkrankungen) und Personen mit psychischen Erkrankungen (wie *Depressionen*, *Psychosen*) die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch. Unter die medizinische Rehabilitation fällt aber auch die sogenannte *Anschlussheilbehandlung*, die direkt an einen Krankenhausaufenthalt (etwa an eine Bandscheibenoperation) anschließt. Sie dauert in der Regel ebenfalls drei Wochen, kann je nach *Diagnose* jedoch – wie die allgemeine medizinische Rehabilitation – verkürzt oder verlängert werden. Normalerweise wird sie bereits im Krankenhaus beantragt. Unterstützung bei der Beantragung erhalten Betroffene beim Sozial-

dienst des Krankenhauses. Zusätzlich bietet die Deutsche Rentenversicherung Rehabilitationsmaßnahmen für Versicherte und Rentner sowie ihre Angehörigen mit Krebserkrankungen und Rehabilitationsmaßnahmen für chronisch kranke Kinder und Jugendliche an. Außerdem zählen auch Entwöhnungsbehandlungen bei *Suchterkrankungen* (wie der Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten) zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung.

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erhält der Betroffene verschiedene Maßnahmen und Therapien, die auf sein individuelles Gesundheitsproblem und Rehabilitationsziel abgestimmt sind, wie Krankengymnastik, psychologische Gruppengespräche oder sozialdienstliche Beratung. Ein Rehabilitationsteam setzt diese Maßnahmen um und begleitet den Patienten während seines Aufenthaltes in der Rehabilitationseinrichtung.

Berufliche Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)

Wie die medizinische Rehabilitation gehört die berufliche Rehabilitation zu den Leistungen der Deutschen Rentenversicherung, die die Teilhabe am Erwerbsleben ermöglichen sollen. Die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation kommen dann zum Einsatz, wenn es mit

Medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Für Kinder und Jugendliche bietet die Rentenversicherung Rehabilitationsleistungen an, wenn sie an einer Krankheit (etwa der Atemwege, der Haut, des Herz-Kreislaufsystems) leiden, die ihre körperliche und geistige Entwicklung erheblich beeinträchtigen und ihre Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit dauerhaft einschränken könnte. Ziel ist es, die Kinder und Jugendlichen frühzeitig zu behandeln, um ihnen die Chance zu geben, sich in die Schule, Alltag und später in den Arbeitsmarkt einzugliedern.

Eine Kinderrehabilitation ist in der Regel bis zum 18. Lebensjahr möglich (unter bestimmten Voraussetzungen sogar bis zum 27. Lebensjahr). Da Kinder und Jugendliche keine eigenen Beiträge in die Rentenversicherung einzahlen, müssen die Eltern bestimmte versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllen. Hierzu informieren die Mitarbeiter der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation.

Bis zum 8. Geburtstag ist eine Begleitung des Kindes während der Rehabilitation grundsätzlich möglich. Sind die Kinder älter, können sie begleitet werden, wenn es aus medizinischer Sicht erforderlich ist. Die Deutsche Rentenversicherung übernimmt die Kosten für eine Begleitperson (Reisekosten, Unterkunft und Verpflegung sowie gegebenenfalls den Gehaltsausfall). Bis zum 15. Geburtstag kann das Kind bei der An- und Abreise begleitet werden. Der Arbeitgeber muss in den meisten Fällen unbezahlten Urlaub gewähren. Es sollte auf jeden Fall vorher mit ihm gesprochen werden. Die Deutsche Rentenversicherung erstattet den Gehaltsausfall auf Antrag.

Die Rehabilitation findet normalerweise während der Schulzeit statt. Sie dauert vier Wochen (falls erforderlich auch länger) und erfolgt in speziellen Kinderrehabilitationseinrichtungen. Dort bekommen die Kinder neben der Behandlung auch Schulunterricht. Das Lehrpersonal ist fester Bestandteil dieser Rehabilitationseinrichtungen. Die Schule im Heimatort muss das Kind für die Rehabilitation freistellen.

Hilfe der Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation nicht gelingt, den Patienten wieder an seinen bisherigen Arbeitsplatz oder in seinen erlernten Beruf einzugliedern.

Die berufliche Rehabilitation kann daher auch an einen Rehabilitationsaufenthalt anschließen. Die Deutsche Rentenversicherung bietet unterschiedliche Maßnahmen an. Ist die Erwerbstätigkeit grundsätzlich möglich, unterstützt die Deutsche Rentenversicherung je nach medizinischem Bedarf unter anderem durch Arbeitsplatzanpassungen bzw. -umgestaltungen oder Hilfsmittelversorgung (z. B. spezielle *orthopädische* Stühle, höhenverstellbare Tische, Aufzug, Rampe etc.), wenn sie zur Berufsausübung erforderlich sind bzw. notwendige Veränderungen am Arbeitsplatz nicht vom Arbeitgeber zu realisieren sind. Je nach Schwere der Erkrankung oder Behinderung finanziert die Deutsche Rentenversicherung auch eine Arbeitsassistenz über einen Zeitraum von drei Jahren. Die Arbeitsassistenz wird von der erwerbsgeminderten Person zur Unterstützung bei den Arbeitsanforderungen eingesetzt. Sie kann eine behinderte Person z. B. begleiten, ihr Texte vorlesen oder Texte schreiben. Wenn nach drei Jahren weiterhin

Unterstützung benötigt wird, kann sich der Betroffene an das Integrationsamt wenden.

Zusätzlich sind auch behindertengerechte Anpassungen des Wohnraumes möglich, wenn dadurch sichergestellt wird, dass der Arbeitsplatz barrierefrei erreicht werden kann. Auch Kraftfahrzeughilfen schließt die Deutsche Rentenversicherung ein. Diese ermöglichen Zuschüsse für die Beschaffung eines Autos oder die behindertengerechte Zusatzausstattung des Autos. Ebenfalls ist es möglich, die Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder einem Transportdienst zu beantragen oder eine Fahrerlaubnis zu erwerben.

Kann der bisherige Beruf generell nicht mehr ausgeübt werden, bietet die Deutsche Rentenversicherung Umschulungs- oder Weiterbildungsmaßnahmen an. Diese sollten längstens zwei Jahre dauern, können aber je nach Bedarf verlängert werden. Die Rentenversicherung unterstützt finanziell auch auf dem Weg in die Selbstständigkeit mit einem Gründungszuschuss.

In den folgenden Kapiteln geht es speziell um die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung.

Das Wichtigste in Kürze

- Die Deutsche Rentenversicherung ist neben der Krankenversicherung, Unfallversicherung, Arbeitslosenversicherung und Pflegeversicherung eine wichtige Säule des Sozialversicherungssystems.
- Alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigte müssen Beiträge in die Deutsche Rentenversicherung leisten.
- Die Deutsche Rentenversicherung finanziert Altersrente, Erwerbsminderungsrente, Hinterbliebenenrente sowie die Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation für chronisch kranke Menschen. Grundsatz: Reha vor Rente!
- Das Ziel der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ist, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen oder zu verbessern.
- Auch die Krankenversicherung und die Unfallversicherung bieten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an. Diese unterscheiden sich hinsichtlich des Behandlungskreises und des Rehabilitationsziels von der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ab.
- Die Deutsche Rentenversicherung bietet Rehabilitationsleistungen für chronisch kranke Menschen, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet oder gemindert ist, für chronisch kranke Kinder und Jugendliche, für Rentner und deren Angehörigen mit Krebserkrankungen und für Suchtkranke an.

2. Grundlagen: Die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung

Wo findet die medizinische Rehabilitation statt?

Die medizinische Rehabilitation kann grundsätzlich stationär oder ganztägig ambulant durchgeführt werden. Ob eine stationäre oder ambulante Rehabilitation

! Die medizinische Rehabilitation kann ganztägig ambulant oder stationär durchgeführt werden.

angezeigt ist, hängt von der Erkrankung, dem Rehabilitationsziel und den persönlichen Wünschen und Voraussetzungen des Patienten ab. Dabei wird jedoch zuerst versucht, das Rehabilitationsziel mit einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme abzudecken. Sollte dies nicht möglich sein, wird der Patient an

eine stationäre Rehabilitationseinrichtung verwiesen. In der stationären Rehabilitation sind Patienten in einer Rehabilitationseinrichtung untergebracht und erhalten neben den therapeutischen Leistungen auch die Übernachtung und Verpflegung vor Ort. Bei der ganztägig ambulanten Rehabilitation verbringen die Patienten den ganzen Tag (inklusive Verpflegung) in der Rehabilitationseinrichtung, übernachten jedoch zu Hause.

Die stationäre Rehabilitation hat den Vorteil, dass sich der Patient und das behandelnde Rehabilitationsteam mehrere Wochen lang auf das Gesundheitsproblem und dessen Behandlung konzentrieren können und der Patient nicht durch andere Verpflichtungen abgelenkt oder zusätzlich belastet wird. Oftmals sind die stationären Rehabilitationseinrichtungen auf bestimmte Krankheitsbilder spezialisiert, so dass dort sowohl entsprechend spezialisiertes Fachpersonal als auch Personen mit ähnlichen Problemen, mit denen sich der Patient austauschen kann, anzutreffen sind. Bei der ganztägig ambulanten Rehabilitation nimmt der Patient an der Rehabilitationsmaßnahme in der Nähe des Wohnorts teil. Somit wird er nicht über mehrere Wochen von seinen Angehörigen und seinem Lebensumfeld getrennt und kann sie auch in die Therapie mit einbeziehen. Zudem lassen sich die in der Rehabilitationsmaßnahme neu erlernten Fähigkeiten direkt im gewohnten Umfeld umsetzen.

Der Rentenversicherungsträger wählt diejenige Einrichtung aus, die für die vorliegende Erkrankung die beste Behandlung bietet. Auf diese Weise erhält der Betroffene die besten Chancen auf den Behandlungserfolg.

Der Betroffene selbst kann die Auswahl von Rehabilitationssort und -einrichtung auch beeinflussen. Denn als Leistungsempfänger hat er laut § 9 SGB IX ein „Wunsch- und Wahlrecht“. Berücksichtigt werden dabei die persönliche Situation, das Alter, das Geschlecht, die familiäre Situation sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse. Berechtigte Wünsche können bereits bei der Antragstellung angegeben werden. Dafür kann der Antragsteller ein Schreiben, in dem er die gewünschte Rehabilitationseinrichtung benennt und die Wahl auch begründet, aufsetzen. Die Wunscheinrichtung kann aber auch vom Arzt im Befundbericht mit einer Begründung vermerkt werden. Der Wunsch, in einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung die Rehabilitation anzutreten, kann sich auf die Entfernung zum Wohnort, auf bestimmte Angebote, den Einrichtungsort oder auf einen bestimmten Zeitraum beziehen.

Die Gründe sollten dabei persönlich und individuell beschrieben werden, z. B.:

- weil sich diese Einrichtung in der Nähe Ihres Wohnorts befindet, so dass Ihre Familie Sie häufig besuchen kann, da Sie und Ihre Kinder großes Heimweh haben
- weil Sie während Ihrer Rehabilitation Abstand von Ihrer Familie und Ihren Verwandten benötigen und diese Rehabilitationseinrichtung weiter weg von Ihrem Wohnort ist, so dass Sie nicht ständig Besuch bekommen werden
- weil Sie in der Nähe der Rehabilitationseinrichtung Verwandte haben, die während Ihrer Rehabilitation Ihre Kinder betreuen können
- weil sich in der Nähe der Rehabilitationseinrichtung eine Moschee befindet
- weil eines Ihrer Geschwister in dieser Einrichtung eine Rehabilitationsmaßnahme erfolgreich abgeschlossen hat

TIPP:

Geben Sie bereits bei der Antragstellung an, in welche Rehabilitationseinrichtung Sie möchten.



- weil Sie zu einem anderen Zeitpunkt (als in dem Rehabilitationsbescheid angegeben) eine gute Betreuungsmöglichkeit für Ihre Kinder haben
- weil der im Rehabilitationsbescheid mitgeteilte Zeitraum der Rehabilitation in den Fastenmonat Ramadan fällt und Sie während dieser Zeit nicht in die Rehabilitation möchten
- weil in Ihrer Wunscheinrichtung eine bestimmte Behandlung angeboten wird, die es in anderen Rehabilitationseinrichtungen nicht gibt
- weil in dieser Rehabilitationseinrichtung Personal beschäftigt wird, welches Ihre Muttersprache spricht

Die Begründung könnte dann z. B. so aussehen:

„Ich möchte in einer Rehabilitationseinrichtung in der Nähe meines Wohnorts behandelt werden, weil ich kleine

Kinder habe, die ich sehr vermissen werde und die mich sehr vermissen werden. Ich befürchte, dies würde sich negativ auf meinen Behandlungserfolg auswirken. In der wohnortnahen Rehabilitationseinrichtung können sie mich häufig besuchen“

oder:

„Ich möchte in dieser Rehabilitationseinrichtung behandelt werden, weil sie türkischsprachiges Personal beschäftigt und sich eine Moschee in der Nähe befindet. Es fällt mir leichter, mich in meiner Muttersprache zu verständigen, so dass ich einen besseren Behandlungserfolg erwarte. Zudem gehört das Gebet in der Moschee zu einem festen Bestandteil meines Lebens. Mein Gebet kann ich in der nahe der Rehabilitationseinrichtung gelegenen Moschee ausführen.“

Der Rentenversicherungsträger prüft die Angaben und die Begründung des Versicherten. Ist eine Rehabilitationsmaßnahme am gewünschten Ort bzw. in der gewünschten Einrichtung teurer oder kann nicht der gleiche Erfolg wie in einer durch die Deutsche Rentenversicherung vorgeschlagenen Einrichtung erzielt werden, kann der Rentenversicherungsträger den gewünschten Ort bzw. die gewünschte Einrichtung ablehnen. Gegen diese Entscheidung kann ein begründeter Widerspruch bei der Deutschen Rentenversicherung eingereicht werden.

Wunsch- und Wahlrecht

Was bedeutet das genau? – Erklärung an einem Fallbeispiel

Frau R. hat seit langer Zeit starke Gelenkschmerzen, so dass sie bereits über mehrere Monate arbeitsunfähig ist. Ihre Krankenkasse weist sie darauf hin, einen Antrag auf medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung zu stellen. Ansonsten wird ihr Krankengeld gekürzt. Darüber spricht Frau R. bei ihrem wöchentlichen Frauentreffen in der Moschee. Dort erzählt ihr eine gute Bekannte, dass deren Cousine auch die medizinische Rehabilitation wahrgenommen hat und dafür für drei Wochen in eine 350 km entfernte Rehabilitationseinrichtung reisen musste. Das kommt für Frau R. nicht in Frage. So weit weg von ihren zwei Kindern, ihrem Ehemann und ihren Eltern in einer fremden Umgebung zu sein, kann sie sich nicht vorstellen. Zudem gehören das regelmäßige Beten und Frauentreffen in ihrer Moschee fest zu ihrem Leben dazu. Deshalb wendet sich Frau R. an ihre Krankenkasse, um ihre Situation zu beschreiben und nach anderen Möglichkeiten zu fragen. Die Mitarbeiterin der Krankenkasse erklärt Frau R., dass sie sich an die Auskunfts- und Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung wenden soll, und gibt ihr eine Adresse in der Nähe. Frau R. geht sofort hin. Von dem Mitarbeiter der Auskunfts- und Beratungsstelle erfährt sie, dass sie ein Wunsch- und Wahlrecht hat und damit ihre gewünschte Rehabilitationseinrichtung bereits beim Beantragen der Rehabilitation angeben kann. Der Mitarbeiter füllt mit Frau R. das Antragsformular aus. In einem gesonderten Schreiben benennt sie ihre Wünsche und beschreibt die Gründe, warum sie in der Nähe behandelt werden möchte. Den Antrag und das Schreiben lässt sie von dem Mitarbeiter der Auskunfts- und Beratungsstelle weiterleiten. Nach vier Wochen Wartezeit bekommt sie ein Schreiben von der Deutschen Rentenversicherung. Frau R. hat Glück: In der Nähe ihres Wohnorts ist noch ein Rehabilitationsplatz frei. Diesen kann sie bekommen, wenn sie sich innerhalb von sieben Tagen in die Rehabilitationseinrichtung begibt. Während ihres Rehabilitationsaufenthalts kommt ihr Ehemann sie mit den Kindern am Wochenende besuchen. Da von ärztlicher Seite keine Bedenken vorliegen, kann sie an einem vereinbarten Tag in die nahe liegende Moschee gehen.

Wer kann die medizinische Rehabilitation bekommen (Voraussetzungen)?

Um eine medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss der Versicherte versicherungsrechtliche, persönliche und aufenthaltsrechtliche Voraussetzungen erfüllen.

Um die **versicherungsrechtlichen Voraussetzungen** (§ 11 SGB VI) zu erfüllen, müssen die Betroffenen:

- die Wartezeit von 15 Jahren erfüllen oder Erwerbsminderungsrente beziehen oder
- in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate Rentenbeiträge geleistet haben oder
- innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder
- nach einer versicherten Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos sein, aber mindestens 1 Monat in die Rentenversicherung eingezahlt haben oder
- vermindert erwerbsfähig sein (oder wenn dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist) und die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben.

Bezieht der Betroffene Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, erfüllt er immer die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Bei Beziehen von Erwerbsminderungsrente ist es sogar ausdrücklich erwünscht, dass sie einen Antrag auf medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung stellen. Die Motivation der Deutschen Rentenversicherung ist es, chronisch Kranke vor einer frühzeitigen Rente zu bewahren und so lange wie möglich deren Erwerbsfähigkeit zu sichern. Deshalb befürwortet die Deutsche Rentenversicherung eine Antragstellung auf Rehabilitation, auch wenn bereits Erwerbsminderungsrente auf Zeit bezogen wird und diese noch für maximal ein Jahr bewilligt wurde. Bei Bezug einer Erwerbsminderungsrente auf Dauer ist die Krankenkasse für die Finanzierung der medizinischen Rehabilitation zuständig.

Auch bei Arbeitslosigkeit ist die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung grundsätzlich

möglich. Für Arbeitslosengeld-II-Empfänger, die schon über einen längeren Zeitraum arbeitslos sind, ist für die Beantragung und Durchführung der medizinischen Rehabilitation ebenfalls zunächst einmal die Deutsche Rentenversicherung verantwortlich. Voraussetzung hierfür ist, dass mindestens 60 Monate in die Rentenversicherung eingezahlt wurde. Wenn dies nicht der Fall ist, übernimmt die Krankenversicherung die Rehabilitationskosten.

! Für eine medizinische Rehabilitation müssen versicherungsrechtliche, persönliche und aufenthaltsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein.

Die **persönlichen Voraussetzungen** (§ 10 SGB VI) erfüllt der Betroffene, wenn:

- seine Erwerbsfähigkeit wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung oder Behinderung gemindert oder gefährdet ist (*Rehabilitationsbedarf*) und
- medizinische Rehabilitation die Erwerbsminderung abwenden kann oder die bereits bestehende geminderte Erwerbsfähigkeit wiederherstellen, verbessern oder deren Verschlechterung abwenden kann (*positive Rehabilitationsprognose*)
- und wenn vier Jahre seit der Inanspruchnahme der letzten Rehabilitationsmaßnahme vergangen sind (Bei dringlichem Bedarf kann auch schon vor Ablauf dieser Vierjahresfrist eine erneute Maßnahme erfolgen.).

Darüber hinaus muss der Patient rehabilitationsfähig sein (*Rehabilitationsfähigkeit*). Das bedeutet, dass er in der Lage sein muss, die Therapien sowohl körperlich, als auch seelisch in Anspruch zu nehmen. Hierzu gehört auch, dass der Patient sich mit den Mitarbeitern verständigen und den Antrag auf Deutsch ausfüllen kann. Ebenso muss der Patient motiviert sein, an der Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen (*Rehabilitationswilligkeit*).

Der Rehabilitationsbedarf sollte durch einen Arzt bescheinigt werden. Die eigentliche Entscheidung, ob eine Rehabilitationsmaßnahme der Deutschen Rentenversicherung tatsächlich angezeigt ist und die erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sind, fällt jedoch ausschließlich die Deutsche Rentenversicherung selbst.

Die **aufenthaltsrechtlichen Voraussetzungen** erfüllt der Betroffene, wenn er

- einen legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland hat und
- sozialversicherungspflichtig arbeitet

Asylbewerber und Flüchtlinge können keine Rehabilitation erhalten.

Kostenübernahme und Zuzahlungen

Die Rehabilitation sowie die Reise zur Rehabilitationseinrichtung werden von der Deutschen Rentenversicherung bezahlt. Der Versicherte muss bei der stationären Rehabilitation höchstens 10 € pro Tag dazu zahlen und dies auch nur für maximal 42 Tage. Das bedeutet, dass er maximal 420 € selbst tragen muss, auch wenn er eine länger als 42 Tage andauernde Behandlung erhält. Dabei werden auch die Aufenthalte im Krankenhaus angerechnet. Lag eine Person beispielsweise vor ihrem Rehabilitationsaufenthalt zehn Tage in einem Krankenhaus, müssen für die Rehabilitation nur noch 32 Tage zugezahlt werden. Die Höhe der Zuzahlung ist zudem vom Nettoeinkommen abhängig.

! Sie müssen höchstens 10 € pro Tag dazu zahlen.

Der Patient muss auch weniger oder gar nichts zuzahlen, wenn er ein geringes Nettoeinkommen hat und

- ein Kind erzieht oder
- selbst pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Pflegegeld hat oder
- sein Ehepartner pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Pflegegeld hat.



Wenn er eine dieser Voraussetzungen erfüllt und sein Nettoeinkommen unter einer bestimmten Grenze liegt, so gilt für das Jahr 2015 folgende gestaffelte Zuzahlung:

Nettoeinkommen	Zuzahlungsbetrag
unter 1.135,00 €	keine Zuzahlung
ab 1.135,00 €	9,00 €
ab 1.140,00 €	9,50 €
ab 1.200,00 €	10,00 €

Von Zuzahlungen befreit sind:

- Kinder und Jugendliche vor dem 18. Lebensjahr
- Bezieher von Krankengeld und *Übergangsgeld*

Arbeitslosengeld II-Empfänger und Personen, die Leistungen zur Grundsicherung erhalten (etwa Sozialhilfe), können einen Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen bei der Deutschen Rentenversicherung stellen.

Die ambulante Rehabilitation ist übrigens vollständig zuzahlungsfrei!

Haushaltshilfe und Kinderbetreuung

Patienten mit Familien und Kindern können bei der Deutschen Rentenversicherung vor Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme einen Antrag auf finanzielle Unterstützung für Haushaltshilfe und Kinderbetreuung für die Zeit ihres Rehabilitationsaufenthalts stellen. Der Antrag kann genehmigt werden, wenn:

- der Patient für die Betreuung der Kinder und die Haushaltsführung zuständig war und
- die im Haushalt lebenden Kinder unter zwölf Jahre alt sind oder
- Kinder mit Behinderung im Haushalt leben und auf Hilfe angewiesen sind (sie müssen unter 18 Jahre alt sein oder sich noch in einer Ausbildung befinden) und
- wenn keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt führen und die Kinder betreuen kann.

Die Deutsche Rentenversicherung stimmt einem Antrag auf Haushaltshilfe und Kinderbetreuung nur dann zu, wenn grundsätzlich keine andere Person aus dem näheren sozialen Umfeld des Patienten den Haushalt

und die Kinderbetreuung übernehmen kann. Wird der Antrag genehmigt, muss eigenständig eine Haushaltshilfe gesucht werden. Sie kann maximal acht Stunden

TIPP:

Überlegen Sie im Vorfeld, wer sich während Ihrer Rehabilitation um Ihre Kinder kümmern kann.

täglich im Haushalt eingesetzt werden. Zu den Aufgaben der Haushaltshilfe gehören alle Tätigkeiten, die zur Haushaltsführung gehören, wie z. B. putzen, kochen, waschen oder die Kinderbetreuung. Kann zu bestimmten Zeiten der Ehepartner/ Partner die Haushaltsführung übernehmen, darf die Haushaltshilfe nicht eingesetzt werden.

Informationen zur Höhe der Vergütung gibt es bei der Deutschen Rentenversicherung.

Werden die Voraussetzungen für die Haushaltshilfe und Kinderbetreuung nicht erfüllt, kann die Deutsche Rentenversicherung nach Antragstellung eine Kinderbetreuung bezuschussen, übernimmt aber nicht mehr den vollen Betrag.

Es besteht auch die Möglichkeit, das Kind in die Rehabilitationseinrichtung mitzunehmen, wenn es aus medizinischer Sicht möglich ist. Es muss sich mit der Einrichtung vereinbaren lassen und es müssen die Voraussetzungen für eine Haushaltshilfe erfüllt sein.

Bei Fragen zur Haushaltshilfe und Kinderbetreuung während der Rehabilitation helfen die Mitarbeiter der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung.

Wer sichert den Lebensunterhalt während der medizinischen Rehabilitation?

Im Krankheitsfall sowie für die Zeit der Rehabilitation haben Arbeitnehmer Anspruch auf Gehaltsfortzahlungen durch den Arbeitgeber für einen Zeitraum von sechs Wochen. Nach Ablauf dieser sechs Wochen kann der Versicherte Übergangsgeld für die Dauer der medizinischen Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung beantragen. Das Übergangsgeld ist die ergänzende Leistung der Deutschen Rentenversicherung, um bei Teilnahme an einer Rehabilitation eine finanzielle Absicherung zu gewährleisten. Es wird sowohl bei stationärer als auch bei ambulanter medizinischer Rehabilitation gezahlt. Die Voraussetzung ist jedoch, dass der Versicherte unmittelbar vor dem Beginn der medi-

zinischen Rehabilitation oder vor der vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit erwerbstätig war und Rentenversicherungsbeiträge geleistet hat.

Das Übergangsgeld liegt bei Versicherten ohne Kinder bei etwa 68 %, bei Versicherten mit Kindern bei etwa 75 % des letzten Nettogehalts. Bei freiwillig versicherten Personen berechnet sich das Übergangsgeld aus 80 % des durchschnittlichen Monatseinkommens des vergangenen Kalenderjahres, für das sie Beiträge in die Rentenversicherung geleistet haben.

Bezog der Versicherte vor der Rehabilitation Arbeitslosengeld I, erhält er unter bestimmten Voraussetzungen Übergangsgeld in Höhe der bisherigen Leistungen von der Arbeitsagentur. Bezog er vor der medizinischen Rehabilitation Arbeitslosengeld II, so erhält er es während der medizinischen Rehabilitation vom Träger der Grundsicherung weiter.

Sollte die Höhe des Übergangsgeldes unter dem Existenzminimum liegen, so kann der Betroffene weitere Sozialleistungen beim zuständigen Träger der Sozialversicherung beantragen, um das Existenzminimum zu sichern.

Kann ich meinen Arbeitsplatz verlieren, wenn ich in die Rehabilitation gehe?

In Betrieben mit mehr als zehn Angestellten gilt das Kündigungsschutzgesetz. Darin ist festgelegt, unter welchen Voraussetzungen der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer kündigen darf. Für eine krankheitsbedingte Kündigung müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Prognose des Krankheitsverlaufs muss schlecht sein (negative Gesundheitsprognose). Das bedeutet, dass die Arbeitsfähigkeit über einen längeren Zeitraum nicht gegeben ist.
- Es kommt zur Beeinträchtigung der betrieblichen und wirtschaftlichen Interessen des Arbeitgebers durch die Fehlzeiten des Arbeitnehmers. Dies ist der Fall bei lang andauernden Erkrankungen, bei immer wieder kurzzeitig auftretenden Erkrankungen und bei Verringerung der Arbeitsleistung.

! Während der Rehabilitation sind Sie finanziell abgesichert.

- Es muss eine sozial gerechtfertigte Kündigung vorliegen, das bedeutet, dass der Arbeitgeber die Dauer der Betriebszugehörigkeit, das Lebensalter, die familiäre Situation sowie bestehende Schwerbehinderungen berücksichtigen muss.

Bevor der Arbeitgeber eine Kündigung ausspricht, muss er zunächst Gespräche zum sogenannten *Betrieblichen Eingliederungsmanagement* (BEM) aufnehmen (§ 84 Abs. 2 SGB IX). Dazu ist er bei jedem Beschäftigten, der innerhalb eines Jahres über einen Zeitraum von länger als sechs Wochen durchgehend (ununterbrochen) oder wiederholt arbeitsunfähig (krankgeschrieben) ist, verpflichtet. Die Teilnahme des Arbeitnehmers am BEM-Gespräch ist freiwillig. Dabei erörtert der Arbeitgeber in Anwesenheit – bei vorheriger Zustimmung des Betroffenen – von Betriebs- oder Personalrat bzw. der Schwerbehindertenvertretung (bei schwerbehinderten Beschäftigten) alle Lösungsmöglichkeiten, um eine Arbeitsunfähigkeit abzuwenden und den Arbeitsplatz zu erhalten. Falls nötig, kann auch der Betriebs- bzw. Werksarzt hinzugezogen werden. Sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und/oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben Gegenstand des BEM-Gesprächs, so sollten auch Mitarbeiter der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation oder Mitarbeiter des Integrationsamtes (bei schwerbehinderten Beschäftigten) am Gespräch teilnehmen.

! Medizinische Rehabilitation allein ist kein Kündigungsgrund.

Im Falle einer Rehabilitationsmaßnahme sollen Betroffene dazu befähigt werden, weiterhin erwerbstätig zu sein. Dies ist auch von dem Arbeitgeber gewünscht. Daher ist eine Kündigung wegen der Inanspruchnahme einer Rehabilitation zunächst einmal ausgeschlossen. Das

heißt, es kann dem Betroffenen nicht gekündigt werden, nur weil er in die Rehabilitation geht. Jeder sollte die Rehabilitation als Chance sehen, weiterhin in seinem Beruf arbeiten zu können. Sollte dies nicht der Fall sein, bietet die Deutsche Rentenversicherung weitere berufliche Maßnahmen – z. B. Arbeitsplatzanpassung oder Umschulungen – an, die sowohl Arbeitnehmer als auch Arbeitgeber in Anspruch nehmen können (= berufliche Rehabilitation).

Wenn der Patient allerdings einen zeitlich befristeten Arbeitsvertrag hat, kann es passieren, dass dieser während der Krankheitsperiode bzw. während der Rehabilitation ausläuft und nicht verlängert wird. In kleineren Betrieben mit weniger als zehn Mitarbeitern

gilt das Kündigungsschutzgesetz übrigens nicht.

Wichtig ist, dass Patienten bereits vor ihrem Rehabilitationsaufenthalt mit ihrem Arbeitgeber in Kontakt treten, ihm die Problematik erläutern und gemeinsam überlegen, wie es nach der Rehabilitation weiter gehen kann.

TIPP:

Sprechen Sie vor Ihrem Rehabilitationsaufenthalt mit Ihrem Arbeitgeber.

Welche Auswirkungen hat die Rehabilitation auf Sozialversicherungsbeiträge und die spätere Rente?

Während des Bezugs von Übergangsgeld bleibt der Patient weiter sozialversichert. Die Deutsche Rentenversicherung übernimmt die Beiträge zur Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung.

Da die Deutsche Rentenversicherung die Beiträge zur Rentenversicherung während der Rehabilitation trägt, wirkt sich diese nicht negativ auf die Höhe der späteren Rente aus. Auch wenn mehrere Rehabilitationsmaßnahmen erfolgen, vermindern diese nicht den Rentenanspruch. Die Voraussetzung für den Erhalt einer Altersrente ist, dass mindestens 60 Monate Beiträge (allgemeine Wartezeit) zur Gesetzlichen Rentenversicherung geleistet wurden. Dies gilt auch für Migranten, die im Rentenalter in ihr Heimatland zurückkehren.

! Die Rehabilitation wirkt sich nicht auf die spätere Rente aus.

Beitragsersatzung statt Rente

Unter bestimmten Voraussetzungen können die eingezahlten Rentenbeiträge erstattet werden. Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit können sich ihre Beiträge grundsätzlich nur dann erstatten lassen, wenn sie die Regelaltersgrenze erreicht und weniger als 60 Monate lang (allgemeine Wartezeit) Beiträge in die Rentenversicherung eingezahlt haben. Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit haben unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf die Erstattung ihrer Beiträge, auch wenn sie länger als 60 Monate eingezahlt haben. Erfüllt der Betroffene die Voraussetzungen zur Beitragsersatzung, so muss er Folgendes berücksichtigen:

- Der Antrag auf Beitragsersetzung darf erst 24 Monate nach Aufgabe der versicherungspflichtigen Beschäftigung gestellt werden. Während dieser Zeit darf auch nicht die Altersrente bezogen werden.
 - Es werden nur diejenigen Beiträge erstattet, die nach der Inanspruchnahme der Leistung der Deutschen Rentenversicherung eingezahlt wurden. Das heißt, wenn der Betroffene z. B. medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung erhalten hat, so werden ihm nur diejenigen Beiträge erstattet, die er nach der Rehabilitation eingezahlt hat.
- Die Mitarbeiter der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung beraten individuell zu jedem einzelnen Fall.

Auswirkung der Rehabilitation auf die spätere Rente bei Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit

Was bedeutet das genau? – Erklärung an einem Fallbeispiel

Herr S. hat 32 Jahre in einer Möbelfabrik ununterbrochen in Deutschland gearbeitet. Aufgrund der schweren körperlichen Arbeit erlitt er vor elf Jahren einen Bandscheibenvorfall. Nach der Behandlung des Bandscheibenvorfalles begab er sich in die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung, so dass er anschließend an seinen Arbeitsplatz zurückkehren konnte. Nun, wenige Monate vor seiner wohlverdienten Altersrente (ab November 2014), plant Herr S. mit seiner Frau in die Türkei zurückkehren, um dort seinen Ruhestand zu genießen. Dabei überlegt er, sich seine Rentenbeiträge auszahlen zu lassen. Gemeinsam mit seinem Sohn geht er zur Filiale der Deutschen Rentenversicherung in der Nähe, um die Beitragsersetzung zu beantragen und sich die Erstattungssumme berechnen zu lassen. Dort erfährt er allerdings, dass er erst nach 24 Monaten nach seiner letzten Beitragszahlung den Antrag auf Beitragsersetzung stellen kann. Zudem kann er nur diejenigen Rentenbeiträge erstattet bekommen, die er nach der Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation eingezahlt hat. Somit ergibt sich für Herrn S. folgende Berechnung der erstattungsfähigen Beitragszeiten:

Voraussichtlicher Antrag auf Beitragsersetzung:	20.11.2016
Beiträge zur Rentenversicherung:	01.11.1982 – 31.10.2014
Antrag auf medizinische Rehabilitation:	03.03.2003
Bewilligung der medizinischen Rehabilitation:	31.03.2003
Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation:	07.04.2003 – 25.04.2003
Erstattungsfähige Beitragszeiten:	01.04.2003 – 31.10.2014

Damit hat Herr S. nicht gerechnet. Er fragt sich, ob er auf die medizinische Rehabilitation besser verzichtet hätte. Dann hätten ihm die Beiträge der 32 Berufsjahre erstattet werden können. Sein Sohn beruhigt ihn jedoch. Es sei schließlich viel wichtiger, dass es seinem Vater mit Hilfe der medizinischen Rehabilitation gesundheitlich besser geht. Er rät seinem Vater auf die Beitragsrückerstattung zu verzichten. Außerdem steht ihm dann ja seine Altersrente zu, so dass er seinen Ruhestand ohne finanzielle Sorgen genießen kann. Herr S. entschließt sich seine Altersrente zu beantragen.

Das Wichtigste in Kürze

- Die medizinische Rehabilitation kann ganztägig ambulant oder stationär durchgeführt werden.
- Versicherte haben ein Wunsch- und Wahlrecht und können damit den Ort der Rehabilitation beeinflussen.
- Für die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation müssen Versicherte versicherungsrechtliche, persönliche und aufenthaltsrechtliche Voraussetzungen erfüllen.
- Bei stationärer Rehabilitation müssen höchstens 10 € pro Tag zugezahlt werden. Die ambulante Rehabilitation ist vollständig zuzahlungsfrei.
- Unter bestimmten Voraussetzungen finanziert die Deutsche Rentenversicherung Haushaltshilfe und Kinderbetreuung.
- Im Krankheitsfall und während der Rehabilitation wird das Gehalt für insgesamt sechs Wochen durch den Arbeitgeber weitergezahlt. Danach kann das Übergangsgeld für die Dauer der Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung beantragt werden.
- Die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation allein ist kein Kündigungsgrund.
- Die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation hat keine Auswirkungen auf die Höhe der späteren Altersrente. Möchte der Versicherte sich die Rentenbeiträge erstatten lassen, so werden nur diejenigen Beiträge erstattet, die nach der Inanspruchnahme der Leistung der Deutschen Rentenversicherung eingezahlt wurden.

3. Vor der Rehabilitation

Informationen und Antragstellung

Informationen zur Rehabilitationsmaßnahme gibt es bei den Regionalträgern der Deutschen Rentenversicherung, bei der Deutschen Rentenversicherung Bund, bei den Auskunft- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung, bei der Gesetzlichen Krankenversicherung und den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation. Dort bekommen Sie auch alle benötigten Antragsformulare.

Die erste Anlaufstelle ist aber in jedem Fall der behandelnde Arzt. Es kann der Haus-, Fach- oder der Betriebsarzt sein; am besten derjenige Arzt, der die Beschwerden des Patienten sehr gut kennt. Der Arzt wird, wenn auch er die Notwendigkeit zur medizinischen

TIPP:

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt über die medizinische Rehabilitation.

Rehabilitation sieht, einen entsprechenden Befundbericht schreiben. Dieser *ärztliche Befundbericht* ist ein wichtiger Bestandteil des Antrags auf medizinische Rehabilitation. Er beinhaltet Angaben und Befunde über den Gesundheitszustand des Patienten, vor allem über dessen

Erkrankungen, Funktionsbeeinträchtigungen, Arbeitsfähigkeit, *Risikofaktoren* sowie bisher durchgeführte Therapien. Der Arzt entscheidet, ob bei einem Patienten Rehabilitationsbedarf und Rehabilitationsfähigkeit bestehen und wie die Rehabilitationsprognose des Patienten zu sehen ist. Deswegen ist der ärztliche Befundbericht sehr wichtig. Wenn der Arzt die medizinische Notwendigkeit begründet hat, kann ein Antrag auf medizinische Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung gestellt werden.

Einige Rentenversicherungsträger fordern ihre Versicherten nach Antragstellung zusätzlich zu einer ärztlichen Untersuchung auf. Diese wird von einem von der Rentenversicherung beauftragten, begutachtenden Arzt durchgeführt. Anstatt des ärztlichen Befundberichts wird hier ein *medizinisches Gutachten* erstellt.

Antragsformulare

Alle Formulare zur Beantragung der Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung haben eine Nummer. Diese setzt sich aus dem Buchstaben „G“ und einer dreistelligen Zahl zusammen (beispielsweise der allgemeine Antrag mit der Formularnummer G100 „Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag“). Der Rehabilitationsantrag G100 ist in 21 Blöcke unterteilt und erstreckt sich über sieben Seiten. Allerdings muss bei den meisten Blöcken nur ein Kreuzchen gesetzt werden, weswegen das Ausfüllen in aller Regel nicht länger als 20 Minuten dauert. Je nach Rehabilitationsziel und -wunsch müssen weitere Anlagen und Formulare ausgefüllt werden. Mit dem Antragsformular G200 wird eine Rehabilitationsleistung für Kinder und Jugendliche beantragt.

Die Mitarbeiter der Auskunft- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung sowie der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation beraten und unterstützen beim Ausfüllen des Antragsformulars telefonisch und persönlich. Übrigens können die Anträge bei jedem Rehabilitationsträger – also Renten-, Kranken- und Unfallversicherung – abgegeben werden. Die Versicherungsträger prüfen die Zuständigkeit und leiten den Antrag gegebenenfalls an den zuständigen Versicherungsträger weiter. Dort wird er hinsichtlich der versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen des Antragstellers geprüft. Dies kann mehrere Wochen dauern.

! Sie können den Antrag bei der Renten-, Kranken- oder Unfallversicherung abgeben.

Im Folgenden wird der Rehabilitationsantrag G100 Schritt für Schritt erklärt, um das Ausfüllen zu erleichtern.

Erläuterung zum Ausfüllen des Antrags auf Leistung zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag (G 100)

Dieser Antrag ist dazu da, eine Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung zu beantragen. Damit der Antrag schnell bearbeitet werden kann, müssen alle Stellen ausgefüllt werden. Außerdem müssen weitere zusätzliche Formulare (z. B. das Formular G110) ausgefüllt und eingereicht werden. Alle Formulare gibt es bei den Regionalträgern der Deutschen Rentenversicherung, bei der Deutschen Rentenversicherung Bund, bei den Auskunft- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung, bei der Gesetzlichen Krankenversicherung und den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation. Sie können aber auch auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung heruntergeladen werden.

Im Antrag kommen einige Begriffe immer wieder vor. Zum besseren Verständnis werden diese Begriffe kurz erklärt:

Erwerbstätigkeit bedeutet, dass eine Person eine Arbeit hat und Geld verdient.

Leistungen sind Zuschüsse in Form von Geld (z. B. Übergangsgeld) oder Maßnahmen (z. B. medizinische Rehabilitation).

Aktenzeichen ist eine eindeutige Bezeichnung, die auf einer bestimmten Akte steht. Sie besteht meistens aus einer Nummer (z. B. 5269/5). Ein Aktenzeichen kann aber auch Buchstaben enthalten (z. B. V 2200-BY/14 III).

Antragsteller ist die Person, die einen Antrag stellt. Wenn eine versicherte Person einen Rehabilitationsantrag stellt, dann möchte sie mit diesem Antrag die beantragte Leistung erhalten. In diesem Fall ist der Antragsteller auch der Leistungsempfänger (also derjenige, der die Leistung erhält), wenn der Antrag genehmigt wird.

SGB = Sozialgesetzbuch ist ein Buch, in dem alle gültigen Gesetze des Sozialrechts zusammengefasst sind. In Deutschland existieren zwölf Sozialgesetzbücher. Die Nummern der Sozialgesetzbücher werden mit römischen Zahlen (z. B. VI) gekennzeichnet. Jedes Sozialgesetzbuch hat einen bestimmten Schwerpunkt (z. B. SGB VI: Gesetzliche Rentenversicherung). Die Gesetze in den einzelnen Sozialgesetzbüchern sind in Paragraphen untergliedert.

§ = Paragraph ist eine Einzelbestimmung in einem Gesetzbuch.

<p style="text-align: center;">Deutsche Rentenversicherung</p> <p style="text-align: center;">Eingangsstempel der Antrag aufnehmenden Stelle</p> <p style="text-align: center;">Eingangsstempel des Rentenversicherungsträgers</p> <p style="text-align: center;">Kennzeichen (soweit bekannt)</p> <p style="text-align: center;">Versicherungsnummer</p>	<p>Ganz oben auf der ersten Seite muss der Antragsteller seine Versicherungsnummer eintragen. Falls der Antragsteller seine Versicherungsnummer nicht (mehr) weiß, kann er sie bei seiner Krankenkasse oder bei der Deutschen Rentenversicherung unter der kostenlosen Service-Telefonnummer (0800 1000 4800) erfragen. Das Kennzeichen kann z. B. die Abteilungsnummer der zuständigen Sachbearbeitung sein. Dieses Feld muss nicht vom Antragsteller ausgefüllt werden. Um die Eingangsstempel muss sich der Versicherte ebenfalls nicht kümmern. Der Rentenversicherungsträger ist die Institution, die die Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung erbringt.</p> <p>Die Versicherungsnummer und das Kennzeichen (wenn es bekannt ist) müssen auf jeder Seite des Rehabilitationsantrags angegeben werden.</p>
<p>Hat die gesetzliche Krankenkasse, die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter schriftlich aufgefordert, diesen Antrag zu stellen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, die Krankenkasse</p> <p><input type="checkbox"/> ja, die Agentur für Arbeit <input type="checkbox"/> ja, das Jobcenter</p> <p style="text-align: center;">Aufforderungsschreiben bitte in Kopie beifügen!</p>	<p>In diesem Block muss der Antragsteller angeben, ob er von der Krankenkasse, der Agentur für Arbeit oder dem Jobcenter in einem Brief dazu aufgefordert wurde, diesen Rehabilitationsantrag zu stellen. Wird eine der drei Möglichkeiten angekreuzt, muss der kodierte Brief mit dem Antrag zusammen abgegeben werden.</p>
<p>1 Beantragte Leistung</p> <p><input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 ff. SGB IX)</p> <p><input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztätig ambulant</p> <p style="text-align: center;">Anlage (Formular G110) bitte beifügen!</p>	<p>Im Block 1 muss der Antragsteller angeben, welche Leistung er beantragen möchte. Unter diesem Punkt kann der Antragsteller einen Aufenthalt in einer Rehabilitations-einrichtung beantragen. Er kann zwischen stationärer und ganztätiger ambulanter Behandlung wählen.</p> <p>Stationär bedeutet, dass der Antragsteller in der Einrichtung Therapie und Mahlzeiten bekommt und dort auch übernachtet.</p> <p>Ganztätig ambulant bedeutet, dass der Antragsteller den ganzen Tag in der Einrichtung verbringt (mit Verpflegung), aber zu Hause schläft.</p> <p>Wenn diese Leistung beantragt wird, muss der Antragsteller das Formular G110 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) ausfüllen und dem Rehabilitationsantrag beifügen. In diesem Formular macht der Antragsteller Angaben zur Arbeitsunfähigkeit und zu gesundheitlichen Problemen, zur beruflichen Zukunft, zum Arbeitsplatz, zu Arztbehandlungen, zu Begutachtungen und zum Betriebsarzt/Personalarzt.</p>

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke (§ 18 SGB VI in Verbindung mit § 26 ff. SGB IX)

stationär ganztätig ambulant ambulant

Anlage (Formular G110)
bitte beifügen!

Unter diesem Punkt kann der Antragsteller einen Aufenthalt in einer **Rehabilitationseinrichtung bei einer Alkohol-, Medikamenten- oder Drogensucht** beantragen. Er kann zwischen stationärer, ganztätig ambulanter und ambulanter Behandlung wählen.

Stationär bedeutet, dass der Antragsteller in der Einrichtung Therapie und Mahlzeiten bekommt und dort auch übernachtet.

Ganztätig ambulant bedeutet, dass der Antragsteller den ganzen Tag in der Einrichtung verbringt (mit Verpflegung), aber zu Hause schläft.

Ambulant bedeutet, dass der Antragsteller nur zu bestimmten Terminen (z.B. Therapie-sitzung, Beratung, Behandlung) in die Einrichtung kommt.

Wenn diese Leistung beantragt wird, muss der Antragsteller das Formular G110 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) ausfüllen und dem Reha-bilitationsantrag beifügen. Zudem sollte der Antragsteller Kontakt zu einer Suchtbera-tungsstelle aufnehmen, die einen Sozialbericht erstellt.

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation (§ 15 oder § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI)

Anlage (Formular G110)
bitte beifügen, sofern Sie keine Altersrente beziehen!

Unter diesem Punkt kann der Antragsteller eine **Rehabilitation bei einer Krebserkran-kung nach seiner Krebsbehandlung** beantragen.

Wenn diese Leistung beantragt wird, muss der Antragsteller das Formular G110 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) ausfüllen und dem Reha-bilitationsantrag beifügen. Das muss er allerdings nicht machen, wenn er bereits Alters-rente bekommt.

Medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (Präventionsleistungen - § 31 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI)

Anlage (Formular G110)
bitte beifügen!

Unter diesem Punkt kann der Antragsteller **medizinische Vorsorgemaßnahmen** bean-tragen, mit dem Ziel, seine Arbeit weiterhin ausüben zu können. Dies ist häufig der Fall bei besonders gesundheitsgefährdenden Berufen (z.B. schwere körperliche Arbeit bei Bauarbeitern oder Masseuren oder psychischer Druck bei Ärzten oder Sozialarbeitern). Mit den medizinischen Vorsorgemaßnahmen sind „normale“ Rehabilitationsmaßnahmen mit Schwerpunkt auf den beruflichen Gefährdungsfaktoren gemeint.

Wenn diese Leistung beantragt wird, muss der Antragsteller das Formular G110 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) ausfüllen und dem Reha-bilitationsantrag beifügen.

<div data-bbox="193 1178 279 2011" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation - § 16 SGB VI in Verbindung mit § 33 ff. SGB IX) </div> <div data-bbox="215 1218 255 1406" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> Anlage (Formular G130) bitte beifügen! </div>	<p>Unter diesem Punkt kann der Antragsteller eine berufliche Rehabilitation beantragen, wenn er seinen Beruf aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben kann. Zu den Leistungen der beruflichen Rehabilitation gehören z. B. eine zusätzliche Ausstattung des bisherigen Arbeitsplatzes, Weiterbildungen, Umschulungen.</p> <p>Wenn diese Leistung beantragt wird, muss der Antragsteller das Formular G130 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)) ausfüllen und dem Rehabilitationsantrag beifügen. In diesem Formular macht der Antragsteller Angaben zu seiner Schul- und Berufsausbildung, zu bisher ausgeübten Tätigkeiten, zu seinem Arbeitsplatz, zu seinen gesundheitlichen Problemen und zu seiner Arbeitsunfähigkeit; zu den Arztbehandlungen, Begutachtungen, zum Betriebsarzt/Personalarzt und zu den bereits gestellten Anträgen auf berufliche Rehabilitation.</p>
<div data-bbox="643 1178 716 2011" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeughilfe (§ 33 Absatz 8 Nummer 1 SGB IX) </div> <div data-bbox="662 1205 702 1406" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> Anlagen (Formulare G140 und G141) bitte beifügen! </div>	<p>Unter diesem Punkt kann der Antragsteller zum Erreichen des Arbeitsplatzes oder des Ausbildungsplatzes Geld beantragen, z. B. für den behindertengerechten Umbau des Autos, Erwerb des Führerscheins.</p> <p>Wenn diese Leistung beantragt wird, muss der Antragsteller das Formular G140 (Anlage zum Antrag auf Kraftfahrzeughilfe) ausfüllen und gemeinsam mit dem Formular G141 (Bescheinigung der örtlichen Behörde und des Arbeitgebers) dem Rehabilitationsantrag beifügen. Im Formular G140 macht der Antragsteller Angaben zur genauen beantragten Leistung, zum Arbeitsplatz bzw. Ausbildungsort, Verkehrsweg, Schwerbehinderung, Berufsausbildung, Führerschein, Autokauf, zum bisherigen Auto, zum behindertengerechten Umbau des Autos, Kostenzuschüssen von anderen Stellen, Einkünften sowie zu den Familienangehörige, für die Unterhalt gezahlt werden muss. Das Formular G141 muss von der örtlichen Behörde und dem Arbeitgeber ausgefüllt werden.</p>
<div data-bbox="1134 1178 1208 2011" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind (§ 33 Absatz 8 Nummer 4 und 5 SGB IX) </div> <div data-bbox="1153 1218 1193 1406" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> Anlage (Formular G130) bitte beifügen! </div>	<p>Unter diesem Punkt kann der Antragsteller Hilfsmittel und technische Arbeitsmittel (Gegenstände, die den behinderten oder kranken Menschen unterstützen) beantragen, die wegen einer Behinderung zum Ausüben des Berufs nötig sind, z. B. spezielle Bürotische, Rampen.</p> <p>Wenn diese Leistung beantragt wird, muss der Antragsteller das Formular G130 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)) ausfüllen und dem Rehabilitationsantrag beifügen.</p>

2 Angaben zur Person

Name	Vorname (Rufname)	
Geburtsname	frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
Geburtsort (Kreis, Land)	Straße, Hausnummer telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort	
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		

Im **Block 2** muss der Antragsteller **Angaben zu sich selbst** machen.

- Name (Nachname)
- Vorname
- Geburtsname (z.B. Nachname vor einer Ehe/eingetragenen Partnerschaft)
- frühere Namen (z.B. nach einer Namensänderung)
- Geburtsdatum
- Geschlecht (männlich oder weiblich ankreuzen)
- Staatsangehörigkeit/Nationalität (wenn der Antragsteller vorher andere Staatsangehörigkeiten hatte, muss er dies hier angeben)
- Geburtsort (der Antragsteller muss hier zusätzlich zum Ort angeben in welchem Landkreis und/oder Land er geboren ist)
- Adresse des Wohnsitzes
- Der Antragsteller kann auch seine Telefon-, Telefaxnummer und seine E-Mail-Adresse angeben, muss es aber nicht.

Der Block 3 beinhaltet Angaben zum Familienstand und Beruf.

3 Angaben zum Familienstand und Beruf

3.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)			
<input type="checkbox"/> 0	ledig	<input type="checkbox"/> 1	verheiratet
<input type="checkbox"/> 2	geschieden	<input type="checkbox"/> 3	verwitwet
3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)			

Unter Punkt 3.1 muss der Antragsteller seinen **Familienstand** angeben. Dabei kann er zwischen vier Möglichkeiten wählen.

Ledig bedeutet nie verheiratet gewesen zu sein.

Verheiratet bedeutet in einer Ehe oder eingetragenen Partnerschaft zu leben. Eine eingetragene Partnerschaft ist eine eheähnliche Partnerschaft für gleichgeschlechtliche Paare.

Geschieden bedeutet eine Ehe oder eingetragene Partnerschaft aufgelöst zu haben.

Verwitwet bedeutet, dass der Partner aus einer Ehe oder eingetragenen Partnerschaft verstorben ist.

Unter 3.2 muss der Antragsteller seinen **letzten Beruf** angeben. Es ist wichtig den Namen des Berufs so genau wie möglich zu nennen.

Im **Block 4** muss der Antragsteller Angaben dazu machen, in welcher **beruflichen Stellung** er sich momentan befindet bzw. sich zuletzt befunden hat, falls er derzeit arbeitslos oder arbeitsunfähig ist.

4 **Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben**
(bei Arbeitslosigkeit / Arbeitsunfähigkeit geben Sie bitte die letzte berufliche Stellung davor an)

<input type="checkbox"/> 0	nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner)	<input type="checkbox"/> 1	Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student)	<input type="checkbox"/> 2	ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)
<input type="checkbox"/> 3	angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig)	<input type="checkbox"/> 4	Facharbeiter	<input type="checkbox"/> 5	Meister, Polier
<input type="checkbox"/> 6	Angestellter	<input type="checkbox"/> 7	Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechtes	<input type="checkbox"/> 8	Selbständiger

0: **Erwerbstätig** sind Personen, die einen oder mehrere, bezahlte Jobs haben. Als nicht erwerbstätig werden z. B. Personen mit ehrenamtlichen Jobs, Rentner oder Hausfrauen/-männer bezeichnet. Eine Hausfrau bzw. ein Hausmann ist eine Person, die sich nur mit Haus- und Familienarbeit beschäftigt und nicht in Mutterschutz oder Elternzeit (aus einer bestehenden Erwerbstätigkeit heraus angetretene) ist.

1: **Auszubildende** sind Personen, die in einer Berufsschule oder einem Betrieb eine Lehre/Berufsausbildung machen, um z. B. Friseur, Maler oder Bankkaufmann/-frau zu werden.

- Ein Anlernling ist eine Hilfsarbeitskraft, die nach einer kurzen Schulung im Betrieb ihren Beruf ausführen kann, um z. B. Reinigungskraft, Küchengehilfe oder Pförtner zu werden.
- Ein Praktikant erwirbt zeitlich begrenzt und meist ohne Bezahlung praktische Kenntnisse in einem Betrieb ohne eine Berufsausbildung zu machen.
- Ein Volontär ist eine Person, die als Vorbereitung auf seine zukünftige Arbeit (z. B. Journalist) mit geringer Bezahlung in einem Betrieb arbeitet ohne eine Berufsausbildung zu machen.
- Ein Student ist eine Person, die eine akademische Ausbildung an einer Universität oder Fachhochschule macht.

2: Ein **ungelernter Arbeiter** ist ein Arbeitnehmer ohne Berufsausbildung und ohne angelernt zu sein, der in der Regel nur Hilfstätigkeiten ausübt.

3: Ein **angelernter Arbeiter** ist ein Arbeitnehmer mit einer begrenzten Ausbildung (mindestens 3 Monate bis unter 2 Jahre). Er besitzt für seine Tätigkeit spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten. In einem anerkannten Anlernberuf zu arbeiten, bedeutet eine angelernte Tätigkeit in einem anerkannten Ausbildungsberuf auszuführen. Anerkannte Ausbildungsberufe sind Berufe, in denen Personen nach entsprechender Ausbildungsordnung ausgebildet werden.

4: Ein **Facharbeiter** ist ein Arbeitnehmer mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung (z. B. Friseur, Maler).

5: Ein **Meister** ist ein Berufsabschluss, der auf eine Ausbildung aufbaut und dazu geeignet ist, andere Arbeiter auszubilden. Ein Polier ist der Leiter einer Baustelle.

6: Ein **Angestellter** ist ein Arbeitnehmer, der nicht Eigentümer des Betriebs ist und per Vertrag jeden Monat Gehalt bekommt. Beamte sind keine Angestellten. Angestellte unterscheiden sich von Arbeitern dadurch, dass sie meist büro- oder verwaltungsmäßige, hoch technische oder leitende Aufgaben haben.

7: Ein **Beamter** wird vom Staat ernannt, wohingegen ein DO-Angestellter (Dienstordnungsangestellter) nicht verbeamtet wird, aber per Vertrag die gleichen Rechte wie ein Beamter hat. Versorgungsempfänger sind ehemalige Beamte, Richter und Soldaten sowie Hinterbliebene von verstorbenen Beamten.

8: Ein **Selbstständiger** ist eine Person, die einen Betrieb als Eigentümer leitet oder freiberuflich arbeitet (z.B. selbstständiger Handwerker, Rechtsanwalt, Arzt). Diese Person hat keinen Vorgesetzten und bestimmt selbst wie und wo sie arbeitet.

Unter **Punkt 5** muss der Antragsteller angeben, ob er **arbeitstätig** ist und welchen **Umfang seine Arbeit** vor diesem Antrag oder vor der aktuellen Arbeitsunfähigkeit hatte.

5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

<input type="checkbox"/> 0	nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft)	<input type="checkbox"/> 1	Ganztagsarbeit ohne Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 2	Ganztagsarbeit mit Wechselschicht / Akkord
<input type="checkbox"/> 3	Ganztagsarbeit mit Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 4	Teilzeitarbeit, weniger als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 5	Teilzeitarbeit, mindestens die Hälfte der üblichen Arbeitszeit
<input type="checkbox"/> 6	ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann	<input type="checkbox"/> 7	arbeitslos gemeldet	<input type="checkbox"/> 8	Heimarbeit
<input type="checkbox"/> 9	Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen				

0: **Erwerbstätig** sind Personen, die einen oder mehrere bezahlte Jobs haben. Als nicht erwerbstätig werden z.B. Personen mit ehrenamtlichen Jobs, Rentner oder Hausfrauen/-männer bezeichnet. Sollte der Antragsteller Hausfrau bzw. Hausmann oder arbeitslos gemeldet sein, muss er diesen Punkt nicht ankreuzen, sondern Punkt 6 bzw. 7. Eine Hausfrau oder ein Hausmann ist eine Person, die sich nur mit Haus- und Familienarbeit beschäftigt und nicht in Mutterschutz oder Elternzeit (aus einer bestehenden Erwerbstätigkeit heraus angetretene) ist.

1, 2, 3: **Ganztagsarbeit** bedeutet, dass man die im Betrieb übliche Anzahl von Arbeitsstunden pro Woche arbeitet.

Wechselschicht bedeutet in einem regelmäßigen Rhythmus zu veränderten Arbeitszeiten/Schichten zu arbeiten (z.B. eine Woche Frühschicht und eine Woche Spätschicht im Wechsel). **Akkord** bedeutet, dass der Arbeitnehmer nach der Anzahl der produzierten Stückzahlen bezahlt wird. **Nachtschicht** bedeutet, dass man von abends bis morgens (über Nacht) arbeitet.

4, 5: **Teilzeitarbeit** bedeutet, dass man weniger Stunden pro Woche als die im Betrieb übliche wöchentliche Arbeitszeit arbeitet.

6: Eine **Hausfrau** oder ein **Hausmann** ist eine Person, die sich nur mit Haus- und Familienarbeit beschäftigt.

	<p>7: Arbeitslos gemeldet zu sein, bedeutet, dass man keine Arbeit hat und dies bei der Arbeitsagentur angegeben hat.</p> <p>8: Heimarbeit ist eine Lohnarbeit mit Arbeitsplatz im eigenen Zuhause oder an einem selbst gewählten Ort, d.h. man hat keine vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellte Arbeitsstelle. Der Arbeitgeber stellt die Produktionsmittel bereit und erwirbt die hergestellten Produkte.</p> <p>9: In einer Werkstatt für behinderte Menschen arbeiten diejenigen Personen, die aufgrund körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung nicht (mehr) an einem gewöhnlichen Arbeitsplatz arbeiten können.</p>
<p>6 Strukturiertes Behandlungsprogramm - Disease-Management-Programm (DMP) Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 nein <input checked="" type="checkbox"/> 1 ja</p>	<p>Im Block 6 muss der Antragsteller angeben, ob er an einem strukturierten Behandlungsprogramm Disease-Management-Programm (DMP) teilnimmt. Disease-Management-Programme sind von der Krankenkasse angebotene spezielle Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. Das Ziel dieser Programme ist es, die kontinuierliche Betreuung und Behandlung von chronisch Kranken auf deren Bedürfnisse abzustimmen und sie somit zu optimieren. Es gibt Disease-Management-Programme für chronische Erkrankungen wie z. B. Diabetes, Asthma, Brustkrebs.</p>
<p>7 Krankenkasse</p> <p>Name _____</p> <p>Straße, Hausnummer _____ Telefon _____</p> <p>Postleitzahl _____ Ort _____</p> <p><input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse</p> <p><input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung</p>	<p>Im Block 7 muss der Antragsteller Angaben zu seiner Krankenkasse machen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Name der Krankenkasse • Anschrift der Krankenkasse • Telefonnummer der Krankenkasse • Zudem muss der Antragsteller angeben, ob es sich um eine gesetzliche Krankenkasse oder private Krankenversicherung handelt.
<p>8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt</p> <p>Name _____ Vorname _____</p> <p>Straße, Hausnummer _____ Telefon _____</p> <p>Postleitzahl _____ Ort _____</p>	<p>Im Block 8 muss der Antragsteller Angaben zu dem Arzt, der ihn überwiegend behandelt, machen. Das kann der Hausarzt oder ein Facharzt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Name und Vorname des Arztes • Anschrift der Arztpraxis • Telefonnummer der Arztpraxis

Im **Block 9** muss der Antragsteller angeben, welche Sozialversicherungsbeiträge er zahlt bzw. gezahlt hat. In Deutschland umfasst die Sozialversicherung die Kranken-, Pflege-, Unfall-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung.

9 Beiträge zur Sozialversicherung

9.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

nein ja

Unter Punkt 9.1 muss der Antragsteller angeben, ob er **jamals Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt** hat. Ist/war der Antragsteller in Deutschland angestellt, werden/wurden die Beiträge automatisch vom Gehalt abgezogen. Ist/war der Antragsteller selbstständig, kann/konnte er die Beiträge freiwillig zahlen. Selbstständige, die in bestimmten Berufsgruppen arbeiten (z.B. Lehrer, Erzieher, Künstler) sind jedoch versicherungspflichtig, d.h., sie müssen Beiträge zur Sozialversicherung leisten.

9.2 Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

nein ja
Staat von - bis

Unter Punkt 9.2 muss der Antragsteller angeben, ob er im **Ausland Beiträge zur Sozialversicherung gezahlt** hat. Wenn ja, muss das Land und der Zeitraum der Zahlung genannt werden.

9.3 Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?

nein ja, Formular G105 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen) bitte beifügen!

Unter Punkt 9.3 muss der Antragsteller angeben, ob er **aktuell im Ausland Beiträge zur Sozialversicherung zahlt**. Falls ja, muss er das Formular G105 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen) ausfüllen und zusammen mit seinem Rehabilitationsantrag einreichen. Im Formular G105 macht der Antragsteller Angaben zu seinem Arbeitgeber im Ausland, zur Sozialversicherungspflicht aufgrund der Tätigkeit im Ausland, zum Bezug von Leistungen aus dem Ausland sowie zur Antragstellung auf Rehabilitation im Ausland.

10 Bezug von Arbeitslosengeld II

Beziehen oder bezogen Sie im laufenden Kalenderjahr Arbeitslosengeld II?

nein ja, bitte entsprechende Nachweise beifügen!

Im **Block 10** muss der Antragsteller angeben, ob er **seit dem 01.01. des laufenden Kalenderjahres irgendwann oder immer noch Arbeitslosengeld II** erhielt bzw. erhält. Arbeitslosengeld II wird auch umgangssprachlich als Hartz IV bezeichnet. Falls er Arbeitslosengeld II bezieht oder bezog, muss er entsprechende Nachweise (z.B. Bescheid des Jobcenters) seinem Rehabilitationsantrag beifügen.

11 Beamteneigenschaft

Wird eine Beschäftigung ausgeübt, aus der nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

nein ja

Im **Block 11** muss der Antragsteller angeben, ob er eine **Beamteneigenschaft** hat, d. h. Beamter ist oder einen beamtenähnlichen Status hat. Beamte, aber auch z. B. Richter, Soldaten oder Geistliche sind in Deutschland von der allgemeinen Rentenversicherungspflicht befreit, weil diese Personen ein eigenes Sicherungssystem (z. B. Pension) haben. Sie haben dann eine **Anwartschaft** auf Versorgung in diesem Sicherungssystem. Anwartschaft ist eine Erwerbsaussicht auf ein Recht (z. B. auf spätere Rentenzahlung), dessen Voraussetzungen noch nicht komplett erfüllt sind.

Hier muss „ja“ angekreuzt werden, wenn der Antragsteller noch im Beamtenverhältnis steht oder nach seiner Dienstzeit in den Ruhestand getreten ist (Ruhestandsbeamter).

Wer noch nie Beamter war oder nicht mehr Beamter ist, weil er entlassen wurde, wird in der gesetzlichen Rentenversicherung nachversichert und muss hier „nein“ ankreuzen.

12 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Name des Rentenversicherungsträgers

nein ja

Im **Block 12** muss der Antragsteller angeben, ob er **momentan Rente bekommt oder einen Antrag auf Rente gestellt** hat. Wenn ja, muss der Name des Rentenversicherungsträgers (z. B. Deutsche Rentenversicherung Nord) angegeben werden.

13 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente

Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird (zum Beispiel betriebliche Versorgungsleistung, Vorruhestandslleistung, Anpassungsgeld, Knappschaftsausgleichleistung)?

Art der Leistung

nein ja

Im **Block 13** muss der Antragsteller angeben, ob er eine **regelmäßige Leistung vor Eintritt des Rentenalters** erhält. Die **Altersrente** (umgangssprachlich Rente) wird normalerweise ab dem 65. bzw. 67. Lebensjahr bezogen.

Eine **betriebliche Versorgungsleistung** erhält man zusätzlich zur Altersrente, wenn der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer Leistungen bei Alter, Arbeitsunfähigkeit oder Tod zusagt.

Vorruhestand bezeichnet die Zeit zwischen dem Beenden der Arbeit und dem Eintritt in das Rentenalter. Das heißt unter bestimmten Voraussetzungen kann der Arbeitnehmer vor seinem gesetzlichen Rentenalter in Rente gehen. Die Rente im Vorruhestand fällt kleiner aus, als die, die man bekommen hätte, wenn man die Rente im gesetzlichen Rentenalter beantragt hätte.

Anpassungsgeld bekommen ehemalige Arbeiter aus dem Steinkohlebergbau monatlich für höchstens 5 Jahre, wenn sie mindestens 50 Jahre alt sind und die Arbeit verlieren und nicht mehr in einen anderen Beruf einsteigen können. Ab dem 55. Lebensjahr können sie eine **Knappschaftsausgleichsleistung** bekommen, wenn sich ihre berufliche Situation nicht verändert hat. Die Knappschaftsausgleichsleistung wird maximal bis zur Regelaltersrente (65. bzw. 67. Lebensjahr) gezahlt.

Falls der Antragsteller eine solche Leistung bezieht, muss er die Art der Leistung angeben.

Im **Block 14** müssen verschiedene Angaben über den Antragsteller gemacht werden.

14 Sonstige Angaben

14.1 Sind bei Ihnen Gesundheitsstörungen anerkannt worden als

- Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls,
- Berufskrankheit,
- Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung,
- Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist,
- Verfolgtenseiden,
- Impfschäden?

Von welcher Stelle?

nein ja

Aktenzeichen

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

nein ja

Unter Punkt 14.1 muss der Antragsteller angeben, ob ihm eine **Gesundheitsstörung infolge bestimmter Ereignisse amtlich anerkannt** wurde (z. B. durch das Gesundheitsamt oder die Gesetzliche Unfallversicherung). Als **Gesundheitsstörung** bezeichnet man beispielsweise Schwerhörigkeit, Sehstörungen, psychische Leiden oder Krankheiten wie Asthma.

- Ein **Arbeitsunfall** ist ein Unfall, der sich während der Arbeitstätigkeit ereignet hat. Ein **Wegeunfall** ist ein Unfall, der sich auf dem direkten Weg zwischen Wohnort und Arbeitsplatz, Schule oder Ausbildungsstelle ereignet.
- Eine **Berufskrankheit** ist eine Krankheit, die durch die Tätigkeit im Beruf verursacht wurde, z.B. Allergien, Hautkrankheiten.
- Eine **Wehrdienstbeschädigung** liegt vor, wenn man innerhalb der Bundeswehr tätig ist/war und durch einen Unfall oder durch die Tätigkeit eine Gesundheitsstörung erlitten hat. Eine Zivildienstbeschädigung liegt vor, wenn man durch die Arbeit als Zivildienstleistender oder durch einen Unfall beim Zivildienst eine Gesundheitsstörung erlitten hat. Der Zivildienst war der Ersatz für den Wehrdienst, wenn man den Wehrdienst verweigert hatte. Seit 2011 gibt es keine Wehrpflicht und keinen Zivildienst mehr. Heute gibt es den freiwilligen Wehrdienst und den Bundesfreiwilligendienst.
- Eine **gesundheitliche Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist** (z. B. Journalist, Arzt) liegt vor, wenn der Versicherte aufgrund seines Berufs im Ausland ist/war und dort eine Gesundheitsstörung erlitten hat.
- Eine hier genannte **Gewalttat** liegt vor, wenn eine Person einer anderen einen Schaden zufügt (z. B. beabsichtigte Körperverletzung, Vergewaltigung) und sie gesundheitlich schädigt.

	<ul style="list-style-type: none"> Ein Verfolgtenseiden liegt vor, wenn der Versicherte aus politischen, ethnischen oder religiösen Gründen verfolgt wird/wurde und deshalb eine Gesundheitsstörung erlitten hat. Ein Impfschaden liegt vor, wenn man als Folge einer Schutzimpfung eine Gesundheitsstörung erlitten hat (z.B. Lähmung). <p>Liegt eine dieser Gesundheitsstörungen beim Antragsteller vor, muss die Störung genannt werden. Es muss auch die zuständige Stelle, die die Gesundheitsstörung anerkannt hat (je nach Ursache der Gesundheitsstörung kann es z. B. das Gesundheitsamt, die gesetzliche Unfallversicherung etc. sein), und das Aktenzeichen, das die zuständige Stelle diesem Vorgang vergeben hat, angegeben werden.</p> <p>Falls der Versicherte einen Antrag auf Anerkennung einer Gesundheitsstörung gestellt hat, muss er dies angeben und die Stelle angeben, bei der der Antrag gestellt wurde.</p>
<div data-bbox="715 1144 946 2018" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>14.2 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise Folge eines Unfalls oder durch andere Personen verursacht worden?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Formular R870) bitte beifügen.</p> <p>Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p style="text-align: right;">am _____ bei welcher Stelle? _____ Aktenzeichen _____</p> </div>	<p>Der Antrag auf Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung wird in der Regel dann gestellt, wenn die Erwerbsfähigkeit des Antragstellers bereits gemindert oder gefährdet ist. Unter Punkt 14.2 muss der Antragsteller angeben, ob an der Minderung bzw. Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ein Unfall oder andere Personen schuld sind. Wenn er diese Frage mit ja beantwortet, muss er das Formular R870 (Ermittlungsfragebogen) ausfüllen und dem Rehabilitationsantrag beifügen. Im Formular R870 werden Angaben zum Unfall bzw. zum Ereignis, der zum Schaden geführt hat, gemacht.</p> <p>Wenn der Versicherte Anspruch auf Schadensersatz hat und diesen Schadensersatz auch beantragt oder bereits bekommt hat, muss er die Stelle und das Aktenzeichen, unter dem sein Vorgang zum Schadensersatz bei der zuständigen Stelle läuft, angeben. Mit Schadensersatz ist eine Ausgleichleistung (z.B. Geld) für den entstandenen Schaden gemeint.</p>
<div data-bbox="1198 1144 1350 2018" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>14.3 Haben Sie in den letzten 4 Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?</p> <p>Von welcher Stelle zuletzt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p style="text-align: right;">von - bis _____</p> </div>	<p>Unter Punkt 14.3 muss der Antragsteller angeben, ob er in den letzten 4 Jahren eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen hat. Dabei kann die Rehabilitation auch von anderen Rehabilitationsträgern wie Krankenkasse, Unfallversicherung oder Versorgungsamt (= Amt, das sich um soziale Angelegenheiten kümmert) bezahlt worden sein. Wenn ja, muss angegeben werden, wann (Zeitraum) und von welchem Rehabilitationsträger die medizinische Rehabilitation erhalten wurde. Dabei muss auch das Aktenzeichen, das der zuständige Rehabilitationsträger diesem Vorgang vergeben hat, angegeben werden.</p>

14.4 Haben Sie unmittelbar vor diesem Rehabilitationsantrag bereits bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Mutter- / Vater-Kind-Leistungen (Vorsorge oder Rehabilitation) gestellt beziehungsweise sind solche Leistungen zuvor verordnet worden? (Vorhandene Unterlagen bitte beifügen!)

am nein ja Name der Krankenkasse Aktenzeichen

Unter Punkt 14.4 muss der Antragsteller angeben, ob ihm **unmittelbar** (also kurz vorher) **vor diesem Antrag schon von seiner Krankenkasse Mutter-Kind-Leistungen oder Vater-Kind-Leistungen verordnet wurde oder er einen Antrag darauf gestellt hat**. Wenn ja, muss er den Namen der Krankenkasse sowie das entsprechende Aktenzeichen, unter dem der Rehabilitationsantrag bei der Krankenkasse geführt wird, angeben sowie die vorliegende Unterlagen zu dieser Leistung seinem Rehabilitationsantrag beifügen.

15 Antragstellung durch eine andere Person
Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen)

In der Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter

Strasse, Hausnummer Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Postleitzahl Wohnort

Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

Wird der Antrag nicht von dem Antragsteller selbst, sondern von einer anderen Person gestellt, müssen bestimmte Daten zu dieser Person im **Block 15** angegeben werden. Dazu gehören der Vorname und Name sowie die entsprechende Dienststelle, falls es sich bei der Person um den Betreuer handelt. In diesem Fall gehört auch das Aktenzeichen, unter dem der Vorgang bei der Dienststelle geführt wird, dazu. Des Weiteren müssen die Kontaktdaten dieser Person angegeben werden.

Gesetzliche Vertreter sind z. B. Eltern minderjähriger Kinder.

Ein **Vormund** ist eine Form des gesetzlichen Vertreters, z. B. eine Person, die ein Kind vertritt, dessen Eltern z. B. das Sorgerecht entzogen wurde oder dessen Eltern verstorben sind. Wurde ein Vormund vom Gericht zugewiesen, muss das entsprechende Schreiben (Beschluss) zusammen mit dem Rehabilitationsantrag abgegeben werden.

Ein **Betreuer** wird einer Person zugewiesen, die aufgrund von psychischer Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung nicht selbst für sich sorgen kann. Wurde ein Betreuer vom Gericht zugewiesen, muss dieses Schreiben (Beschluss) mit dem Antrag zusammen abgegeben werden.

Ein **Bevollmächtigter** erhält schriftlich die Erlaubnis von dem Antragsteller, für ihn nur bestimmte Angelegenheiten auszuführen (z. B. den Antrag auf eine Rehabilitation stellen). Diese schriftliche Erlaubnis (Vollmacht) muss zusammen mit dem Rehabilitationsantrag abgegeben werden.

16 Bankverbindung

(die Angabe ist freiwillig, zugleich für eine Überweisung unverzichtbar)

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E _____	_____
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaber / Kontoinhaber	

Im **Block 16** kann der Antragsteller freiwillig eine **Bankverbindung** angeben. Wenn er aber von der Deutschen Rentenversicherung Geld bekommen möchte (z. B. Erstattung der Reisekosten, Übergangsgeld), sind diese Angaben notwendig.

- IBAN (22-stellige International Bank Account Nummer eines deutschen Kontos)
- BIC (11-stelliger Bank Identification Code der Bank des obengenannten Kontos)
- Geldinstitut (Name und Ort der Bank des obengenannten Kontos)
- Kontoinhaber (Name des Inhabers des obengenannten Kontos)

17 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Sind Sie auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzen Sie behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führhund oder Assistenzhund)?

nein ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:

Im **Block 17** muss der Antragsteller angeben, ob er **Kommunikationshilfen, also Hilfen zur Verständigung** (z. B. Gebärdensprachdolmetscher) benötigt, damit er sich mit anderen Personen verständigen kann, oder **andere anerkannte Hilfsmittel wegen einer Behinderung** (z. B. Rollstuhl, Assistenzhund) nutzt.

Ein **Gebärdensprachdolmetscher** ist eine Person, die zwischen der Gebärdensprache und der Lautsprache übersetzt. Die **Gebärdensprache** ist eine Sprache für nicht-hörende bzw. schwer-hörende Menschen, die aus Gesten, Mimik, Körperhaltung und lautlos gesprochenen Worten besteht.

Ein **Assistenzhund** ist ein speziell ausgebildeter Hund, der den behinderten Menschen im Alltag unterstützt. Dabei ersetzt er sozusagen die dem behinderten Menschen fehlenden Körper- bzw. Sinnesfunktionen. So kann beispielsweise der Blindenführhund einen blinden Menschen führen; der Hund übernimmt sozusagen das Sehen für ihn. Benötigt der Antragsteller Hilfsmittel bzw. Kommunikationsmittel, so muss er angeben, welche Hilfe er braucht.

18 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten. Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

als Großdruck

in Braille (Kurzschrift)

in Braille (Vollschrift)

als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)

als Hörmedium (CD-DAISY Format)

Im **Block 18** kann ein **sehbehinderter Antragsteller Dokumente in anderer Form** erhalten:

- **Großdruck** bedeutet in größerer Schrift
- **Braille** bedeutet Blindenschrift (die Formen Kurzschrift und Vollschrift werden angeboten)
- **CD** bedeutet Dateien auf einer CD
- Hörmedium als **CD-DAISY** bedeutet navigierbare Hörbücher

Im **Block 19** wird der Antragsteller über seine **Rechte und Pflichten** aufgeklärt. In diesem Block muss er nichts ausfüllen.

19 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)

„nicht Zutreffendes streichen“ bedeutet hier, entweder „der Antragstellerin“ oder „des Antragstellers“ zu streichen, in Abhängigkeit davon, ob es sich bei dem Antragsteller um eine Frau oder einen Mann handelt.

19.1 Einwilligungserklärung

Ich **willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Mit Punkt 19.1 stimmt der Antragsteller zu, dass seine **Untersuchungsunterlagen von Ärzten und Einrichtungen angefordert werden können**, wenn diese für die Entscheidung über den Antrag notwendig sind.

Werden **während der Bearbeitung des Antrags ärztliche Untersuchungen** durchgeführt, so versichert der Antragsteller, diese der Rentenversicherung sofort mitzuteilen. Falls er mit dieser Mitteilung nichts anderes sagt, können auch diese Unterlagen von der Deutschen Rentenversicherung angefordert werden.

Ich **willige außerdem ein**, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) - beziehungsweise der §§ 116 / 119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Sozialverfahrensverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) - die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

19.2 Information

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 SGB X.

Unter Punkt 19.2 wird der Antragsteller darüber informiert, dass der Deutschen Rentenversicherung **vorliegende und von ihr angeforderte Unterlagen an andere Sozialleistungsträger** (z. B. Krankenkasse oder Agentur für Arbeit) **weitergegeben** werden dürfen. Außerdem können die Daten auch an andere Dritte (z. B. Gutachter) weitergegeben werden.

Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

Ich **nehme zur Kenntnis**, dass

- meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufenthalten beziehungsweise Rehabilitationsaufenthalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder privater Krankenkassen.

Der Antragsteller kann dieser Weitergabe von Daten jederzeit ohne Grund widersprechen. Das heißt, er teilt mit, dass er nicht möchte, dass seine Unterlagen weitergegeben werden. Allerdings wird er hier darauf hingewiesen, dass dadurch **Leistungen ganz oder teilweise abgelehnt oder entzogen werden können.**

Dem Antragsteller wird außerdem erklärt, dass seine Krankenkasse der Rentenversicherung **Arbeitsunfähigkeitszeiten und dazugehörige Diagnosen der letzten 3 Jahre** übermittelt. Dafür füllt die Krankenkasse das Formular G120 (AUD-Beleg) aus. AUD heißt: Arbeitsunfähigkeitszeiten und Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen. In dem AUD-Beleg werden die Arbeitsunfähigkeitszeiten mit den dazugehörigen Diagnosen sowie Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalte aufgeführt. Der Antragsteller kann dagegen widersprechen, dass seine Krankenkasse diese Daten übermittelt. Diese Regelungen gelten jedoch nicht, wenn der Antragsteller bei der privaten Krankenversicherung versichert ist. Von den privaten Krankenkassen wird kein AUD-Beleg eingefordert. Diesen füllen grundsätzlich nur die gesetzlichen Krankenkassen aus.

<p>19.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wesentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.</p> <p>Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (zum Beispiel Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.</p>	<p>Unter Punkt 19.3 bestätigt der Antragsteller, dass alle Angaben des Antrags der Wahrheit entsprechen. Er versichert, dass ihm klar ist, dass wesentlich falsche Angaben dazu führen können, dass er keine Leistung erhält.</p> <p>Der Antragsteller verpflichtet sich, jede Wohnungsänderung und alle Änderungen seiner wirtschaftlichen Verhältnisse (z. B. Bezug von Kranken- oder Arbeitslosengeld) sofort mitzuteilen.</p>
<p>20 Unterschrift</p> <p>Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers (zum Beispiel Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger erforderlich.</p> <p>_____ Ort, Datum</p> <p>_____ Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers</p>	<p>Im Block 20 muss der Antragsteller neben dem Ort und Datum, an dem er den Rehabilitationsantrag ausgefüllt hat, seine Unterschrift setzen. Den Antrag darf ein Bevollmächtigter wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht nicht unterschreiben. Ob ein Betreuer unterschreiben darf, hängt vom Umfang der Betreuung ab. Wenn die Betreuung nur Verwaltungsfragen, wie z. B. die Rentenanspruchstellung, umfasst, darf er nicht unterschreiben. Der gesetzliche Vormund darf den Antrag unterschreiben.</p> <p>Mit seiner Unterschrift entbindet der Antragsteller seine behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht. Ärztliche Schweigepflicht bedeutet, dass der Arzt keine Informationen über den Patienten an Dritte weitergeben darf. Die Entbindung von der Schweigepflicht ist deshalb wichtig, damit der Rehabilitationsträger die notwendigen ärztlichen Unterlagen des Antragstellers einsehen darf, um so den Rehabilitationsbedarf und die Rehabilitationsprognose zu beurteilen.</p>

Um den Block 21 muss sich der Antragsteller nicht kümmern. Er wird von der Krankenkasse ausgefüllt, wenn der Rehabilitationsantrag bei ihr gestellt wird.

21 Bestätigung der Krankenkasse

- wird von der Krankenkasse ausgefüllt, sofern die Antragstellung über die Krankenkasse erfolgt -
 (nur ausfüllen, wenn eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation beantragt wird; entfällt bei privater
 Krankenversicherung)

	Institutionskennzeichen
Sie ist/ Er ist <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert Wurden für die Antragstellerin / den Antragsteller in den letzten 4 Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 1 SGB V (ambulante Rehabilitationsleistungen), § 40 Absatz 2 SGB V (stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationsseinrichtung) oder § 41 Absatz 1 SGB V (Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Muttergenesungswerkes) durchgeführt oder bezuschusst (§ 12 Absatz 2 SGB V)?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art und Zeitraum der Leistung
Anmerkung: Nicht anzugeben sind ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Absatz 2 und 4 SGB V) und Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 Absatz 1 SGB V).	
21.2 Werden zurzeit Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt? - nur ausfüllen, wenn die Krankenkasse nach § 28h Absatz 1 des Vierten Buches des Sozialgesetzbuches, Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung, auch Einzugsstelle für die Beiträge ist -	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	letzter Beitrag Monat Jahr
21.3 AUD-Beleg ist beigelegt	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Datum
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	

Anlage-Formulare

Das zusätzliche Anlage-Formular G110 muss ausgefüllt werden, um berufliche Belastungen und Krankheitsbeschwerden zu klären. Unter Punkt 1 geht es zunächst um die Arbeitsunfähigkeit und die gesundheitlichen Probleme. So soll unter Punkt 1.1 angegeben werden, wie lange die betroffene Person in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig (= krankgeschrieben) war. In den Punkten 1.2 und 1.3 wird anschließend erfragt, ob noch andere gesundheitliche Störungen oder eine Schwerbehinderung vorliegen. In Punkt 2 geht es um die berufliche Zukunft. In diesem Abschnitt sollen Angaben dazu

gemacht werden, ob der Antragsteller der Meinung ist, wieder in seinem Beruf arbeiten zu können oder nicht. Unter Abschnitt 3 wird anschließend der Arbeitsplatz beschrieben. Die Beschreibung enthält beispielsweise Angaben über die Arbeitshaltung, die Arbeitsorganisation, äußere Einflüsse und berufliches Kraftfahren. In den Punkten 4, 5 und 6 werden zuletzt noch Angaben über Arztbehandlungen, Begutachtungen sowie zum Betriebs- bzw. Personalarzt erfragt.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die am häufigsten benötigten Anlage- und Antrags-Formulare und deren Funktion.

Formular-Nr.	Bezeichnung	Wann wird es benötigt?
G110	Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Immer. Erfragt werden: Angaben zur Arbeitsunfähigkeit und zu gesundheitlichen Problemen, zur beruflichen Zukunft, zu Arztbehandlungen, zu Begutachtungen und zum Betriebsarzt/Personalarzt.
G115	Selbsteinschätzungsbogen	Freiwillig. Hilft den Ärzten der DRV bei der Einschätzung der Auswirkungen der gesundheitlichen Beschwerden auf den Alltag und das Berufsleben.
G120	AUD-Beleg (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation)	Immer. Wird von der Krankenkasse ausgefüllt. Erfragt werden: die Zeiten der Krankschreibung mit dazugehörigen Diagnosen sowie die bisherigen Aufenthalte im Krankenhaus und in der Rehabilitationseinrichtung.
G160	Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung	Wenn Anspruch auf Befreiung von Zuzahlung besteht (z. B. zu niedriges Einkommen, bereits an 42 Tagen im Kalenderjahr erfolgte Zuzahlung bei stationärer Behandlung). Kann zusammen mit dem G100 oder nach der Bewilligung des Antrags ausgefüllt bei der Deutschen Rentenversicherung eingereicht werden. Der Vordruck wird mit dem Bewilligungsbescheid übersandt.
G161	Bescheinigung des Arbeitgebers zum Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung	Wird gemeinsam mit der Anlage G160 bei der Antragstellung oder nach der Bewilligung des Antrags ausgefüllt und bei der Deutschen Rentenversicherung eingereicht.
G581	Antrag auf Haushaltshilfe/ Kinderbetreuungskosten	Wenn während des Rehabilitationsaufenthalts Haushaltshilfe und/oder Kinderbetreuung benötigt werden. Wird nach der Bewilligung des Antrags und vor Beginn der Rehabilitation ausgefüllt und unterschrieben bei der Deutschen Rentenversicherung eingereicht.
keine einheitliche Nummer	Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung	Immer. Der ärztliche Befundbericht unterrichtet über den Rehabilitationsbedarf (Diagnosen, Beschwerden, Funktionseinschränkungen, Risikofaktoren, bisherige Therapien) und Rehabilitationsfähigkeit.
G612	Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung für Kinder und Jugendliche	Immer, wenn Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche beantragt werden.
G510	Antrag auf Übergangsgeld (Teil A – Erklärung des Versicherten / Teil B – Entgeltbescheinigung / Teil C – Bescheinigung der Krankenkasse)	Wird als Anlage zum Bewilligungsbescheid übersandt. Soll ca. 14 Tage vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme bei der Deutschen Rentenversicherung eingereicht werden. Genaue Hinweise, welcher der Teile erforderlich sind, sind dem zum Vordruck gehörenden Merkblatt zu entnehmen.

Kann ich dazu verpflichtet werden, einen Antrag auf eine medizinische Rehabilitation zu stellen?

Wenn der behandelnde Arzt vorschlägt, einen Rehabilitationsantrag zu stellen, müssen Sie dies nicht zwangsläufig tun. Jeder kann selbst entscheiden, ob für ihn oder sie eine Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll ist.

Wenn Sie Krankengeld beziehen, können Sie von der Krankenkasse verpflichtet werden, einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen.

Konsequenzen muss die betroffene Person dabei nicht fürchten. Auch im laufenden Bewilligungsverfahren kann der Rehabilitationsantrag ohne Angabe von Gründen zurückgezogen werden.

Wenn der Versicherte Krankengeld bezieht, kann die Krankenkasse ihn dazu verpflichten, einen Antrag auf medizinische oder berufliche Rehabilitation zu stellen. Geschieht dies nicht, kann das

Krankengeld gekürzt werden. Auch die Arbeitsagentur kann zur Beantragung der Rehabilitation verpflichten.

Kann die Rehabilitation verschoben werden?

Erhält der Patient einen Bescheid von der Deutschen Rentenversicherung, dass die Rehabilitation genehmigt wurde, so ist dieser in der Regel sechs Monate gültig. Grundsätzlich sollte der Patient die Rehabilitation zum

TIPP:
Beginnen Sie die Rehabilitation so schnell wie möglich und verschieben Sie sie nur im Ausnahmefall.

von der Rehabilitationseinrichtung zugesendeten Datum antreten. Eine Verschiebung des Rehabilitationsbeginns ist nur in besonderen Fällen möglich. Hierzu kann der Patient die Rehabilitationseinrichtung kontaktieren, seine Gründe erläutern und um einen neuen Termin bitten. Es ist dennoch ungewiss, ob der Beginn der Rehabilitation

tatsächlich verschoben werden kann. Wichtig ist auch, dass der neue Termin in den sechsmonatigen Zeitraum der Bewilligung fällt. Falls der Versicherte Krankengeld bezieht, muss seine Krankenkasse die Verschiebung des Rehabilitationsbeginns genehmigen.

Zu beachten ist auch, dass die gesundheitliche Lage als Grund für die Verschiebung der Rehabilitation zur Neu-

einschätzung des Rehabilitationsbedarfs führen kann. Hierdurch kann die Rehabilitation gegebenenfalls abgelehnt werden. Auch muss berücksichtigt werden, ob der Patient zu diesem Zeitpunkt arbeitsfähig oder arbeitsunfähig ist. Bei Arbeitsfähigkeit kann dem Wunsch zu verschieben eher zugestimmt werden, bei vorliegender Arbeitsunfähigkeit wird es dagegen schwieriger. Sie dürfen nie vergessen: Das Ziel einer Rehabilitationsmaßnahme der Deutschen Rentenversicherung besteht darin, den Patienten so schnell wie möglich, an seinen Arbeitsplatz zurückzubringen.

Was kann ich machen, wenn mein Antrag abgelehnt wird?

Wird der Rehabilitationsantrag abgelehnt, stehen dem Antragsteller mehrere Möglichkeiten zur Verfügung.

Der Widerspruch

Bei Antragsablehnung kann ein begründeter Widerspruch eingelegt werden. Dieser muss innerhalb eines Monats schriftlich bei der Deutschen Rentenversicherung vorliegen. Unterstützung bei der Formulierung des Widerspruchs erhalten Versicherte durch die Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung, die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation, unterschiedliche Beratungs- und Vermittlungsstellen, Sozialverbände oder vom Hausarzt.

Beim Widerspruch muss der Versicherte möglichst sachlich seinen Krankheitsverlauf und seine bisherigen Therapien und deren Erfolge bzw. Misserfolge schildern. Auch eventuelle psychische Belastungen durch oder in Folge des körperlichen Leidens oder umgekehrt sollten erwähnt werden. Es muss unbedingt die Widerspruchsfrist von einem Monat eingehalten werden. Sollte es dem Betroffenen bis zum Ablauf der Frist nicht möglich sein, seine Begründung deutlich darzustellen, so sollte vorerst ein formloses Widerspruchsschreiben eingereicht werden, in dem der Betroffene darauf hinweist, dass er ein überzeugendes Schreiben nachreichen wird. Der Antragsteller kann, je nach Befinden, auch persönlich bei der Krankenkasse oder bei der Deutschen Rentenversicherung vorsprechen und sein Anliegen darlegen. Der Antragsteller kann durch Vorlage einer Stellungnahme oder eines neuen Befundberichtes seines behandelnden (Fach-)Arztes oder des Betriebsarztes die

TIPP:

Begründen Sie den Widerspruch individuell und umfassend und lassen Sie sich dabei ggf. helfen.

Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitation aus medizinischer Sicht begründen lassen. Grundsätzlich ist die eigene Begründung aber ausreichend.

Auf jeden Bescheid der Deutschen Rentenversicherung kann mit einem Widerspruch reagiert werden. Im Widerspruchsverfahren wird erneut geprüft, ob die vorhandene Diagnose für die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ausreichend ist und ob die ambulanten Angebote der Versorgung (z. B. *Psychotherapie*, Krankengymnastik etc.) bereits ausgeschöpft sind.

Wird der Widerspruch des Versicherten als begründet angesehen, bekommt er einen sogenannten *Abhilfebescheid*, in dem die vorgebrachte Kritik berücksichtigt wird. Mit dem Abhilfebescheid wird dem Versicherten Recht gegeben und die Rehabilitation wird bewilligt.

Ist die Deutsche Rentenversicherung jedoch der Ansicht, dass die Kritik unbegründet ist, wird der Widerspruch an die Zentrale Widerspruchsstelle weitergegeben. Dort entscheidet der Widerspruchsausschuss – ein Gremium der Selbstverwaltung bestehend aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern – darüber, ob dem Widerspruch Folge geleistet wird. Lehnt das Gremium

den Widerspruch ebenfalls ab, kann eine Klage vor dem Sozialgericht in Erwägung gezogen werden. Das Widerspruchs- und Sozialgerichtsverfahren sind für den Versicherten kostenlos. Wenn der Versicherte einen Anwalt beauftragt, muss er ihn unter Umständen selbst bezahlen.

Alternativen zur medizinischen Rehabilitation

Wird der Antrag abgelehnt, so lohnt es sich zunächst zu überlegen, ob die gesundheitlichen Beschwerden durch andere Maßnahmen behoben werden können. Denn nicht immer ist die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung zum Zeitpunkt der Antragstellung angezeigt.

Zum Beispiel stehen im Bereich der ambulanten Versorgungsstrukturen zahlreiche Möglichkeiten zur Verfügung, wie *Psychotherapien* oder *Physiotherapien*. In jedem Fall ist es für den Versicherten empfehlenswert, sich bei seinem behandelnden Arzt darüber zu erkundigen und sich auch über vorbeugende und gesundheitsfördernde Angebote sowohl im privaten Bereich als auch bei der Krankenkasse (etwa Fitnesskurse, Rückenschule, Ernährungsberatung) zu informieren und diese gegebenenfalls in Anspruch zu nehmen.

Das Wichtigste in Kürze

- Informationen zur medizinischen Rehabilitation gibt es bei den Regionalträgern der Deutschen Rentenversicherung, bei der Deutschen Rentenversicherung Bund, bei den Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung, bei der Gesetzlichen Krankenversicherung und den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation. Dort sind auch alle Antragsformulare erhältlich.
- Die erste Anlaufstelle ist der behandelnde Arzt.
- Der ärztliche Befundbericht ist neben dem Antragsformular ein elementarer Bestandteil der Antragstellung.
- Einige Rentenversicherungen fordern nach Antragstellung zusätzlich ein medizinisches Gutachten an.
- Ein Antrag auf medizinische Rehabilitation kann bei der Renten-, Kranken- oder der Unfallversicherung eingereicht werden.
- Der Rehabilitationsantrag G100 ist in 21 Blöcke eingeteilt. Das Ausfüllen dauert nicht länger als 20 Min.
- Die Krankenkassen können Versicherte, die Krankengeld beziehen, zur Beantragung der Rehabilitation verpflichten. Anderenfalls kann das Krankengeld gekürzt werden. Auch die Arbeitsagentur kann zur Beantragung der Rehabilitation verpflichten.
- Wird der Antrag bewilligt, ist der Rehabilitationsbescheid der Deutschen Rentenversicherung sechs Monate gültig. Eine Verschiebung des Rehabilitationsbeginns ist nur in besonderen Fällen möglich.
- Die medizinische Rehabilitation kann – außer der Versicherte wurde von der Krankenkasse oder der Arbeitsagentur dazu verpflichtet – abgelehnt werden.
- Wird der Antrag auf Rehabilitation abgelehnt, kann sich der Versicherte über verschiedene gesundheitsfördernde Angebote informieren und sie ggf. in Anspruch nehmen oder einen begründeten Widerspruch innerhalb eines Monats bei der Deutschen Rentenversicherung einreichen.
- Wird dem Widerspruch stattgegeben, bekommt der Versicherte einen Abhilfebescheid und die Rehabilitation wird bewilligt. Wird der Widerspruch abgelehnt, so kann vor dem Sozialgericht geklagt werden.

4. Während der Rehabilitation

Vorbereitung und Anreise

Nach der Bewilligung der Deutschen Rentenversicherung bekommt der Leistungsempfänger einen Bescheid

TIPP:

Gute Vorbereitung erleichtert Ihnen den Start in die Rehabilitation. Kontaktieren Sie die Rehabilitationseinrichtung, um letzte Fragen zu klären.

der ausgewählten Rehabilitationseinrichtung. In diesem wird mitgeteilt, wann und wo die Rehabilitation beginnt. Zwischen der Bewilligung der Rehabilitation und deren Beginn liegen meist nur wenige Wochen. Eine gute Vorbereitung – vor allem bei einer stationären Rehabilitation – kann den Start in die Rehabilitation erleichtern. Bevor eine Rehabilitationsmaßnahme angetreten wird, sollte mit der

jeweiligen Einrichtung Kontakt aufgenommen werden, um eventuelle Fragen zu klären.

Diese Sachen sollte der Patient für seinen Aufenthalt in der Einrichtung auf keinen Fall vergessen:

- Bekleidung für drinnen und draußen (wetterfeste Bekleidung)
- Jogginganzug oder Sportbekleidung
- Sportschuhe
- Badebekleidung (Badeanzug oder Badehose, Badeschuhe, Bademantel)
- Handtücher
- evtl. Sportmaterialien (z. B. Nordic-Walking-Stöcke)
- Arztberichte und Befunde
- bei Allergikern: Allergiker-Pass
- bei Diabetikern: Diabetiker-Pass
- bei Personen mit Herzschrittmacher: Herzschrittmacher-Ausweis
- evtl. Röntgenbilder
- Versichertenkarte
- Medikamente
- benötigte Hilfsmittel (z. B. Unterarmgehstützen, Hörgeräte)
- Liste mit den wichtigsten Telefonnummern
- Bücher, CDs, Spiele, ...

Falls der Patient beispielsweise aus religiösen Gründen eine bestimmte Kleiderordnung einhalten muss (z. B. keine eng anliegende Kleidung, Burkini), sollte er das mit dem Arzt der Rehabilitationseinrichtung besprechen.

Die Fahrt muss vom Patienten oder seinen Angehörigen selbstständig organisiert werden. Hinweise gibt es im Bewilligungsbescheid der Deutschen Rentenversicherung. Die Deutsche Rentenversicherung übernimmt die Fahrtkosten für Bahnfahrten in der 2. Klasse und für die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln zur Rehabilitationseinrichtung und nach Hause in voller Höhe. Für Fahrten mit dem Auto werden 20 Cent pro gefahrenen Kilometer erstattet, maximal jedoch insgesamt 130,00 € für die Hin- und Rückfahrt bei der stationären Rehabilitation im Jahr 2015. Bei der ambulanten Rehabilitation werden die Kosten für die Fahrt mit dem Auto im Rahmen des Notwendigen erstattet. Die Höhe der Fahrtkostenerstattung kann sich von Jahr zu Jahr ändern. Informationen dazu gibt es bei der Deutschen Rentenversicherung. Viele ambulante Rehabilitationseinrichtungen bieten übrigens kostenlose Fahrdienste an. Bei der ambulanten Rehabilitation kann der Patient zur Einrichtung und wieder nach Hause auch mit dem Patiententaxi gefahren werden, wenn er in seiner Bewegung eingeschränkt ist. Bei der stationären Rehabilitation können zwei Gepäckstücke zusätzlich postalisch versandt werden. Die Fahrtkostenerstattung muss bei der Rentenversicherung (bei Fahrten mit der Bahn oder mit den öffentlichen Verkehrsmitteln unter Vorlage der Tickets) beantragt werden.

! Die Fahrt zur Rehabilitationseinrichtung und zurück bezahlt die Deutsche Rentenversicherung.

Unterbringung und Verpflegung

In der stationären Rehabilitationseinrichtung werden die Patienten in Einzel- oder Mehrbettzimmern untergebracht. In solchen Einrichtungen ist eine Selbstversorgung meistens nicht möglich, da es häufig keine Patientenküche gibt. Manchmal verfügt die Einrichtung über eine Teeküche, in der es einen Wasserkocher gibt.

Eine speziell auf die religiösen Vorschriften abgestimmte Ernährung gibt es in den meisten Rehabilitationseinrichtungen nicht. Allerdings bieten die meisten Einrichtungen ein vielfältiges vegetarisches Ernährungsangebot an. Es stehen zu jeder Zeit auch Diätas-

TIPP:

Besprechen Sie Ihre Essenswünsche.

sistenten zur Verfügung, mit denen ein gemeinsamer Ernährungsplan ausgearbeitet und die speziellen Wünsche des Patienten dabei geäußert werden können. Sollte der Patient gerne dem Fastengebot während des Fastenmonats Ramadan nachkommen, ist es in den meisten Einrichtungen möglich,

sich das Essen zurücklegen zu lassen und am Abend wieder aufzuwärmen. Bei speziellen Essensgewohnheiten sollten die Patienten im Vorfeld mit ihrer Einrichtung abklären, ob dies auch während der Rehabilitation möglich ist. Natürlich haben die Patienten auch die Möglichkeit sich im Vorfeld im Internet oder telefonisch bei unterschiedlichen Einrichtungen zu informieren und bei der Beantragung der Rehabilitation eine entsprechende Wunscheinrichtung anzugeben.

Grundsätzlich ist es kein Problem, dass Angehörige Lebensmittel bei ihren Besuchen mitbringen. Es sollte aber in jedem Fall mit der Einrichtung abgesprochen werden. Leicht verderbliche Lebensmittel sollten im Kühlschrank aufbewahrt werden. Wenn es keine Lagerungsmöglichkeit gibt, sollten nur haltbare Lebensmittel mitgebracht werden. Gerade wenn Patienten Schon- oder Diätkost erhalten, sollten sie ihre Freunde und Verwandte darauf hinweisen. Es kann den Rehabilitationsverlauf ungünstig beeinflussen, wenn sie eine Ernährungsumstellung durchführen und dann beispielsweise fettreiche Kost oder Süßigkeiten zu sich nehmen.

Verhaltensregeln in der Einrichtung

Je nach Einrichtungen gibt es unterschiedliche Verhaltensregeln zu beachten. Grundsätzlich gilt, dass alles, was den Rehabilitationsverlauf ungünstig beeinflusst, nicht erwünscht ist. Patienten, die z. B. in einer Rehabilitationseinrichtung für Lungenerkrankungen untergebracht sind, ist das Rauchen meist untersagt. In allen Einrichtungen ist der Konsum von Alkohol und Drogen verboten.

In jeder Rehabilitationseinrichtung gibt es einen festen Tagesablauf, der möglichst von allen Patienten einge-

halten werden sollte. Dazu gehören z. B. Essenszeiten, Ruhezeiten, Nachtruhe und Besuchszeiten. Patienten sollten sich grundsätzlich an die Vorgaben der Einrichtung und des Rehabilitationsteams halten. Bei einer Ernährungsumstellung sollte das Essverhalten berücksichtigt werden.

Das Rehabilitationsteam

Heute weiß man, dass die Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Erkrankungen mit vielen Faktoren einhergeht: Neben medizinischen spielen immer auch soziale und psychische Faktoren eine Rolle. Ein häufiges Beispiel ist die Bewegungsangst von Rückenschmerzpatienten: Sie vermeiden oftmals schmerzhafte Bewegungen aus der Angst heraus, diese Bewegungen könnten zu noch größeren Schäden führen. In Wirklichkeit verursacht aber gerade dieses Schonverhalten eine weitere Verschlimmerung ihrer Erkrankung. Daher ist die medizinische Rehabilitation heutzutage auch eine komplexe Maßnahme, die sich aus verschiedenen einzelnen Therapiebausteinen (z. B. Krankengymnastik, Training, Schulungen, psychologische Gruppengespräche, sozialdienstliche Beratung) zusammensetzt und an der ein Team aus Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Physio- oder Ergotherapeuten beteiligt ist. Es geht darum, den Menschen und sein Gesundheitsproblem in seiner Ganzheit zu sehen, zu verstehen und zu behandeln. Deshalb kümmert sich von Anfang an dieses *multiprofessionelle* Team um den Patienten. Je nach Krankheitsbild und damit verbundenen Einschränkungen kommen die Patienten dabei mit unterschiedlichen Berufsgruppen in Kontakt.

! Sie werden in der medizinischen Rehabilitation von unterschiedlichen Berufsgruppen betreut.

Der **Arzt** kümmert sich um die gesamte medizinische Behandlung und koordiniert den Rehabilitationsverlauf. Er stellt Verordnungen für Medikamente, therapeutische Maßnahmen und benötigte Hilfsmittel aus. Er bewertet unter Berücksichtigung der Funktionsstörungen des Patienten die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. Er vergleicht dabei das Leistungsvermögen mit den Anforderungen der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit einerseits und den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes andererseits. Er bespricht mit den Betroffenen auch, wie es nach der Entlassung

weiter gehen soll und gibt Ratschläge zu weitergehenden Rehabilitationsangeboten.

Psychologen und **Psychotherapeuten** bieten unter anderem Einzelberatungen oder Gruppengespräche während des Rehabilitationsverlaufs an und führen psychologische *Diagnostik* durch.

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und **sozialer Dienst** haben die Aufgabe, dem Patienten im sozialen Bereich unterstützend und beratend zur Seite zu stehen (z. B. Berufsberatung, Beratung zur häuslicher Versorgung, zu finanziellen Fragen etc.). Gemeinsam können mögliche Einflussfaktoren aus dem sozialen Bereich auf den Gesundheitszustand identifiziert und Lösungen erarbeitet werden, die nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme in der gewohnten Umgebung umgesetzt werden.

Physiotherapeuten oder **Bewegungstherapeuten** entwickeln Bewegungsprogramme, die sowohl im Fitnessraum, als auch in der freien Natur stattfinden können. Je nach Erkrankung bieten sie auch spezielle Einzelbehandlung und arbeitsbezogenes Training an.

Ergotherapeuten unterstützen bei der Bewältigung des Alltags und bei der Wiedereingliederung in den Beruf. Sie beraten zu Hilfsmitteln und üben mit den Patienten gezielt die Aufgaben, die sie auch bei der täglichen Arbeitsroutine benötigen.

Gesundheits- und Krankenpfleger kümmern sich ebenfalls um die medizinische Versorgung und unterstützen den Patienten bei der Bewältigung des Alltags. Zu ihren Aufgaben gehören unter anderem die Medikamentengabe nach ärztlicher Verordnung, Wundheilungsmanagement, Hilfe zur Selbsthilfe und die Mobilisation.

Diätassistenten stehen bei allen Fragen rund um das Thema Ernährung an der Seite des Patienten. Sie entwickeln Ernährungspläne und helfen bei Ernährungsumstellungen bzw. Ernährungseinstellungen, wie z. B. auf fettarme Ernährung oder Ernährung über eine Sonde (parenterale Ernährung). Außerdem unterstützen sie bei der praktischen Umsetzung in Form von Kochkursen.

Spezielle weitere Berufsgruppen wie **Logopäden** oder **Sprachtherapeuten** helfen, wenn Sprach-, Sprech- oder Schluckprobleme vorliegen. Dies kann besonders nach einem Schlaganfall oder anderen *neurologischen* Erkrankungen auftreten.



Außerdem arbeiten in der Rehabilitationseinrichtung auch Reinigungskräfte und Küchenpersonal.

Der Rehabilitationsablauf

Um die für das individuelle Gesundheitsproblem passenden Maßnahmen zusammenstellen zu können, wird jeder Patient zu Rehabilitationsbeginn im sogenannten ärztlichen Aufnahmegespräch zunächst einmal umfassend zu seinen Problemen befragt. Auch bereits vorliegende Befunde werden dabei gesichtet und mit dem Patienten besprochen.

Nach dem Gespräch folgen in der Regel einige ärztliche Untersuchungen. Abhängig von der Erkrankung können dabei unterschiedliche diagnostische Mittel zum Einsatz kommen, wie z. B. das Elektrokardiogramm (EKG), die Blutabnahme. Von der Erkrankung hängt auch ab, ob ein solches Aufnahmegespräch sowie diagnostische Untersuchungen auch durch andere Mitglieder des Rehabilitationsteams, wie z. B. dem Psychologen oder Sozialpädagogen, notwendig sind. In der Rehabilitation spielen nicht nur die gesundheitlichen Probleme eine Rolle, sondern vor allem, wie diese gesundheitlichen Probleme das tägliche Leben und die gesellschaftliche Verantwortung, z. B. die beruflichen Aktivitäten oder die familiäre Rolle, beeinflussen. Deshalb ist es wichtig, dass alle Fragen ehrlich beantwortet werden, denn nur so können sich der Arzt und sein Rehabilitationsteam ein umfassendes Bild des Gesundheitszustandes und der möglichen Einflussfaktoren machen. Rückfragen sind natürlich jederzeit erlaubt. Aufbauend auf diesen ersten Untersuchungen und Gesprächen werden gemeinsam mit dem Patienten Rehabilitationsziele festgelegt und ein entsprechender Therapieplan erstellt.

TIPP:
Beantworten Sie ehrlich die Fragen des Arztes, um die bestmögliche Therapie zu erhalten.

! Es werden zahlreiche verschiedene Therapien angeboten.

In den folgenden Tagen der medizinischen Rehabilitation erhält der Patient dann die für ihn vorgesehenen Therapien. Diese reichen von Bewegungs- und Sportprogrammen über Entspannungsmaßnahmen bis hin zur Ernährungsberatung.

Hier eine kleine Auswahl:

- *Ergotherapie* und Arbeitstherapie (z. B. *Funktionstraining, Arbeitsplatztraining, Hilfsmitteltraining*), Physio-, Sport- und Bewegungstherapie (z. B. Krankengymnastik, Wassergymnastik, Rückenschule, Kraft- und Gerätetraining, Nordic Walking)
- Beratungsangebote des Sozialdienstes (z. B. Sozialrechtliche Beratung, Berufsberatung)
- psychologische Einzel- und Gruppengespräche
- Entspannungsmaßnahmen
- kreative Angebote (Tanz, Theater, Basteln, Musiktherapie)
- Massagen, Bäder, Packungen
- spezielle Maßnahmen (z. B. Entstauungstherapie, Sprach- und Sprechtraining, Ernährungsberatung)
- gesundheitliche Aufklärung über Risikofaktoren (z. B. Übergewicht, Rauchen, Alkoholkonsum)

Niemand kann allerdings gezwungen werden, an einer therapeutischen Maßnahme teilzunehmen. Zu beachten ist jedoch, dass der Patient während seiner Rehabilitation zur Mitwirkung verpflichtet ist, damit die Rehabilitation auch erfolgreich abgeschlossen werden kann. Das bedeutet auch, dass bestimmte Therapien nicht gestrichen oder ausgetauscht werden können. Daher

sollte der Patient, wenn er bestimmte Maßnahmen aus religiösen oder weltanschaulichen Gründen ablehnt, mit seinem Arzt oder dem jeweiligen Therapeuten darüber sprechen. Vielleicht gibt es ja eine andere Möglichkeit, die Therapiezeit sinnvoll zu nutzen. Es ist jedoch immer empfehlenswert, alle festgelegten Maßnahmen wahrzunehmen, damit sich der Gesundheitszustand baldmöglichst verbessert.

TIPP:

Besprechen Sie mit dem Arzt, welche Therapien Sie nicht wahrnehmen möchten und welche Alternativen es gibt.

Insbesondere in der Rehabilitation zur Behandlung einer psychosomatischen Erkrankung muss dem Patienten bereits anfangs klar sein, dass es (auch gemischtgeschlechtliche) Gruppengespräche und Gruppenbewegungstherapien gibt. Dieses Gruppenkonzept ist sehr hilfreich. Deshalb muss der Patient bereit sein, an diesen Gruppentherapien teilzunehmen.

Im Verlauf der Rehabilitation findet eine erneute ärztliche Untersuchung statt, um den gesundheitlichen Fortschritt zu überprüfen und gegebenenfalls weitere Maßnahmen einzuleiten oder den Bedarf für eine Verlängerung der Rehabilitation festzustellen. Zum Abschluss der Rehabilitation findet ein Beratungsgespräch mit dem Arzt statt. Dieser informiert über mögliche *Nachsorgeangebote* und *Rehabilitationssport*. Der Entlassungsbericht wird an die Deutsche Rentenversicherung und auf Wunsch des Patienten auch an den Hausarzt übersandt.

Der Tagesablauf

Täglich finden zwischen vier und sechs Stunden Therapie statt. In den Abendstunden und am Wochenende gibt es normalerweise keine Anwendungen.

In den ambulanten Rehabilitationszentren erhalten die Patienten normalerweise ein Mittagessen. Meistens stehen hier auch Ruheräume zur Entspannung zur Verfügung, die in der therapiefreien Zeit genutzt werden können.

In der stationären Rehabilitation sind die Patienten in der Einrichtung untergebracht und erhalten Vollverpflegung. In der freien Zeit bieten die meisten Einrichtungen zusätzliche Aktivitäten an, wie Lesungen, Tanzabende oder Ausflüge. Bei Interesse an den Angeboten sollten sich die Patienten direkt vor Ort über mögliche Kosten und Voraussetzungen zur Teilnahme informieren.

Möglichkeiten zum Gebet

Je nach Einrichtung gibt es spezielle Räume für Stille und Gebet. Natürlich kann der Patient auch sein Zimmer für das Gebet nutzen. Informieren kann sich der Patient im Internet oder telefonisch. Der Einrichtungswunsch sollte dann bereits bei der Antragstellung angegeben werden.

Besuchs- und Begleitregelungen

Normalerweise ist es kein Problem, während des Rehabilitationsaufenthaltes Besuch zu bekommen. Verwandte und Freunde sollten aber nur in der therapiefreien Zeit kommen, um den Rehabilitationsverlauf nicht

ungünstig zu beeinflussen. Informationen über die Besuchszeiten der Einrichtungen erhalten die Patienten

TIPP:

Besprechen Sie mit der Rehabilitationseinrichtung, wann Sie Besuch bekommen dürfen.

beim Empfang oder auf der jeweiligen Internetseite. Bei Unklarheiten sollte der Patient auf jeden Fall Rücksprache halten.

Die Besuchsregelungen bei einem Rehabilitationsaufenthalt können je nach Einrichtung sehr unterschiedlich sein. Gerade in psychosomatischen Einrichtungen kann es sein, dass der Patient zu Beginn und

während der Behandlung keinen Besuch empfangen darf. Hier ist es wichtig, sich rechtzeitig zu informieren.

Einige Rehabilitationseinrichtungen bieten auch die Möglichkeit zur Übernachtung des Besuchs im Patientenzimmer oder in einem separaten Zimmer an. Die Kosten werden jedoch nicht von der Deutschen Rentenversicherung getragen. Ob die Möglichkeit besteht und wie hoch die Kosten sind, kann bei der Rehabilitationseinrichtung erfragt werden.

Ist es aus medizinischer oder therapeutischer Sicht notwendig, kann die Partnerin oder der Partner mit dem Patienten gemeinsam an der Rehabilitation teilnehmen. Die Übernachtungs- und Verpflegungskosten sowie ein möglicher Verdienstausschluss werden dann von der Rentenversicherung übernommen. Zu den Voraussetzungen gehören, dass:

- der Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme ohne eine Begleitperson gefährdet ist
- ein ständiger Betreuungsbedarf besteht, den die Rehabilitationseinrichtung nicht leisten kann
- die Begleitperson angeleitet wird, den Patienten im Alltag zu unterstützen und z. B. den Umgang mit therapeutischen Verfahren oder Hilfsmitteln zu erlernen.

Dies wird jedoch nur finanziert, wenn die Maßnahme nicht am Wohnort des Patienten stattfinden kann.

Bei manchen Einrichtungen besteht die Möglichkeit, dass der Partner als Begleitperson an der Rehabilitationsmaßnahme teilnimmt, auch wenn es medizinisch nicht notwendig ist. Die Kosten für die Unterbringung, die Verpflegung und eventuelle Leistungen müssen vom Patienten bzw. der Begleitperson getragen werden. Ob es möglich ist, dass eine Begleitperson

mitkommt, kann am besten direkt bei der jeweiligen Einrichtung erfragt werden.

Handelt es sich bei dem Patienten um ein Kind, das jünger als acht Jahre alt ist, kann ein Elternteil oder eine andere Begleitperson das Kind beim Rehabilitationsaufenthalt begleiten. Wenn die Kinder älter sind, können sie begleitet werden, wenn es medizinisch notwendig ist. Die Rentenversicherung übernimmt die entstandenen Kosten: Reisekosten, Unterkunft und Verpflegung. Bis zum 15. Geburtstag kann das Kind bei der An- und Abreise begleitet werden. Bei Berufstätigkeit können die Begleitpersonen einen unbezahlten Urlaub nehmen. Die Rentenversicherung erstattet auf Antrag das Gehalt.

Verständigungsprobleme aufgrund geringer Deutschkenntnisse

Bei einer ärztlichen Untersuchung bzw. beim ärztlichen Aufnahmegespräch kann auf Wunsch des Arztes ein Dolmetscher hinzugezogen werden, wenn die Verständigung sonst nicht möglich ist. Die Finanzierung wird durch die Deutsche Rentenversicherung übernommen. Dies gilt nur für das ärztliche Aufnahmegespräch. Für weitere therapeutische Maßnahmen steht dem Patienten kein Übersetzer zu, außer er finanziert die Gebühren und Unterbringung selbst bzw. lässt sich von einer Person, die seine Sprache spricht, begleiten.

! Ein Dolmetscher kann beim ärztlichen Aufnahmegespräch hinzugezogen werden.

Die geringen Deutschkenntnisse können im Rehabilitationsantrag angegeben werden, um dadurch die Wahl der Rehabilitationseinrichtung zu beeinflussen.

Es ist auch empfehlenswert, sich im Vorfeld über Rehabilitationseinrichtungen mit muttersprachlichem Rehabilitationspersonal zu erkundigen und eine entsprechende Wunschrichtung bei der Antragstellung anzugeben.

Spezielle Angebote für Migranten

In einzelnen Rehabilitationseinrichtungen wurden spezielle Angebote für Migranten eingerichtet. Dort bekommen Patienten die gleiche Betreuung und Behandlung wie in jeder anderen Rehabilitationseinrichtung.



Mitwirkungspflicht und Abbrechen der Rehabilitation

Für eine erfolgreiche medizinische Rehabilitation ist die Mitwirkung des Patienten von ganz entscheidender Bedeutung. Es wird sogar von einer *Mitwirkungspflicht* gesprochen. Patienten sollten möglichst alle Therapieabsprachen einhalten, sich aktiv mit den Angeboten auseinandersetzen und neue Erkenntnisse und Erfahrungen in den Alltag übertragen. Unterstützung erhalten sie dabei vom gesamten Rehabilitationsteam. Falls ein Patient seiner Mitwirkungspflicht nicht nachkommt

und der Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme dadurch gefährdet wird, kann die Deutsche Rentenversicherung Sozialleistungen kürzen oder sogar entziehen. Dies ist aber nicht gewollt und ein absoluter Ausnahmefall. Erhält der Patient Krankengeld und hat die Krankenkasse ihn zu einem Rehabilitationsaufenthalt verpflichtet, kann auch das Krankengeld gekürzt werden.

! Als Patient sind Sie verpflichtet, in der Rehabilitation aktiv mitzumachen.

Es gibt viele Gründe, warum ein Patient eine Rehabilitation abbrechen möchte. Allerdings sollten der Entscheidung, den Rehabilitationsaufenthalt abzubrechen, immer ausführliche Überlegungen vorangehen. Denn Ziel der Rehabilitation ist es, den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden des Patienten zu verbessern. Bei einer vorzeitigen Beendigung der Rehabilitation können die Rehabilitationsziele eventuell nicht erreicht werden. Wenn der Rehabilitationsabbruch unvermeidbar ist, sollte der Patient Rücksprache mit seinem behandelnden Arzt in der Rehabilitationseinrichtung halten. Dieser stellt dann eine Bescheinigung aus, die bestätigt, dass keine Gründe gegen den Abbruch sprechen. Wird diese Bescheinigung nicht erstellt, kann es passieren, dass Sozialleistungen, wie Krankengeld, gekürzt werden. Nach Verlassen der Rehabilitationseinrichtung sollte der Patient sich an die Deutsche Rentenversicherung wenden und die Gründe für den Abbruch darlegen. Wenn der Betroffene Übergangsgeld der Rentenversicherung bezieht, muss er dieses für die noch offene Rehabilitationszeit zurückzahlen. Der Patient muss jedoch nicht die Rehabilitation insgesamt bezahlen, wenn er sie abbricht.

Jeder sollte sich bewusst machen, dass der Abbruch einer Rehabilitation Einfluss auf spätere Rehabilitationsanträge haben kann. Dabei wird insbesondere geprüft, aus welchen Gründen die Rehabilitation abgebrochen wurde.

Der Unterschied besteht darin, dass ihre kulturellen und religiösen Bedürfnisse in besonderem Maße berücksichtigt und Sprachprobleme durch Dolmetscher abgebaut werden. Zu den Angeboten gehören z.B. nach Geschlechtern getrennte Stationen, eigene Gebetsräume, Fahrdienste zum Gebet in die Moschee oder die therapeutische Behandlung durch eine Person gleichen Geschlechts. Zu beachten ist jedoch, dass nicht jede Rehabilitationseinrichtung solche Angebote hat und nicht jedem kultur- und religionspezifischen Bedürfnis bzw. Wunsch entsprochen werden kann. Zudem sollte berücksichtigt werden, dass eine Rehabilitationseinrichtung mit migrantenspezifischen Angeboten je nach Erkrankung nicht immer die beste Wahl ist. Eine speziell auf die Erkrankung spezialisierte Rehabilitationseinrichtung kann unter Umständen eine wesentlich bessere Behandlung bieten, auch wenn sie keine Angebote für Migranten vorhält.

Informationen zu den verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen erhalten Interessierte in den Auskunft- und Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger, in den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation oder im Internet auf den Seiten der jeweiligen Rehabilitationseinrichtungen. Im Adressverzeichnis befinden sich Links, mit deren Hilfe die passende Rehabilitationseinrichtung gesucht werden kann.

Das Wichtigste in Kürze

- Um die Vorbereitung der Rehabilitation und die Anreise muss sich der Versicherte selbst kümmern.
- Die Fahrtkosten zur Rehabilitationseinrichtung und zurück werden größtenteils von der Deutschen Rentenversicherung getragen.
- In jeder Rehabilitationseinrichtung gibt es Verhaltensregeln (u. a. auch Besuchsregeln), an die sich jeder Patient halten muss.
- In der Rehabilitationseinrichtung kümmert sich ein multiprofessionelles Rehabilitationsteam bestehend aus Ärzten, Therapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter etc. um den Patienten.
- Die medizinische Rehabilitation setzt sich je nach Erkrankung und Rehabilitationsziel aus verschiedenen einzelnen Therapiemaßnahmen zusammen. Das Rehabilitationsziel sowie die einzelnen Maßnahmen werden im ärztlichen Aufnahmegespräch festgelegt.
- Für das ärztliche Gespräch kann auf Wunsch des Arztes ein Dolmetscher hinzugezogen werden.
- Jeden Tag finden vier bis sechs Stunden Therapie statt. In den Abendstunden und an den Wochenenden ist jedoch meist therapiefreie Zeit.
- Manche Rehabilitationseinrichtungen verfügen über Gebetsräume, es kann aber auch das eigene Zimmer für das Gebet genutzt werden.
- Zum Ende der Rehabilitation berät der Arzt über Nachsorgeangebote und Rehabilitationssport und erstellt einen Entlassungsbericht.
- Der Patient kann begleitet werden, wenn dies aus medizinischer Sicht notwendig ist. Ansonsten kann eine Begleitperson ggf. auf eigene Kosten mitkommen.
- Bis zum 8. Geburtstag ist die Begleitung eines Kindes grundsätzlich möglich. Die Begleitperson/Elternteil kann unbezahlten Urlaub nehmen. Der Verdienstausschlag sowie die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Reise werden von der Deutschen Rentenversicherung getragen. Bis zum 15. Geburtstag kann das Kind bei der An- und Abreise begleitet werden.
- Einige Rehabilitationseinrichtungen haben spezielle Angebote für Migranten.
- Der Patient ist verpflichtet an der Erreichung des Rehabilitationsziels aktiv mitzuwirken, also an den vorgeschlagenen Therapien teilzunehmen. Ggf. können alternative Therapien besprochen werden.
- Das Abbrechen der Rehabilitation kann nur nach Zustimmung des behandelnden Arztes in der Rehabilitationseinrichtung, der die entsprechende Bescheinigung ausstellt, erfolgen. Der Patient muss eine abgebrochene Rehabilitation nicht selbst bezahlen. Ein Abbruch kann Einfluss auf spätere Rehabilitationsanträge haben.

5. Nach der Rehabilitation

Die nachfolgend beschriebenen Maßnahmen nach erfolgter medizinischer Rehabilitation können je nach individuellem Bedarf empfohlen, ergriffen und/oder eingeleitet werden.

Rehabilitationssport, Funktionstraining, Nachsorge

Um den Erfolg der Rehabilitation zu sichern und das in der Rehabilitation Gelernte in den Alltag zu übertragen, kann im Anschluss an die medizinische Rehabilitation Rehabilitationssport, Funktionstraining oder ein Nach-

! Es gibt verschiedene Möglichkeiten, nach der Rehabilitation die Gesundheit noch weiter zu stärken.

sorgeprogramm der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch genommen werden. Ob dies notwendig ist, entscheidet der Arzt in der Rehabilitationseinrichtung. Er stellt eine Verordnung aus und klärt den Patienten im Abschlussgespräch darüber auf. Wichtig ist, dass die Angebote je nach Art innerhalb von sechs Wochen bzw. drei Monaten

nach der Beendigung der Rehabilitation beginnen müssen, sonst verfällt die ärztliche Verordnung. Die jeweilige Frist steht in dem Merkblatt, das mit der Verordnung ausgegeben wird.

Rehabilitationssport und Funktionstraining

Im Rahmen des Rehabilitationssports und des Funktionstrainings werden bewegungstherapeutische Übungen in Gruppen unter professioneller Anleitung durchgeführt. Normalerweise läuft der Rehabilitationssport bzw. das Funktionstraining über sechs Monate. Es wird wohnortnah angeboten, damit der Teilnehmer die Möglichkeit hat, wieder in den Beruf einzusteigen. Rehabilitationssport bietet sich nach der Rehabilitation bei Erkrankungen des Bewegungsapparates, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bestimmten Krebs- und Atemwegserkrankungen an. Für Personen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen gibt es auch spezielle „Herzgruppen“. Funktionstraining – in der Regel (Wasser-) Gymnastik – dagegen kommt bei rheumatischen Erkrankungen zum Einsatz.

Nachsorgeprogramme

Neben den bewegungstherapeutisch ausgerichteten Programmen des Rehabilitationssports und des Funktionstrainings bieten die einzelnen Rentenversicherungsträger für verschiedene Erkrankungen auch ganzheitlichere Nachsorgeprogramme an. Hier werden die bewegungstherapeutischen Maßnahmen dann vor allem durch Schulungen, aber auch durch Beratungen ergänzt. Ziel ist es, die eingeschränkten Fähigkeiten des Patienten nach der Rehabilitation weiter zu verbessern, seine persönlichen und sozialen Kompetenzen weiter zu fördern, die in der Rehabilitation angestoßene Änderung des Lebensstils zu verfestigen und das dort Gelernte nachhaltig in den Alltag umzusetzen. Diese strukturierten Nachsorgeprogramme finden in Gruppen statt und erfolgen berufsbegleitend. Die Anzahl der Termine und die konkret durchgeführten Maßnahmen sind je nach Programm unterschiedlich.

Berufliche Wiedereingliederung

Nach einer längeren Arbeitsunfähigkeit ist es oftmals nicht leicht, wieder an den bisherigen Arbeitsplatz zurückzukehren. Die Arbeitsbelastung muss schonend wieder aufgenommen werden.

War der Arbeitnehmer im Laufe eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt krankgeschrieben, also arbeitsunfähig, ist der Arbeitgeber dazu verpflichtet, ihm ein sogenanntes Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten. Dabei entscheidet der Arbeitnehmer selbst, ob er daran teilnehmen möchte. Im Rahmen des BEM-Gesprächs erarbeitet der Arbeitgeber gemeinsam mit dem Arbeitnehmer sowie – nach Zustimmung des Arbeitnehmers – mit weiteren Fachleuten (etwa Betriebs- oder Personalrat, Schwerbehindertenvertretung, Betriebs- bzw. Werksarzt, Mitarbeiter der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation, Integrationsamt) die Maßnahmen, mit deren Hilfe der Arbeitnehmer in dem Betrieb wieder beschäftigt werden kann. Diese Maßnahmen können die Verringerung der wöchentlichen Arbeitszeit oder die stufenweise Wiedereingliederung sein. Bei der stufenweisen Wiedereingliederung ist der

Arbeitnehmer zunächst nur wenige Stunden im Betrieb tätig und die Arbeitszeit wird stufenweise erhöht.

Wenn die Arbeit am bisherigen Arbeitsplatz nicht mehr möglich ist, kann der Mitarbeiter möglicherweise in eine andere Abteilung wechseln.

Berufliche Rehabilitation

Wenn eine Wiedereingliederung an den bisherigen Arbeitsplatz durch eine medizinische Rehabilitation nicht erreicht werden kann, bietet die Deutsche Rentenversicherung ihren Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen zur beruflichen Rehabilitation an. Diese dienen ebenfalls dazu, eine Erwerbsminderung zu verhindern und können entweder ohne vorherige oder nach erfolgter medizinischer Rehabilitation in Anspruch genommen werden.

Zu den Leistungen beruflicher Rehabilitation gehören:

- Arbeitsplatzanpassung (wie Rampen, höhenverstellbare Tische und Stühle oder spezielle Bildschirme)
- Arbeitsassistenz über einen Zeitraum von drei Jahren (Arbeitsassistenz unterstützt bei den Arbeitsanforderungen, z. B. den Betroffenen begleiten, ihm Texte vorlesen oder Texte schreiben)
- Aus- und Weiterbildung
- Umschulung
- Gründungszuschüsse zur Aufnahme einer Selbstständigkeit

- behindertengerechte Anpassungen des Wohnraumes, wenn dadurch der Arbeitsplatz barrierefrei erreicht werden kann
- Erwerben von Führerschein
- Zuschüsse für den behindertengerechten Umbau des Autos
- Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder einem Transportdienst

Bei sehr stark ausgeprägten Behinderungen besteht die Möglichkeit in einer *Behindertenwerkstatt* zu arbeiten.

Selbsthilfegruppen, Verbände

Selbsthilfegruppen oder Verbände können ebenfalls eine wertvolle Unterstützung bieten. Sie helfen Patienten und/oder ihren Angehörigen bei der Bewältigung der Krankheit und stehen bei Fragen mit Rat und Tat zur Seite. Dort treffen sich auch Betroffene zum gemeinsamen Erfahrungsaustausch. Neuerkrankte können von den Erfahrungen anderer Betroffener profitieren.

In Deutschland existieren zwischen 70.000 und 100.000 Selbsthilfegruppen. Die meisten Städte bieten Selbsthilfeberatungs- und -kontaktstellen an, wo sich jeder über die verschiedenen Selbsthilfegruppen in der Nähe erkundigen kann. Die Kontaktaufnahme zu der ausgewählten Selbsthilfegruppe kann unterschiedlich erfolgen. Entweder ist ein Ansprechpartner angegeben, der direkt kontaktiert werden kann, oder es wird der regelmäßige Trefftermin angegeben, zu dem der Betroffene einfach hingehen kann.

Das Wichtigste in Kürze

- Nach der Rehabilitation gibt es verschiedene Nachsorgeangebote und Rehabilitationssport der Deutschen Rentenversicherung, um den erreichten Rehabilitationserfolg zu festigen und weiter auszubauen.
- Für die Wiederaufnahme der bisherigen Beschäftigung gibt es verschiedene Möglichkeiten. Es kann eine stufenweise Wiedereingliederung, Verringerung der bisherigen Arbeitszeit oder der Wechsel in eine andere Abteilung mit dem Arbeitgeber vereinbart werden.
- Ist es nicht möglich, an den bisherigen Arbeitsplatz bzw. in den bisherigen Beruf zurückzukehren, kann ggf. eine berufliche Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung beantragt werden.
- Betroffene mit stark ausgeprägten Behinderungen können ggf. in einer Behindertenwerkstatt beschäftigt werden.
- Selbsthilfegruppen und Verbände bieten Unterstützung und Erfahrungsaustausch für Betroffene und deren Angehörige.

Fallbeispiele

Um zu illustrieren, wie und unter welchen Bedingungen Versicherte die Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung erhalten können und wie eine Rehabilitation verlaufen kann, werden im Folgenden einige ausgedachte Fallbeispiele vorgestellt.

Zugang zur medizinischen Rehabilitation über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)

Herr K. (52 Jahre, aus Russland) erlitt einen Schlaganfall. Seine rechte Körperseite ist zunächst vollständig gelähmt. Während des Krankenhausaufenthaltes lernt er seinen Arm wieder im Alltag einzusetzen, sein Bein kann er jedoch nicht wie gewohnt bewegen. Die Sozialarbeiterin in der Klinik schlägt ihm eine dreiwöchige Anschlussheilbehandlung nach dem Krankenhausaufenthalt vor. Diese lehnt Herr K. jedoch ab, da er nach dem mehrwöchigen Krankenhausaufenthalt gerne nach Hause in seine gewohnte Umgebung zurück möchte.

Einige Wochen später – Herr K. ist bereits länger als sechs Wochen arbeitsunfähig – bekommt Herr K. einen Anruf vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Die Mitarbeiterin legt ihm nahe, einen Antrag auf medizinische Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung zu stellen. Anderenfalls könnte sein Krankengeld gekürzt werden. Herr K. ist zunächst geschockt. Gleichzeitig hat er sich schon seit Wochen Sorgen um sein Bein und seine berufliche Zukunft gemacht. Schließlich bedeutet es ihm sehr viel, arbeiten zu gehen und für seine Familie selbstständig zu sorgen. Deshalb entschließt er sich, den Antrag auf Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung zu stellen. Hierzu wendet er sich an seine Krankenkasse. Die Mitarbeiterin erklärt ihm alles und versichert ihm, den Antrag an die Deutsche Rentenversicherung weiterzuleiten. Zusätzlich reicht Herr K. den Befundbericht seines Arztes nach.

Die Zusage kommt drei Wochen später. In der Rehabilitation angekommen, wird zunächst sein Gesundheitszustand untersucht. Da sein Blutdruck nach dem

Schlaganfall immer noch zu hoch ist, bespricht der Arzt mit Herrn K. die Dosisanpassung der Blutdruckmedikamente, um einem erneuten Schlaganfall vorzubeugen. Zusätzlich erhält er Ergo- und Physiotherapie, um wieder gehen zu können, seine Muskeln zu trainieren und Alltagsbewegungen wieder zu erlernen. Zu den weiteren Angeboten zählen Entspannungstraining, Ernährungsschulung und Bewegungstraining in Gruppen. Die Rehabilitation hat Herrn K. gut geholfen. Er fühlt sich nun sicherer auf den Beinen und glaubt mit Hilfe der regelmäßigen Übungen seine Leistungsfähigkeit weiter zu steigern. Der Arzt hat ihm empfohlen, auch in seinem Wohnort Physiotherapie und Rehabilitationssport in Anspruch zu nehmen und ihm eine Verordnung ausgestellt.

Derzeit ist Herr K. noch nicht in seinen Beruf zurückgekehrt. Er hat aber schon Kontakt zu seinem Arbeitgeber aufgenommen und sich erkundigt, welche Möglichkeiten es für seine Weiterbeschäftigung im Betrieb gibt. Sein Arbeitgeber hat ihm versichert, dass er mit ihm nach seiner Rückkehr in den Betrieb ein Gespräch führen wird, in dem sie gemeinsam nach einer Lösung suchen werden.

Zugang zur medizinischen Rehabilitation über den Hausarzt

Herr Ö. (56 Jahre, aus der Türkei) wurde am Herzen operiert. Zu Hause wird Herr Ö. von seinem Hausarzt intensiv betreut. Da die Belastung nach einem so großen Eingriff langsam gesteigert werden muss, schlägt der Hausarzt Herrn Ö. vor, eine medizinische Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung zu beantragen. Das macht Herrn Ö. etwas nervös. Schließlich hat er so etwas noch nie gemacht, seit er vor über zwanzig Jahren nach Deutschland gekommen ist. Deshalb wendet er sich an seine Tochter, die ihn auch sonst unterstützt. Sie besorgt ihm ein Antragsformular bei dem Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung. Dort erfährt sie, dass ihr Vater bei der Auskunfts- und Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung telefonisch oder persönlich Hilfe beim Ausfüllen des Antrages bekommen kann. Sie geht mit ihrem Vater am nächsten

Tag zu der Beratungsstelle. Der Mitarbeiter erklärt den Antrag und füllt ihn gemeinsam mit Herrn Ö. aus. Mit dem ausgefüllten Antrag geht Herr Ö. erneut zu seinem Hausarzt. Dieser schreibt den ärztlichen Befundbericht. Die Tochter reicht den kompletten Antrag bei der Regionalstelle der Deutschen Rentenversicherung ein. Nach mehreren Wochen des Wartens kommt Herr Ö. in eine Rehabilitationseinrichtung, die auf Herz- und Gefäßkrankheiten spezialisiert ist. Zu Beginn des Aufenthaltes wird Herr Ö. untersucht. Zusammen mit seinem Arzt bespricht Herr Ö. den Behandlungsplan für die Rehabilitation.

Herr Ö. war vor Beginn der Rehabilitation etwas besorgt: Wie wird es wohl sein? Wird er sich wohlfühlen? Und vor allem, kann er dort regelmäßig beten? Die Religion ist für Herrn Ö. sehr wichtig. Auf der Station fragt er einen Gesundheits- und Krankenpfleger, ob es einen speziellen Gebetsraum gibt. Leider muss der Krankenpfleger dies verneinen. Herr Ö. kann jedoch jederzeit in seinem Zimmer beten.

Die Rehabilitationseinrichtung bietet Herrn Ö. viele Möglichkeiten. Da er starker Raucher ist, nimmt er zunächst an einem Raucherentwöhnungskurs teil. Durch eine Ernährungsumstellung und Kochkurse wird er mit der Zeit sein Übergewicht auf Normalgewicht reduzieren können. In einem speziellen Stressbewältigungsseminar lernt Herr Ö., wie er mit beruflichem Stress besser umgehen kann. Außerdem treibt Herr Ö. in der Zeit der Rehabilitation viel Sport und nimmt an Bewegungstherapien teil.

Insgesamt hat sich der Gesundheitszustand von Herrn Ö. nach der Rehabilitation erheblich verbessert und er ist wieder in der Lage, seinem beruflichen und privaten Alltag nachzugehen. Für zwölf Monate nimmt Herr Ö. an einem Nachsorgeprogramm der Deutschen Rentenversicherung in seinem Wohnort teil.

Zugang zur medizinischen Rehabilitation über die Arbeitsagentur

Frau P. (47 Jahre, aus Kasachstan) hat sehr gerne als Altenpflegerin gearbeitet. Jedoch leidet sie bereits jahrelang unter starken Rückenschmerzen. Dies ging so weit, dass Frau P. aufgrund ihrer häufigen Arbeitsunfähigkeitszeiten ihre Arbeitsstelle verloren hat. Die Arbeitslosigkeit belastet sie sehr. Ihre Versuche, eine neue Arbeitsstelle zu finden, verliefen nicht erfolg-

reich. Gleichzeitig ist Frau P. auch bewusst, dass sie der körperlichen Belastung, die der Beruf der Altenpflegerin mit sich bringt, nicht mehr gewachsen ist. Dies bespricht sie mit ihrem Berufsberater in der Arbeitsagentur, bei dem sie regelmäßig vorsprechen muss. Er weist sie darauf hin, dass es die Möglichkeit der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung gibt. Davon hat Frau P. noch nie etwas gehört. Wo kann sie sich denn informieren? Ihr Berufsberater sucht ihr die Adresse einer Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation in der Nähe aus. Mit einem mulmigen Gefühl geht Frau P. dort hin. Ihre Sorgen sind allerdings unbegründet. Der Rehabilitationsberater nimmt sich Zeit für sie und beantwortet alle ihre Fragen. Anschließend füllen sie den Antrag auf medizinische Rehabilitationsmaßnahme aus. Frau P. reicht noch den Befundbericht ihres behandelnden Arztes über die Notwendigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme nach.

Nach fünf Woche erhält Frau P. den Bescheid der Deutschen Rentenversicherung über den Beginn der Rehabilitationsmaßnahme. Da es sich um eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme handelt, fährt Frau P. zu den einzelnen Therapien mit dem Bus. Dort geht es nach einem ausführlichen Gespräch mit dem Arzt mit den einzelnen Therapiemaßnahmen los. Dazu gehören Rückenschule, um Fehlbelastungen der Wirbelsäule zu vermeiden, medizinische Trainingstherapie zur Muskelkräftigung und Ausdauersteigerung sowie Physiotherapie zur Schmerzminderung und Verbesserung der Beweglichkeit. Zusätzlich hört sie sich Vorträge zur gesunden Ernährung an und nimmt am Entspannungstraining teil. Für die Zeit nach der Rehabilitation bekommt Frau P. einen Trainingsplan, um ihren Rücken zu kräftigen und die Beweglichkeit zu erhalten.

Die Rehabilitation hat Frau P. viel gebracht. Dennoch ist sich Frau P. nicht sicher, ob sie den Beruf der Altenpflegerin aus gesundheitlichen Gründen weiter ausüben kann. Ihre Therapeutin in der Rehabilitationseinrichtung hat Frau P. auch drauf hingewiesen, dass für sie eventuell eine berufliche Rehabilitation in Frage kommt. Frau P. hat sich fest vorgenommen, sich bald in der Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation darüber zu informieren.



Zugang zur medizinischen Rehabilitation über eigene Initiative

Frau S. (36 Jahre, aus der Türkei) lebt seit elf Jahren in Deutschland. Sie arbeitet ganztags in einem großen Kaufhaus und kümmert sich abends um ihre drei Kinder und den Haushalt. Seit etwa acht Jahren plagen Frau S. starke Bauchschmerzen. In den letzten Jahren war Frau S. bei unzähligen Ärzten, aber trotz aller Untersuchungen konnte für ihre Beschwerden keine Ursache gefunden werden. Vor einigen Monaten erkannte ihr Hausarzt schließlich, dass es sich bei Frau S. um psychosomatische Beschwerden handelt. Daraufhin begab sich Frau S. in Behandlung. Dennoch haben sich ihre Beschwerden bisher nicht gebessert.

Sowohl im Beruf als auch im Privatleben hat Frau S. den Eindruck, den täglichen Herausforderungen immer weniger gewachsen zu sein. Ihre beste Freundin kann das Leiden von Frau S. nicht mehr mit ansehen. Im Internet recherchiert sie, was in solchen Fällen zusätzlich unternommen werden kann. In einem Forum stößt sie auf die Möglichkeit der medizinischen Rehabilitation und erfährt, dass diese auch für psychosomatische Erkrankungen angeboten wird. Sofort ruft sie Frau S. an und bietet ihr an, gemeinsam auf der Internetseite der

Deutschen Rentenversicherung nach weiteren Informationen zu suchen. Obwohl Frau S. ein mulmiges Gefühl hat, stimmt sie durch gutes Einreden ihrer Freundin zu, den Antrag auf die medizinische Rehabilitation zu stellen. Als nächstes macht sie einen Termin bei ihrem Hausarzt, der ihr einen entsprechenden Befundbericht ausstellt. Danach füllt sie den Antrag aus und schickt ihn an die Deutsche Rentenversicherung.

Der Rehabilitationsantrag wird zunächst abgelehnt mit der Begründung, dass die Maßnahmen vor Ort noch nicht vollständig ausgeschöpft seien. Frau S. hat das Gefühl, nicht mehr die Kraft zu haben, sich neben anderen Verpflichtungen auch noch um die medizinische Rehabilitation zu kämpfen. Aber auch hier lässt ihre Freundin sie nicht im Stich. Sie ruft bei der Deutschen Rentenversicherung an und erfährt, dass auf jede Ablehnung mit einem Widerspruch reagiert werden kann. Daraufhin wird sie aktiv und schreibt zusammen mit Frau S. eine ausführliche Begründung, warum für sie eine medizinische Maßnahme erforderlich ist. Diese reicht Frau S. gemeinsam mit dem erneuten Befundbericht des behandelnden Arztes bei der Deutschen Rentenversicherung ein. Nach einer kurzen Zeit erhält Frau S. die Bewilligung für eine stationäre Rehabilitation über fünf Wochen.

In der Rehabilitationseinrichtung gefällt es Frau S. sehr gut. Sie erhält unterschiedliche Maßnahmen zur Verbesserung ihres Gesundheitszustandes, wie Atemtherapie, Entspannungsübungen und Bewegungstherapie. In den Gruppengesprächen und psychotherapeutischen Einzelgesprächen lernt sie, wie sie mit ihrem Schmerz umgehen kann und welche Rolle der Schmerz in ihrem täglichen Leben spielt.

Sie vermisst ihre Familie sehr. Deshalb ist sie froh, dass ihr Mann und die Kinder sie an einem Wochenende besuchen kommen.

Nach ihrer Entlassung geht es Frau S. viel besser. Sie hat gelernt, wie sie trotz Schmerzen den Alltag bewältigen kann. Sie freut sich, wieder in ihren Beruf zurückkehren zu können.

Häufig gestellte Fragen

Allgemeine Fragen

1. Wann habe ich Anspruch auf die medizinische Rehabilitation?

Sie haben Anspruch auf die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung, wenn Sie an einer chronischen Krankheit leiden, die Ihre Erwerbsfähigkeit beeinflusst, und Sie die versicherungsrechtlichen, persönlichen und aufenthaltsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen. Dies gilt auch, wenn Sie eine Anschlussheilbehandlung direkt nach dem Krankenhausaufenthalt erhalten. Neben diesen beiden Rehabilitationsleistungen haben auch Versicherte und Rentenempfänger sowie ihre Angehörigen mit Krebserkrankungen und chronisch kranke Kinder und Jugendliche Anspruch auf medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Wird eine Entwöhnungsbehandlung bei Suchterkrankungen (z. B. Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit) benötigt, wird diese ebenfalls als medizinische Rehabilitationsleistung von der Deutschen Rentenversicherung finanziert.

2. Wer ist mein Ansprechpartner?

Die primären Ansprechpartner sind Ihr Arzt (auch Werks- und Betriebsarzt), die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung, die Gesetzliche Krankenversicherung, die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation und die Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung. Wenn Sie der Meinung sind, eine Rehabilitation zu brauchen, wenden Sie sich an diese Stellen. Hinweise erhalten Sie im Adressenverzeichnis.

3. Muss ich in die Rehabilitation, wenn ich nicht will?

Ja und Nein. Wenn Ihr Arzt Ihnen eine medizinische Rehabilitation empfiehlt, müssen Sie sie nicht zwangsläufig beantragen. Sollten Sie allerdings Krankengeld beziehen, kann die Krankenkasse Sie dazu auffordern, einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen. Kommen Sie dieser Aufforderung nicht nach, kann das Krankengeld gekürzt werden. Auch die Arbeitsagentur kann Sie zur Beantragung der Rehabilitation auffordern.

4. Kommt für mich eine ambulante oder stationäre Rehabilitation in Frage?

Das kommt zum einen auf Ihre Vorstellungen und Wünsche und zum anderen auf den zu erwartenden Behandlungserfolg an. Es gibt z. B. spezielle Rehabilitationseinrichtungen für seltene Erkrankungen, die nur stationäre Angebote haben.

Antrag und Widerspruch

5. Kann mein Rehabilitationsantrag abgelehnt werden, weil ich kleine Kinder oder betreuungsbedürftige Verwandte habe?

Es besteht kein Zusammenhang zwischen Ihrem Rehabilitationsantrag bzw. Ihrem Rehabilitationsbedarf und Ihrer familiären Situation. Sollten Sie betreuungsbedürftige Kinder haben, um die sich niemand während Ihrer Rehabilitation kümmern kann, können Sie einen Antrag auf finanzielle Unterstützung für Haushaltshilfe und/oder Kinderbetreuung bei der Deutschen Rentenversicherung stellen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden die Kosten dafür von der Deutschen Rentenversicherung getragen.

6. Gibt es den Antrag auch in anderen Sprachen als in Deutsch?

Nein. Den Antrag auf Rehabilitation gibt es nur in der deutschen Sprache.

7. Bekomme ich Hilfe beim Ausfüllen des Antrags?

Die Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung, der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation, der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung stehen Ihnen bei Ihren Fragen zur Seite. Ansonsten können Sie sich Hilfe bei Ihrem Arzt holen.

8. Kann der Antrag abgelehnt werden, wenn ich ihn falsch ausfülle?

Wenn Sie offensichtlich und/oder vorsätzlich falsche Angaben machen oder erforderliche Informationen

weglassen, wird Ihr Antrag höchstwahrscheinlich abgelehnt werden. Sollten Sie allerdings unwissentlich einen Fehler machen oder nicht alle geforderten Dokumente einreichen, werden Sie aufgefordert, die fehlenden Unterlagen nachzureichen oder unklare Sachverhalte zu erläutern.

9. Was mache ich, wenn ich eine Ablehnung erhalte?

Einerseits können Sie Widerspruch einlegen, andererseits können Sie sich – falls die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung zu diesem Zeitpunkt nicht medizinisch notwendig ist – über die vorbeugende und gesundheitsfördernde Angebote in Ihrer Nähe (auch bei Ihrer Krankenkasse) informieren und sie in Anspruch nehmen.

10. Kann ich Widerspruch gegen den Ort der Rehabilitation einlegen?

Ja. Es ist aber ungewiss, ob es möglich ist, an Ihrem Wunschort die Rehabilitation anzutreten.

Gehalts- und Kostenfragen

11. Wer übernimmt die Kosten einer Rehabilitation?

Wenn Sie die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung erhalten, so übernimmt diese die Kosten dafür. Findet die medizinische Rehabilitation in einer stationären Rehabilitationseinrichtung statt, muss der Versicherte 10 € pro Tag dazu zahlen, allerdings für maximal 42 Tage im Jahr (dazu zählen auch stationären Aufenthalte im Krankenhaus). Je nach Einkommenshöhe kann dieser Zuzahlungsbetrag verringert werden oder ganz entfallen. Wer Übergangsgeld bekommt, ist von der Zuzahlung befreit. Die ambulante Rehabilitation ist vollständig zuzahlungsfrei.

12. Bekomme ich während der Rehabilitation mein Gehalt bezahlt?

Für die Zeit des Rehabilitationsaufenthalts (sowie im Krankheitsfall) wird Ihr Gehalt durch den Arbeitgeber für einen Zeitraum von bis zu sechs Wochen fortgezahlt. Nach diesen sechs Wochen können Sie Übergangsgeld für die Dauer der Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung beantragen.

13. Kann ich durch die Rehabilitation arbeitslos werden?

Sie können nicht arbeitslos werden, nur weil Sie die medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen. Sie

ist im Normalfall von den Arbeitgebern gewünscht, weil sie Sie vor einer vorzeitigen Rente und Arbeitsunfähigkeit bewahrt. Das ist auch im Sinne Ihres Arbeitgebers. Sollte jedoch Ihr Arbeitsvertrag während des Rehabilitationsaufenthalts auslaufen, besteht die Möglichkeit, dass dieser nicht verlängert wird.

14. Hat die Rehabilitation Auswirkungen auf meine spätere Rente?

Eine medizinische Rehabilitation hat keine Auswirkung auf Ihre spätere monatliche Rente. Falls Sie sich Ihre Rentenbeiträge jedoch einmalig auszahlen lassen wollen und die Voraussetzungen dafür erfüllen, sollten Sie Folgendes berücksichtigen: Wenn Sie bereits Leistungen der Deutschen Rentenversicherung (z. B. medizinische Rehabilitation) erhalten haben, werden nur diejenigen Beiträge erstattet, die Sie danach eingezahlt haben.

Maßnahme und Einrichtung

15. Darf ich mir aussuchen, an welchem Ort die Rehabilitation stattfindet?

Der Versicherte hat ein Wunsch- und Wahlrecht. Das heißt, er kann bei der Antragstellung seine Wünsche bezüglich der Rehabilitationseinrichtung angeben. Der Rentenversicherungsträger wird die Angaben und die Begründung des Versicherten prüfen und sie nach Möglichkeit berücksichtigen.

16. Muss ich mich um die An- und Abreise selbst kümmern?

Ja. In Ihrem Bescheid wird Ihnen mitgeteilt, wo und wann Sie Ihre Rehabilitation antreten werden. Dabei übernimmt die Deutsche Rentenversicherung die Fahrtkosten für Bahnfahrten in der 2. Klasse und öffentliche Verkehrsmittel. Reisen Sie mit dem Auto an, werden Ihnen 20 Cent pro gefahrenen Kilometer für die Hin- und Rückfahrt erstattet, maximal jedoch insgesamt 130,00 € bei stationärer Rehabilitation im Jahr 2015. Bei ambulanter Rehabilitation werden die Fahrtkosten mit dem Auto im Rahmen des Notwendigen erstattet. Informationen dazu gibt es bei der Deutschen Rentenversicherung.

17. Gibt es spezielle Rehabilitationsangebote für Migranten?

Ja. Es gibt in einigen Einrichtungen spezielle Angebote für Migranten. Informationen zu diesen Einrichtungen erhalten Sie bei der Deutschen Rentenversicherung

Bund, den Regionalträgern der Deutschen Rentenversicherung, den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation, den Auskunft- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zudem können Sie sich direkt bei verschiedenen Einrichtungen erkundigen, ob sie spezielle Rehabilitationsangebote für Migranten anbieten.

18. Wird mir ein Dolmetscher zur Verfügung gestellt?

Für das ärztliche Aufnahmegespräch in der Rehabilitationseinrichtung, in dem Sie beispielsweise den Behandlungsplan mit dem Arzt besprechen, wird ein Dolmetscher auf Wunsch des Arztes zur Verfügung gestellt, in der späteren Behandlung nicht.

19. Muss ich an allen Therapiemaßnahmen teilnehmen, auch wenn ich nicht will?

Sie müssen nicht an allen Maßnahmen teilnehmen, wenn Sie dies nicht möchten. Sie können dann alternative Therapiemaßnahmen mit Ihrem Arzt besprechen. Grundsätzlich sind Sie jedoch zur Mitwirkung verpflichtet, das gesetzte Rehabilitationsziel zu erreichen. Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass bestimmte Therapien nicht gestrichen oder ausgetauscht werden können.

20. Kann ich in der Rehabilitationseinrichtung beten?

Ja. In vielen Rehabilitationseinrichtungen gibt es Gebets- und Ruheräume. Ansonsten können Sie natürlich in Ihrem Zimmer beten.

21. Gibt es Essensvorschriften, an die ich mich halten muss?

Das kommt darauf an, aus welchen Gründen Sie sich in der Rehabilitation befinden. Wenn Sie beispielsweise an einer Diabetes-Erkrankung leiden, müssen Sie sich an die Essensvorschriften halten, um den Rehabilitationserfolg nicht zu gefährden. Bei anderen Krankheiten muss dies nicht der Fall sein.

Familie und Haushalt

22. Wer versorgt meine Familie, wenn ich mich in der stationären Rehabilitation befinde?

Es wird Ihrer Familie, wenn nötig, auf Antrag und unter Erfüllung bestimmter Voraussetzungen eine Haushaltshilfe und/oder Kinderbetreuung von der Deutschen Rentenversicherung finanziert.

23. Darf ich meinen Partner mitnehmen?

In den meisten Fällen nicht, es sei denn Sie brauchen eine Betreuungsperson, z. B. aufgrund einer Behinderung. Ihr Partner kann aber eventuell auf eigene Kosten mitreisen.

Ansprechpartner, Anlaufstellen und Kontakte

Bundesweite und regionale Träger der Deutschen Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2
10709 Berlin
Tel.: 030 8650
Fax: 030 86527240
E-Mail: drv@drv-bund.de

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Pieperstraße 14–28
44789 Bochum
Tel.: 0234 304-0
Fax: 0234 304-66050
E-Mail: zentrale@kbs.de

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Gartenstraße 105
76135 Karlsruhe
Tel.: 0721 825-0
Fax: 0721 825-21229
E-Mail: post@drv-bw.de

Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Am Alten Viehmarkt 2
84028 Landshut
Tel.: 0871 81-0
Fax: 0871 81-2140
E-Mail: service@drv-bayernsued.de

Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Bertha-von-Suttner-Straße 1
15236 Frankfurt (Oder)
Tel.: 0335 551-0
Fax: 0335 551-1295
E-Mail: post@drv-berlin-brandenburg.de

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Lange Weihe 2
30880 Laatzen
Tel.: 0511 829-0
Fax: 0511 829-2635
E-Mail: info@drv-bsh.de

Deutsche Rentenversicherung Hessen

Städelstraße 28
60596 Frankfurt/Main
Tel.: 069 6052-0
Fax: 069 6052-1600
E-Mail: kundenservice-in-hessen@drv-hessen.de

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Georg-Schumann-Str. 146
04159 Leipzig
Tel.: 0341 550-55
Fax: 0341 550-5900
E-Mail: service@drv-md.de

Deutsche Rentenversicherung Nord

Ziegelstraße 150
23556 Lübeck
Tel.: 0451 485-0
Fax: 0451 485-15333
E-Mail: info@drv-nord.de

Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

Wittelsbacherring 11
95440 Bayreuth
Tel.: 0921 607-0
Fax: 0921 607-2398
E-Mail: info@drv-nordbayern.de

Deutsche Rentenversicherung Oldenburg- Bremen

Huntestraße 11
26135 Oldenburg
Tel.: 0441 927-0
Fax: 0441 927-2563
E-Mail: presse@drv-oldenburg-bremen.de

Deutsche Rentenversicherung Rheinland

Königsallee 71
40194 Düsseldorf
Tel.: 0211 937-0
Fax: 0211 937-3096
E-Mail: post@drv-rheinland.de

Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Eichendorffstraße 4–6
67346 Speyer
Tel.: 06232 17-0
Fax: 06232 17-2589
E-Mail: service@drv-rlp.de

Deutsche Rentenversicherung Saarland

Martin-Luther-Straße 2–4
66111 Saarbrücken
Tel.: 0681 3093-0
Fax: 0681 3093-199
E-Mail: service@drv-saarland.de

Deutsche Rentenversicherung Schwaben

Dieselstraße 9
86154 Augsburg
Tel.: 0821 500-0
Fax: 0821 500-1000
E-Mail: info@drv-schwaben.de

Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Gartenstraße 194
48147 Münster
Tel.: 0251 238-0
Fax: 0251 238-2960
E-Mail: kontakt@drv-westfalen.de

Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung

Die Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung in Ihrer Nähe finden Sie unter:

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/5_Services/01_kontakt_und_beratung/02_beratung/01_beratung_vor_ort/01_servicezentren_beratungsstellen_node.html

Die Suche ist nach Postleitzahl und Ort möglich.

Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation

Die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation in Ihrer Nähe finden Sie unter:

www.reha-servicestellen.de

Die Suche ist nach Träger, Bundesland und Ort möglich.

Web-Adressen

www.deutsche-rentenversicherung.de

Informationen zur Rente, medizinischen und beruflichen Rehabilitation gibt es auf der Seite der Deutschen Rentenversicherung. Ebenfalls sind dort die Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung zu finden.

www.bmas.de/DE/Themen/Teilhabe-behinderter-Menschen/Rehabilitation-und-Teilhabe/inhalt.html

Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen sind ein Schwerpunkt-Thema des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS).

www.bmg.bund.de

Die Seite des Bundesgesundheitsministeriums bietet Informationen zu den Sozialversicherungsträgern und ihren Leistungen.

Suche nach passenden Rehabilitationseinrichtungen

www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_reha/04_reha_einrichtungen/med_rehaeinrichtungen/standorte_indikationen_node.html

www.meine-gesundheit.de/rehakliniken-suche

www.kurklinikverzeichnis.de/erweitert-suchen

<http://reha.qualitaetskliniken.de/>

www.kurkliniken.de/cgi-bin/kliniken/kliniken_form.cgi

www.medfuehrer.de/Reha-Kliniksuche

www.gelbeseiten.de/branchenbuch/reha-klinik

www.krankenhaus.net/klinikrehasuche.php

Unter diesen Links können Sie nach einer für Sie passenden Rehabilitationseinrichtung suchen.

Glossar

Abhilfebescheid	Von einer öffentlichen Stelle/ einer Behörde, die einen Antrag abgelehnt hat, ausgestelltes Schreiben, das besagt, dass dem Widerspruch gegen die Ablehnung stattgegeben wird. Das bedeutet, wenn Ihr Rehabilitationsantrag abgelehnt wird, können Sie innerhalb einer bestimmten Frist gegen diese Ablehnung Widerspruch einlegen. Wird diesem Widerspruch stattgegeben, bekommen Sie einen Abhilfebescheid. Mit dem Abhilfebescheid wird dem Versicherten Recht gegeben und die Rehabilitation wird bewilligt.
ärztlicher Befundbericht	Schreiben eines Arztes, welches die Beschreibung des Gesundheitszustands eines Patienten enthält
Altersrente	Rente nach Ausscheiden aus dem Berufsleben, die einem Arbeitnehmer zusteht, wenn er das Rentenalter erreicht hat
ambulant (ambulante Therapie)	Therapie, bei der der Patient nicht über Nacht bleibt, sondern am selben Tag wieder nach Hause gehen kann. Einige dieser Therapien sind auch berufsbegleitend möglich.
Anschlussheilbehandlung/ Anschlussrehabilitation (AHB)	Behandlung, die direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt stattfindet (z. B. nach einer Operation) oder innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, in Ausnahmefällen auch später
Arbeitsplatztraining	Maßnahmen und Übungen, mit deren Hilfe die Belastungen am Arbeitsplatz verringert werden können (etwa rückschonende Haltung)
Behindertenwerkstatt (Werkstatt für Behinderte)	eine Einrichtung, in der Menschen mit Behinderung arbeiten können
Beitragsbemessungsgrenze	Betrag des Bruttogehalts, nach dem z. B. die maximale Beiträge zur Gesetzlichen Sozialversicherung errechnet werden
berufliche Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	Maßnahme, die Hilfe zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes sowie eine berufliche Anpassung und Weiterbildung bietet, wenn Betroffene nach einer Erkrankung ihre vorherige Tätigkeit nicht mehr in dem Maß ausführen können, wie vor der Erkrankung
Betriebliches Eingliederungs- management (BEM)	Managementaufgabe des Arbeitgebers, die darauf abzielt, Arbeitsunfähigkeiten von Beschäftigten in einem Betrieb zu überwinden und zu verhindern und den Arbeitsplatz zu erhalten
chronisch	lang andauernd oder sich langsam entwickelnd
Depression	psychische Erkrankung, charakteristisch ist eine psychische Niedergeschlagenheit

Diagnose	Feststellung einer Krankheit
Diagnostik	Methoden/Vorgehen zur Diagnosefindung
Ergotherapie	Therapie, die die alltäglichen Fähigkeiten des Menschen fördert
Erwerbsminderung/ Erwerbsunfähigkeit	Die Erwerbsfähigkeit ist vermindert, wenn die Person aufgrund einer psychischen oder körperlichen Schwäche nur teilweise oder gar nicht arbeiten kann.
Erwerbsminderungsrente	Rente, die der Versicherte erhält, wenn er aufgrund einer körperlichen oder psychischen Störung nicht oder nur teilweise erwerbsfähig ist
Funktionstraining	spezielle bewegungstherapeutische Übungen (etwa Gymnastik), mit dem Ziel, die Muskeln zu stärken und die Gelenke beweglich zu halten
Hilfsmitteltraining	Training, bei dem der Umgang mit einem Hilfsmittel (wie Prothese) als Vorbereitung für den Alltag geübt wird
Hinterbliebenenrente	Witwen- bzw. Witwerrente, Waisenrente und Erziehungsrente. Diese Rente wird im Todesfall des Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen an seinen Ehepartner, Lebenspartner oder seine Kinder gezahlt.
Kur	veralteter Begriff für Rehabilitation
medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung	eine Form der Rehabilitation mit dem Ziel, den Gesundheitsschaden, der die Erwerbsfähigkeit bedroht, zu mildern und damit die Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit zu verhindern. Sie kann ambulant oder stationär durchgeführt werden.
medizinisches Gutachten	im Rahmen der Antragstellung zur medizinischen Rehabilitation: Schreiben eines Arztes, welches die Untersuchungsergebnisse enthält
Mitwirkungspflicht	Verpflichtung, sich aktiv am Geschehenen zu beteiligen. Der Patient ist zum Beispiel verpflichtet, aktiv an den Rehabilitationsmaßnahmen teilzunehmen, um das Rehabilitationsziel zu erreichen.
multiprofessionell	mehrere Berufe betreffend; In einem multiprofessionellen Team arbeiten verschiedene Berufsgruppen zusammen.
(sozialmedizinische) Nachsorge	Maßnahme, die unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Rehabilitation anschließt; Durch die Nachsorge sollen Krankenhausaufenthalte verkürzt oder vermieden werden und bei Rehabilitationsmaßnahmen die Behandlungserfolge gesichert werden.
neurologisch	die Nerven betreffend
orthopädisch	den Bewegungsapparat betreffend
psychisch	die Seele betreffend

Psychose	eine psychische Störung (mit Realitätsverlust)
psychosomatisch	Zusammenspiel zwischen Körper und Seele; d. h., körperliche Beschwerden haben psychische Ursachen
Psychotherapie	Therapie zur Behandlung psychischer Störungen oder psychischer Folgen körperlicher Erkrankungen
Rehabilitationsbedarf	eine wichtige persönliche Voraussetzung zur Inanspruchnahme einer Rehabilitation, die anzeigt, ob eine Person die Rehabilitation auch wirklich benötigt
Rehabilitationsfähigkeit	Eine Person muss körperlich und seelisch in der Lage sein, an der Rehabilitation teilzunehmen; eine wichtige persönliche Voraussetzung zur Inanspruchnahme der Rehabilitation
Rehabilitationsprognose	Vorhersage/ Voraussage über den zu erwartenden Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme
Rehabilitationssport	ein Programm der Deutschen Rentenversicherung, welches nach erfolgter medizinischer Rehabilitation angeboten wird. Mit bewegungstherapeutischen Übungen wird der Rehabilitationserfolg verfestigt.
Rehabilitationswilligkeit/ Rehabilitationsmotivation	Der Patient muss motiviert sein, an der Rehabilitation teilzunehmen; eine wichtige Voraussetzung zur Inanspruchnahme einer Rehabilitation.
rheumatisch (Rheuma)	Erkrankungen mit Schmerzen des Bewegungsapparates
Risikofaktoren	Faktoren (z. B. bestimmte Verhaltensweisen), die die Wahrscheinlichkeit, eine Krankheit zu bekommen, erhöhen
Sozialversicherungsbeiträge	Beiträge, die jeder versicherungspflichtige Arbeitnehmer in die Gesetzliche Sozialversicherung einzahlt
stationär	Der Patient wird in einer Einrichtung wie in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung untergebracht. Er übernachtet in der Einrichtung und erhält Verpflegung.
Suchterkrankungen	Krankheiten, die sich durch das unbeherrschbare Verlangen nach bestimmten Stoffen (wie Alkohol oder Drogen) oder nach bestimmten Tätigkeiten (wie Spiel- oder Kaufsucht) auszeichnen
Übergangsgeld	finanzielle Leistungen der Sozialversicherungsträger für einen begrenzten Zeitraum (etwa während der Inanspruchnahme der Rehabilitation)
Widerspruch	Rechtsbehelf gegen behördliche Entscheidungen (d. h. gegen die Entscheidung der Behörde vorgehen). Dabei muss eine Frist eingehalten werden, die in dem Ablehnungsbescheid angegeben ist. Das heißt, wenn Ihr Rehabilitationsantrag abgelehnt wird, bekommen Sie einen Ablehnungsbescheid. Gegen diese Ablehnung können Sie innerhalb einer bestimmten Frist Widerspruch einlegen.

Wichtige Gesetzesauszüge

Im Folgenden werden alle im Wegweiser benannten Gesetzesauszüge zum Nachlesen aufgeführt.

§ 9 SGB VI: Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe

- (1) Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um
 1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
 2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern.Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind.
- (2) Die Leistungen nach Absatz 1 können erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

§ 10 Abs. 1 SGB VI: Persönliche Voraussetzungen

- (1) Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,
 1. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
 2. bei denen voraussichtlich
 - a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann,
 - b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann,
 - c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann.

§ 11 Abs. 1,2 SGB VI: Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- (1) Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, die bei Antragstellung
 1. die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
 2. eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen.
- (2) Für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen auch erfüllt, die
 1. in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben,
 2. innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind oder
 3. vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, wenn sie die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

§ 35 SGB VI: Regelaltersrente

Versicherte haben Anspruch auf Regelaltersrente, wenn sie

1. die Regelaltersgrenze erreicht und
2. die allgemeine Wartezeit erfüllt

haben. Die Regelaltersgrenze wird mit Vollendung des 67. Lebensjahres erreicht.

§ 36 SGB VI: Altersrente für langjährig Versicherte

Versicherte haben Anspruch auf Altersrente für langjährig Versicherte, wenn sie

1. das 67. Lebensjahr vollendet und
2. die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt

haben. Die vorzeitige Inanspruchnahme dieser Altersrente ist nach Vollendung des 63. Lebensjahres möglich.

§ 43 SGB VI: Rente wegen Erwerbsminderung

(1) Versicherte haben bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie

1. teilweise erwerbsgemindert sind,
2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit gezahlt haben und
3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

(2) Versicherte haben bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie

1. voll erwerbsgemindert sind,
2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und
3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Voll erwerbsgemindert sind auch

1. Versicherte nach § 1 Satz 1 Nr. 2, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, und
 2. Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt.
- (3) Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.
- (4) Der Zeitraum von fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um folgende Zeiten, die nicht mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit belegt sind:
1. Anrechnungszeiten und Zeiten des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit,
 2. Berücksichtigungszeiten,
 3. Zeiten, die nur deshalb keine Anrechnungszeiten sind, weil durch sie eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit nicht unterbrochen ist, wenn in den letzten sechs Kalendermonaten vor Beginn dieser Zeiten wenigstens ein Pflichtbeitrag für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit oder eine Zeit nach Nummer 1 oder 2 liegt,
 4. Zeiten einer schulischen Ausbildung nach Vollendung des 17. Lebensjahres bis zu sieben Jahren, gemindert um Anrechnungszeiten wegen schulischer Ausbildung.

- (5) Eine Pflichtbeitragszeit von drei Jahren für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit ist nicht erforderlich, wenn die Erwerbsminderung aufgrund eines Tatbestandes eingetreten ist, durch den die allgemeine Wartezeit vorzeitig erfüllt ist.
- (6) Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren und seitdem ununterbrochen voll erwerbsgemindert sind, haben Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie die Wartezeit von 20 Jahren erfüllt haben.

§ 46 SGB VI: Witwenrente und Witwerrente

- (1) Witwen oder Witwer, die nicht wieder geheiratet haben, haben nach dem Tod des versicherten Ehegatten Anspruch auf kleine Witwenrente oder kleine Witwerrente, wenn der versicherte Ehegatte die allgemeine Wartezeit erfüllt hat. Der Anspruch besteht längstens für 24 Kalendermonate nach Ablauf des Monats, in dem der Versicherte verstorben ist.
- (2) Witwen oder Witwer, die nicht wieder geheiratet haben, haben nach dem Tod des versicherten Ehegatten, der die allgemeine Wartezeit erfüllt hat, Anspruch auf große Witwenrente oder große Witwerrente, wenn sie
 1. ein eigenes Kind oder ein Kind des versicherten Ehegatten, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erziehen,
 2. das 47. Lebensjahr vollendet haben oder
 3. erwerbsgemindert sind.

Als Kinder werden auch berücksichtigt:

1. Stiefkinder und Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 1 und 2 Erstes Buch), die in den Haushalt der Witwe oder des Witwers aufgenommen sind,
2. Enkel und Geschwister, die in den Haushalt der Witwe oder des Witwers aufgenommen sind oder von diesen überwiegend unterhalten werden.

Der Erziehung steht die in häuslicher Gemeinschaft ausgeübte Sorge für ein eigenes Kind oder ein Kind des versicherten Ehegatten, das wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, auch nach dessen vollendetem 18. Lebensjahr gleich.

- (2a) Witwen oder Witwer haben keinen Anspruch auf Witwenrente oder Witwerrente, wenn die Ehe nicht mindestens ein Jahr gedauert hat, es sei denn, dass nach den besonderen Umständen des Falles die Annahme nicht gerechtfertigt ist, dass es der alleinige oder überwiegende Zweck der Heirat war, einen Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung zu begründen.
- (2b) Ein Anspruch auf Witwenrente oder Witwerrente besteht auch nicht von dem Kalendermonat an, zu dessen Beginn das Rentensplitting durchgeführt ist. Der Rentenbescheid über die Bewilligung der Witwenrente oder Witwerrente ist mit Wirkung von diesem Zeitpunkt an aufzuheben; die §§ 24 und 48 des Zehnten Buches sind nicht anzuwenden.
- (3) Überlebende Ehegatten, die wieder geheiratet haben, haben unter den sonstigen Voraussetzungen der Absätze 1 bis 2b Anspruch auf kleine oder große Witwenrente oder Witwerrente, wenn die erneute Ehe aufgelöst oder für nichtig erklärt ist (Witwenrente oder Witwerrente nach dem vorletzten Ehegatten).
- (4) Für einen Anspruch auf Witwenrente oder Witwerrente gelten als Heirat auch die Begründung einer Lebenspartnerschaft, als Ehe auch eine Lebenspartnerschaft, als Witwe und Witwer auch ein überlebender Lebenspartner und als Ehegatte auch ein Lebenspartner. Der Auflösung oder Nichtigkeit einer erneuten Ehe entspricht die Aufhebung oder Auflösung einer erneuten Lebenspartnerschaft.

§ 47 SGB VI: Erziehungsrente

- (1) Versicherte haben bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Erziehungsrente, wenn
 1. ihre Ehe nach dem 30. Juni 1977 geschieden und ihr geschiedener Ehegatte gestorben ist,
 2. sie ein eigenes Kind oder ein Kind des geschiedenen Ehegatten erziehen (§ 46 Abs. 2),
 3. sie nicht wieder geheiratet haben und
 4. sie bis zum Tod des geschiedenen Ehegatten die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

- (2) Geschiedenen Ehegatten stehen Ehegatten gleich, deren Ehe für nichtig erklärt oder aufgehoben ist.
- (3) Anspruch auf Erziehungsrente besteht bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze auch für verwitwete Ehegatten, für die ein Rentensplitting durchgeführt wurde, wenn
 - 1. sie ein eigenes Kind oder ein Kind des verstorbenen Ehegatten erziehen (§ 46 Abs. 2),
 - 2. sie nicht wieder geheiratet haben und
 - 3. sie bis zum Tod des Ehegatten die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.
- (4) Für einen Anspruch auf Erziehungsrente gelten als Scheidung einer Ehe auch die Aufhebung einer Lebenspartnerschaft, als geschiedener Ehegatte auch der frühere Lebenspartner, als Heirat auch die Begründung einer Lebenspartnerschaft, als verwitweter Ehegatte auch ein überlebender Lebenspartner und als Ehegatte auch der Lebenspartner.

§ 48 SGB VI: Waisenrente

- (1) Kinder haben nach dem Tod eines Elternteils Anspruch auf Halbwaisenrente, wenn
 - 1. sie noch einen Elternteil haben, der unbeschadet der wirtschaftlichen Verhältnisse unterhaltspflichtig ist, und
 - 2. der verstorbene Elternteil die allgemeine Wartezeit erfüllt hat.
- (2) Kinder haben nach dem Tod eines Elternteils Anspruch auf Vollwaisenrente, wenn
 - 1. sie einen Elternteil nicht mehr haben, der unbeschadet der wirtschaftlichen Verhältnisse unterhaltspflichtig war, und
 - 2. der verstorbene Elternteil die allgemeine Wartezeit erfüllt hat.
- (3) Als Kinder werden auch berücksichtigt:
 - 1. Stiefkinder und Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 1 und 2 Erstes Buch), die in den Haushalt des Verstorbenen aufgenommen waren,
 - 2. Enkel und Geschwister, die in den Haushalt des Verstorbenen aufgenommen waren oder von ihm überwiegend unterhalten wurden.
- (4) Der Anspruch auf Halb- oder Vollwaisenrente besteht längstens
 - 1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres oder
 - 2. bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, wenn die Waise
 - a) sich in Schulausbildung oder Berufsausbildung befindet oder
 - b) sich in einer Übergangszeit von höchstens vier Kalendermonaten befindet, die zwischen zwei Ausbildungsabschnitten oder zwischen einem Ausbildungsabschnitt und der Ableistung des gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstes oder der Ableistung eines freiwilligen Dienstes im Sinne des Buchstabens c liegt, oder
 - c) ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder den Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz leistet oder
 - d) wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.

Eine Schulausbildung oder Berufsausbildung im Sinne des Satzes 1 liegt nur vor, wenn die Ausbildung einen tatsächlichen zeitlichen Aufwand von wöchentlich mehr als 20 Stunden erfordert. Der tatsächliche zeitliche Aufwand ist ohne Bedeutung für Zeiten, in denen das Ausbildungsverhältnis trotz einer Erkrankung fortbesteht und damit gerechnet werden kann, dass die Ausbildung fortgesetzt wird. Das gilt auch für die Dauer der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz.
- (5) In den Fällen des Absatzes 4 Nr. 2 Buchstabe a erhöht sich die für den Anspruch auf Waisenrente maßgebende Altersbegrenzung bei Unterbrechung oder Verzögerung der Schulausbildung oder Berufsausbildung durch den gesetzlichen Wehrdienst, Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst um die Zeit dieser Dienstleistung, höchstens um einen der Dauer des gesetzlichen Grundwehrdienstes oder Zivildienstes entsprechenden Zeitraum. Die Ableistung eines freiwilligen Dienstes im Sinne von Absatz 4 Nr. 2 Buchstabe c ist kein gleichgestellter Dienst im Sinne von Satz 1.
- (6) Der Anspruch auf Waisenrente endet nicht dadurch, dass die Waise als Kind angenommen wird.

§ 9 Abs. 1 SGB IX: Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten

(1) Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen; im Übrigen gilt § 33 des Ersten Buches. Den besonderen Bedürfnissen behinderter Mütter und Väter bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie den besonderen Bedürfnissen behinderter Kinder wird Rechnung getragen.

§ 84 Abs. 2 SGB IX: Betriebliches Eingliederungsmanagement

(2) Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement). Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen. Die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist zuvor auf die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen. Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Frist des § 14 Abs. 2 Satz 2 erbracht werden. Die zuständige Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem die Schwerbehindertenvertretung, können die Klärung verlangen. Sie wachen darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt.

Weiterführende Literatur

- beta Institut (2013a): Begleitperson. (Abgerufen am 26.9.2013 von: http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Begleitperson-52.html)
- beta Institut (2013b): Haushaltshilfe. (Abgerufen am 26.9.2013 von: http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Haushaltshilfe-172.html)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2011): Arbeitsassistent. (Abgerufen am 26.09.2013 von: <http://www.integrationsaemter.de/Fachlexikon/Arbeitsassistent/77c5451p/index.html>)
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Suchterkrankungen. Schriftenreihe. Band 12. (Abgerufen am 26.09.2013 von: http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Abhaengigkeit.pdf)
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2014): Gesetze im Internet. SGB VI. (<http://www.gesetze-im-internet.de/index.html>)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013a): Betriebliches Eingliederungsmanagement. (Abgerufen am 26.9.2013 von: <http://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsschutz/Gesundheit-am-Arbeitsplatz/betriebliches-eingliederungsmanagement.html>)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013b): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Stand Januar 2013. (Abgerufen am 26.9.2013 von http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a990-rehabilitation-und-teilhabe-deutsch.pdf?__blob=publicationFile)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013c): Schritt für Schritt zurück in den Job. Betriebliche Eingliederung nach längerer Krankheit – was Sie wissen müssen. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Abgerufen am 14.03.2014 von http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a748-betriebliche-eingliederung.pdf?__blob=publicationFile)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013). Pflege: Freistellung von der Arbeit zur Pflege kranker Kinder. (Abgerufen am 26.9.2013 von: <http://www.familien-wegweiser.de/wegweiser/stichwortverzeichnis,did=40872.html>)
- Bundesministerium für Gesundheit (2013): Rehabilitation. (Abgerufen am 26.9.2013 von: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/leistungen/rehabilitation.html>)
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2014); www.deutsche-rentenversicherung.de
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2013a): Reha-Bericht 2012: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. (Abgerufen am 26.9.2013 von: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/235592/publicationFile/30905/rehabericht_2012.pdf)
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2013b): Medizinische Rehabilitation. Wie Sie Ihnen hilft. 8. Auflage. (Abgerufen am 26.9.2013 von: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/232582/publicationFile/56251/med_reha_wie_sie_ihnen_hilft.pdf)
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2013c): Rehabilitation für Kinder. 8. Auflage. (Abgerufen am 26.9.2013 von: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/232588/publicationFile/55073/rehabilitation_fuer_kinder.pdf)
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2012a): Arbeitslos – Was Sie beachten sollten. 7. Auflage. (Abgerufen am 26.9.2013 von: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/232608/publicationFile/51390/arbeitslos_was_sie_beachten_sollten.pdf)
- Deutsche Rentenversicherung (2012b): Beiträgerstattung. 7. Auflage.
- Deutsche Sozialversicherung Europavertretung (2013): Soziale Sicherheit in Deutschland. (Abgerufen am 26.9.2013 von: www.deutsche-sozialversicherung.de)
- Robert Koch-Institut (RKI) (2012): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie >Gesundheit in Deutschland aktuell 2010<. Berlin: Ruksaldruck.
- Welti, Felix (2013): Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat: Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen. Tübingen: Mohr Siebeck Verlag.

Anhänge

Anhang 1

**MUSTERANTRAG
AUF LEISTUNGEN ZUR TEILHABE FÜR VERSICHERTE –
REHABILITATIONSANTRAG (G100)**

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

 Eingangsstempel
der Antrag aufnehmenden Stelle

 Eingangsstempel
des Rentenversicherungsträgers

**Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte
- Rehabilitationsantrag**

G100

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - und des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) - von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil (SGB I) - ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

Hat die gesetzliche Krankenkasse, die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter schriftlich aufgefordert, diesen Antrag zu stellen?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, die Krankenkasse
	<input type="checkbox"/> ja, die Agentur für Arbeit
	<input type="checkbox"/> ja, das Jobcenter

Aufforderungsschreiben bitte in Kopie beifügen!

1 Beantragte Leistung

<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 ff. SGB IX)	Anlage (Formular G110) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant	
<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 ff. SGB IX)	Anlage (Formular G110) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant <input type="checkbox"/> ambulant	
<input type="checkbox"/> Leistungen zur onkologischen Rehabilitation (§ 15 oder § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI)	Anlage (Formular G110) bitte beifügen, sofern Sie keine Altersrente beziehen!
<input type="checkbox"/> Medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (Präventionsleistungen - § 31 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI)	Anlage (Formular G110) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation - § 16 SGB VI in Verbindung mit § 33 ff. SGB IX)	Anlage (Formular G130) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeughilfe (§ 33 Absatz 8 Nummer 1 SGB IX)	Anlagen (Formulare G140 und G141) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind (§ 33 Absatz 8 Nummer 4 und 5 SGB IX)	Anlage (Formular G130) bitte beifügen!

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

2 Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)	
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Geburtsort (Kreis, Land)			
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort		
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)			

3 Angaben zum Familienstand und Beruf

3.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)			
<input type="checkbox"/> 0	ledig	<input type="checkbox"/> 1	verheiratet
<input type="checkbox"/> 2	geschieden	<input type="checkbox"/> 3	verwitwet
3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)			

4 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

(bei Arbeitslosigkeit / Arbeitsunfähigkeit geben Sie bitte die letzte berufliche Stellung davor an)

<input type="checkbox"/> 0	nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner)	<input type="checkbox"/> 1	Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student)	<input type="checkbox"/> 2	ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)
<input type="checkbox"/> 3	angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig)	<input type="checkbox"/> 4	Facharbeiter	<input type="checkbox"/> 5	Meister, Polier
<input type="checkbox"/> 6	Angestellter	<input type="checkbox"/> 7	Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechtes	<input type="checkbox"/> 8	Selbständiger

5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

<input type="checkbox"/> 0	nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft)	<input type="checkbox"/> 1	Ganztagsarbeit ohne Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 2	Ganztagsarbeit mit Wechselschicht / Akkord
<input type="checkbox"/> 3	Ganztagsarbeit mit Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 4	Teilzeitarbeit, weniger als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 5	Teilzeitarbeit, mindestens die Hälfte der üblichen Arbeitszeit
<input type="checkbox"/> 6	ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann	<input type="checkbox"/> 7	arbeitslos gemeldet	<input type="checkbox"/> 8	Heimarbeit
<input type="checkbox"/> 9	Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen				

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

6 Strukturiertes Behandlungsprogramm - Disease-Management-Programm (DMP)

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

0 nein 1 ja

7 Krankenkasse

Name

Straße, Hausnummer Telefon

Postleitzahl Ort

Gesetzliche Krankenkasse

Private Krankenversicherung

8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

Name Vorname

Straße, Hausnummer Telefon

Postleitzahl Ort

9 Beiträge zur Sozialversicherung

9.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

nein ja

9.2 Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

Staat von - bis

nein ja

9.3 Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?

nein ja, Formular G105 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen) bitte beifügen!

10 Bezug von Arbeitslosengeld II

Beziehen oder bezogen Sie im laufenden Kalenderjahr Arbeitslosengeld II?

nein ja, bitte entsprechende Nachweise beifügen!

11 Beamteneigenschaft

Wird eine Beschäftigung ausgeübt, aus der nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

nein ja

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

12 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Name des Rentenversicherungsträgers

nein ja

13 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente

Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird (zum Beispiel betriebliche Versorgungsleistung, Vorruhestandsleistung, Anpassungsgeld, Knappschaftsausgleichsleistung)?

Art der Leistung

nein ja

14 Sonstige Angaben

14.1 Sind bei Ihnen Gesundheitsstörungen anerkannt worden als

- Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls,
- Berufskrankheit,
- Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung,
- Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivillist,
- Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,
- Verfolgtenleiden,
- Impfschaden?

Von welcher Stelle? Aktenzeichen

nein ja

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

nein ja

14.2 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer Erwerbsfähigkeit** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein ja, Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Formular R870) bitte beifügen.

Sind **Schadensersatzansprüche** geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

am bei welcher Stelle? Aktenzeichen

nein ja

14.3 Haben Sie **in den letzten 4 Jahren** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?

Von welcher Stelle zuletzt? Aktenzeichen

nein ja

von - bis

14.4 Haben Sie unmittelbar vor diesem Rehabilitationsantrag bereits bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Mutter- / Vater-Kind-Leistungen (Vorsorge oder Rehabilitation) gestellt beziehungsweise sind solche Leistungen zuvor verordnet worden? (Vorhandene Unterlagen bitte beifügen!)

am Name der Krankenkasse Aktenzeichen

nein ja

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

15 Antragstellung durch eine andere Person

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen!

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen)	
In der Eigenschaft als	
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Vormund
<input type="checkbox"/> Betreuer	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	

16 Bankverbindung

(die Angabe ist freiwillig, zugleich für eine Überweisung unverzichtbar)

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D, E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

17 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Sind Sie auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzen Sie behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führungshund oder Assistenzhund)?

nein ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:

18 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

21 Bestätigung der Krankenkasse

- wird von der Krankenkasse ausgefüllt, sofern die Antragstellung über die Krankenkasse erfolgt -
(nur ausfüllen, wenn eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation beantragt wird; entfällt bei privater
Krankenversicherung)

21.1 Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen				
Sie ist / Er ist <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert					
Wurden für die Antragstellerin / den Antragsteller in den letzten 4 Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 1 SGB V (ambulante Rehabilitationsleistungen), § 40 Absatz 2 SGB V (stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung) oder § 41 Absatz 1 SGB V (Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes) durchgeführt oder bezuschusst (§ 12 Absatz 2 SGB VI)?					
Art und Zeitraum der Leistung					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
Anmerkung: Nicht anzugeben sind ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Absatz 2 und 4 SGB V) und Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 Absatz 1 SGB V).					
21.2 Werden zurzeit Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt? - nur ausfüllen, wenn die Krankenkasse nach § 28h Absatz 1 des Vierten Buches des Sozialgesetzbuches, Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung, auch Einzugsstelle für die Beiträge ist -					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,					
letzter Beitrag					
<table border="1"> <tr> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Monat	Jahr		
Monat	Jahr				
21.3 AUD-Beleg ist beigelegt					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift					
Datum					

Anhang 2

MUSTERSCHREIBEN ZUR ANGABE DER GEWÜNSCHTEN REHABILITATIONSEINRICHTUNG (AUSÜBUNG DES WUNSCH- UND WAHLRECHTS)

**Anlage zum Antrag auf Rehabilitation
Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts**

Absender: (Ihre Anschrift)

Versicherungsnummer:

An die: (Anschrift des zuständigen Rentenversicherungsträgers)

Ort, Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß § 9 SGB IX und § 33 SGB I habe ich bei der Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme ein Wahlrecht. Ich möchte von diesem Wahlrecht Gebrauch machen und nach Möglichkeit die Rehabilitationsmaßnahme in einer von mir selbst ausgesuchten Rehabilitationseinrichtung durchführen.

Entweder (Beispiel):

Ich habe zwei kleine Kinder (5 und 3 Jahre alt), die mich brauchen und von denen ich nicht für drei Wochen entfernt sein kann. Ich befürchte auch, dass sich diese Trennung negativ auf meinen Gesundheitszustand auswirken würde, da ich mich ständig Sorgen um sie machen würde. Deshalb ist es mir besonders wichtig, in einer Einrichtung in der Nähe meines Wohnorts behandelt zu werden. Auf diese Weise können meine Kinder mit meinem Mann mich häufig während meiner Rehabilitation besuchen, was die Trennung für mich und für sie leichter machen würde.

Aus diesem Grunde entscheide ich mich für die
<Name der und Adresse der Wunscheinrichtung einfügen>,

da diese Rehabilitationseinrichtung nur 15 km von meinem Wohnort entfernt ist.

Oder:

Aufgrund meiner Erkrankung werde ich in der Rehabilitation Therapien bekommen, in denen viel gesprochen wird. Zwar kann ich mich auf Deutsch ausreichend verständigen, dennoch wäre es mir und für meinen Behandlungserfolg wichtig, mich in meiner Muttersprache – türkisch – therapieren zu lassen. In türkischer Sprache kann ich mich besser ausdrücken und den Arzt bzw. den Therapeuten besser verstehen. Denn ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich auf Deutsch meine Beschwerden nicht so umfassend und genau beschreiben kann, wie ich es gerne möchte.

Aus diesem Grunde entscheide ich mich für die
<Name der und Adresse der Wunscheinrichtung einfügen>,

da diese Rehabilitationseinrichtung türkischsprachiges Personal beschäftigt und ich dadurch hoffe, bessere Behandlungserfolge zu erzielen.

Ich bitte Sie, meine individuelle Situation zu berücksichtigen und nach Möglichkeit meinem Wunsch zuzustimmen.
Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang 3

MUSTERSCHREIBEN EINES WIDERSPRUCHS GEGEN DIE ABLEHNUNG DES REHABILITATIONSANTRAGS

Absender: (Ihre Anschrift)

An (Anschrift des zuständigen Rentenversicherungsträgers)

Ort, Datum

Widerspruch gegen den Bescheid vom (Datum des Bescheids) wegen der Ablehnung einer stationären/ ambulanten Rehabilitationsmaßnahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erhebe ich gegen Ihren Bescheid zur Ablehnung meines Rehabilitationsantrags, vom (Datum des Bescheids), Widerspruch. Der Widerspruch erfolgt form- und fristwährend.

Entweder (Beispiel):

Nach eingehender Beratung durch meinen behandelnden Arzt (Name des Arztes) sind wir zu dem Entschluss gekommen, Widerspruch gegen Ihre Ablehnung einzureichen, da die Chancen, eine Berufsunfähigkeit abzuwenden durch eine Rehabilitationsmaßnahme sehr viel effektiver bekämpft werden kann, als durch eine andere Behandlung.

Seit zwei Jahren habe ich starke Rückenschmerzen, die seit einem halben Jahr als chronisch eingestuft werden. Sämtliche Therapien haben bisher nur wenig Erfolg gezeigt und sowohl ich, als auch meine behandelnden Ärzte sehen die Behandlung in einer spezialisierten Einrichtung im Zuge einer Rehabilitationsmaßnahme als erforderlich für meine Teilhabe am Berufs- und gesellschaftlichen Leben.

Ich bitte Sie, die bereits eingereichten Arztberichte und die erneute Stellungnahme noch einmal zu überprüfen.

Oder:

Ich bitte Sie auf diesem Wege auch, um eine Einsicht in alle, zur Urteilsfindung benutzten Unterlagen und Gutachten. Ich werde Ihnen in den nächsten Wochen eine ausführliche Begründung meines Widerspruchs nachreichen.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift

Danksagung

Wir danken folgenden Experten, die durch ihr Fachwissen maßgeblich zur Entstehung dieses Wegweisers beigetragen haben:

- Dr. Nathalie Glaser-Möller (Deutsche Rentenversicherung Nord)
- Karin Fleischer (Deutsche Rentenversicherung Nord)
- Gabriele Meyer (Deutsche Rentenversicherung Nord)
- Roland Schreiber (Deutsche Rentenversicherung Nord)
- Sabine Erbstößer (Deutsche Rentenversicherung Bund)
- Ralf Weisenburger (Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz)
- Dr. Claudia Martini (Bundeskanzleramt, Arbeitsstab der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration)
- Prof. Dr. med. Hajo Zeeb (Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH Abt. Prävention und Evaluation)
- Prof. Dr. Jan Ilhan Kizilhan (Leiter des Studiengangs Soziale Arbeit mit psychisch Kranken und Suchtkranken – Fakultät für Sozialwesen der Duale Hochschule Baden-Württemberg, Villingen-Schwenningen)
- Dr. med. Eva Renckly-Senel (Ärztin für Allgemeinmedizin, Sozialmedizin, ärztliche Psychotherapeutin, Gutachterin bei der DRV Knappschaft-Bahn-See, Schwerpunkt Migranten)
- Dr. Alfons Schröer (Hochschullehrer)

Das Ethno-Medizinische Zentrum e. V. bietet auch muttersprachliche Broschüren zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen an. Diese können unter www.ethnomed.com heruntergeladen oder direkt beim Ethno-Medizinischen Zentrum e. V. bestellt werden:

- *Die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – Hilfe bei chronischen Erkrankungen (Wegweiser für Migranten)*
- *Gesundheit Hand in Hand – Das Deutsche Gesundheitssystem*
- *Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland*
- *Diabetes – Informieren, Vorbeugen, Handeln*
- *Schutzimpfungen*
- *Depression – Erkennen, Verstehen, Helfen*
- *Computer-, Internet- und Glückspielsucht – Ursachen, Prävention, Therapie*
- *Traumafolgestörungen und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)*
- *Gesund leben – Gesund bleiben*

Die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung: Hilfe bei chronischen Erkrankungen

Mit diesem Wegweiser erhalten Sie wichtige Informationen rund um das Thema medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung, zur Antragstellung, Rehabilitationsfinanzierung und Rehabilitationsablauf. Darüber hinaus werden Adressen für weiterführende Informationen aufgeführt.

- Was ist eine medizinische Rehabilitation und wer kann sie in Anspruch nehmen?
- Wie wird die medizinische Rehabilitation finanziert?
- Hat die medizinische Rehabilitation Auswirkungen meine Arbeitsstelle?
- Wie und wo stelle ich einen Antrag auf medizinische Rehabilitation?
- Was passiert in der Rehabilitationseinrichtung und nach der Rehabilitation?

Vielleicht beschäftigen Sie sich mit diesen Fragen oder kennen jemanden, der Antworten auf diese Fragen sucht ...

Dieser Wegweiser wurde überreicht durch: