

SOZIALVERBAND

**VdK**

RHEINLAND-PFALZ



Oktober 2012

Rehabilitationsleistungen im Überblick

## **Impressum**

Inhalte: Ida Schneider

Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e. V., Kaiserstraße 62, 55116 Mainz

E-Mail: [rheinland-pfalz@vdk.de](mailto:rheinland-pfalz@vdk.de)

Internet: [www.vdk.de/rheinland-pfalz](http://www.vdk.de/rheinland-pfalz)

© Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, September 2012

Die Inhalte wurden sorgfältig erarbeitet. Es kann jedoch keine Gewährleistung für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden.

Die in dieser Informationsmappe verwendeten männlichen Bezeichnungen dienen ausschließlich der besseren Lesbarkeit und gelten ausdrücklich für beide Geschlechter. Eine Diskriminierung weiblicher Personen wird damit nicht beabsichtigt.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einführung</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Rehabilitationsträger</b> .....	<b>5</b>
2.1 Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.....	5
2.2 Träger der gesetzlichen Rentenversicherung .....	5
2.3 Bundesagentur für Arbeit .....	5
2.4 Träger der gesetzlichen Unfallversicherung .....	5
2.5 Träger der Sozialhilfe .....	5
2.6 Träger der öffentlichen Jugendhilfe.....	6
2.7 Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden .....	6
<b>3. Antragstellung, Zuständigkeitsklärung, Selbstbeschaffung der Leistung ...</b>	<b>6</b>
<b>4. Rehabilitationsleistungen im Überblick</b> .....	<b>7</b>
4.1 Überblick über Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.....	7
4.1.1 ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation .....	8
4.1.2 Heilmittel, Krankengymnastik.....	8
4.1.3 Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel .....	8
4.1.4 Belastungserprobung und Arbeitstherapie .....	8
4.1.5 Zahnärztliche Behindertenhilfe.....	9
4.2 Überblick über Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung .....	9
4.2.1 medizinische Rehabilitation.....	9
4.2.1.1 Anschlussrehabilitation .....	9
4.2.1.2 ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation .....	9
4.2.1.3 Nachsorge.....	10
4.2.1.4 Entwöhnungsbehandlungen.....	10
4.2.1.5 Kinderrehabilitationen .....	10
4.2.2 Teilhabe am Arbeitsleben .....	10
4.2.3 ergänzende Leistungen.....	11
4.2.3.1 Übergangsgeld.....	11
4.2.3.2 Kinderbetreuung und Haushaltshilfe .....	11
4.3. Überblick über Leistungen der Bundesagentur für Arbeit.....	11
4.4. Überblick über Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung.....	12
4.5 Rehabilitationsleistungen der Sozialhilfe.....	13
4.6 Rehabilitationsleistungen des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe .....	14
4.7 Überblick über Leistungen der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden .....	14
<b>5. Zuzahlung</b> .....	<b>15</b>
<b>6. Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten</b> .....	<b>15</b>
<b>7. Leistungen in Form des Persönlichen Budgets</b> .....	<b>16</b>
<b>8. Mitwirkungspflicht</b> .....	<b>16</b>
<b>9. Selbsthilfe</b> .....	<b>17</b>

# 1. Einführung

Als Rehabilitation wird die Bestrebung bezeichnet, einen Menschen wieder in seinen optimalen früheren Zustand zu versetzen. Dabei wird unterschieden zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Rehabilitation als Wiedereingliederung in das berufliche Leben (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben), sozialer Rehabilitation, die eine Eingliederung in den Alltag und die Gesellschaft ermöglichen soll und in unterhaltsichernde und andere ergänzende Leistungen.

Das Ziel der Rehabilitation behinderter Menschen ist im ersten Paragraf des Sozialgesetzbuchs – Neuntes Buch (SGB IX) formuliert: Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Man spricht daher auch von „Leistungen zur Teilhabe“. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen.

Zentrale Voraussetzung für die Rehabilitation ist eine Behinderung. Als Behinderung wird eine Abweichung vom „norm“-typischen Zustand definiert. Sie ist der Verlust oder die Beeinträchtigung von normalerweise vorhandenen körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeiten oder der seelischen Gesundheit bezogen auf das jeweilige Lebensalter. Abweichend davon ist eine akute Erkrankung, die nicht länger als ein halbes Jahr andauert, keine Behinderung im oben genannten Sinne. Aber es werden beispielsweise Leistungen zur Rehabilitation auch erbracht, wenn aufgrund einer akuten oder chronischen Erkrankung eine Behinderung droht.

Menschen, die eine chronische Erkrankung oder eine angeborene oder erworbene Behinderung haben, haben erst einen Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation, wenn alle weiteren Voraussetzungen erfüllt sind.

Die weiteren Voraussetzungen beziehen sich insbesondere auf versicherungsrechtliche Voraussetzungen (beispielsweise ausreichend Pflichtbeitragszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung). Der Versicherte muss außerdem ausreichend belastbar und motiviert sein, um an der Rehabilitationsmaßnahme aktiv teilnehmen zu können. Man spricht hierbei von „Rehafähigkeit“.

Je nach individueller Konstellation sind auch unterschiedliche Leistungsträger mit einbezogen. Wenn die Erwerbsfähigkeit gefährdet ist, kommt beispielsweise der Rentenversicherungsträger als Kostenträger für die Rehabilitation infrage. Ist eine Behinderung Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit, so ist der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zuständig.

Rehabilitationsleistungen umfassen die notwendigen Sozialleistungen, die eine Behinderung abwenden, beseitigen, mindern oder ihre Verschlimmerung verhüten oder ihre Folgen mildern können. Dadurch sollen die Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit vermieden, überwunden, gemildert oder eine Verschlimmerung verhütet sowie der vorzeitige Bezug anderer Sozialleistungen, wie beispielsweise einer Erwerbsminderungsrente vermieden oder laufende Leistungen reduziert werden.

## **2. Rehabilitationsträger**

Als Rehabilitationsträger (Rehaträger) werden in Deutschland Institutionen bezeichnet, die Leistungen zur sozialen, medizinischen oder beruflichen Rehabilitation erbringen, also die Kosten dafür übernehmen. Dazu gehören die Träger der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Sozialhilfeträger sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden.

### ***2.1 Träger der gesetzlichen Krankenversicherung***

Die gesetzliche Krankenversicherung erbringt für ihre Versicherten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

### ***2.2 Träger der gesetzlichen Rentenversicherung***

Die gesetzliche Rentenversicherung ist für die medizinische und für die berufliche Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) ihrer Versicherten zuständig.

### ***2.3 Bundesagentur für Arbeit***

Die Bundesagentur für Arbeit mit ihren Regionaldirektionen und Agenturen für Arbeit vor Ort übernimmt Leistungen der beruflichen Rehabilitation, soweit hierfür kein anderer Träger verantwortlich ist. Bei jeder Agentur für Arbeit gibt es ein Reha-Team mit speziell qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

### ***2.4 Träger der gesetzlichen Unfallversicherung***

Die gesetzliche Unfallversicherung ist bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten, Schulunfällen und Kindergartenunfällen für die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation verantwortlich.

Unfallversicherungsträger sind die gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, Gemeindeunfallversicherungsverbände, die Unfallkasse des Bundes, der Länder und der Gemeinden, die Unfallkasse Post und Telekom, die Eisenbahn-Unfallkasse, die Feuerwehr-Unfallkassen sowie die gemeinsamen Unfallkassen für den Landes- und den kommunalen Bereich.

### ***2.5 Träger der Sozialhilfe***

Die Sozialhilfe tritt in allen Bereichen der Rehabilitation ein, wenn keiner der anderen Träger zuständig ist.

Die Sozialhilfe übernimmt in den Fällen einer wesentlichen Behinderung die Kosten für Rehabilitationsleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (SGB XII), soweit keine Ansprüche gegen vorrangige Rehabilitationsträger bestehen und die Aufbringung der Mittel aus eigenem Einkommen und Vermögen nicht zumutbar ist. Zuständig für die Hilfe sind die überörtlichen Träger der Sozialhilfe. In Rheinland-Pfalz ist dies das Landesausschuss für Soziales, Jugend und Versorgung. In anderen Bundesländern sind beispielsweise die Landschaftsverbände, Landeswohlfahrtsverbände oder Landessozialämter zuständig.

## **2.6 Träger der öffentlichen Jugendhilfe**

Die Jugendhilfe mit ihren örtlichen Jugendämtern erbringt medizinische, schulische, berufliche und soziale Leistungen zur Rehabilitation für seelisch behinderte und von einer seelischen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche sowie für junge Volljährige (bis zum 27. Lebensjahr) soweit kein anderer Träger vorrangig zuständig ist.

## **2.7 Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden**

Die soziale Entschädigung beinhaltet die notwendigen Maßnahmen zur Besserung und Wiederherstellung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit sowie eine angemessene wirtschaftliche Versorgung für anerkannte Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene, Wehrdienstbeschädigte, Verbrechenopfer, Impfgeschädigte und andere Personen, die Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz erhalten.

Zuständig für Rehaleistungen für diesen Personenkreis im Rahmen der sogenannten Kriegsopferversorgung ist für Bürger des südlichen Teils des Landes Rheinland-Pfalz die Kreisverwaltung Mainz-Bingen und für den nördlichen Bereich des Landes die Kreisverwaltung Mayen-Koblenz. In anderen Bundesländern sind beispielsweise die Hauptfürsorgestellen oder Versorgungsämter zuständig.

## **3. Antragstellung, Zuständigkeitsklärung, Selbstbeschaffung der Leistung**

Rehabilitationsleistungen werden grundsätzlich nur auf Antrag erbracht. Ausnahmen bestehen bei den Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung, die von Amts wegen erbracht werden.

Es ist wichtig, dass der Antrag gestellt wird, bevor eine Leistung der Teilhabe in Anspruch genommen wird. Wenn die weiteren Voraussetzungen erfüllt sind, übernimmt der zuständige Rehaträger dann die Kosten für eine notwendige Maßnahme. Welcher Träger für den individuellen Fall zuständig ist, muss zunächst geklärt werden. Um allerdings den Beginn der notwendigen Rehabilitationsmaßnahme nicht durch langwierige Zuständigkeitsklärungen zu verzögern, sieht das Gesetz vor, dass der Leistungsträger, bei dem ein Antrag eingeht, sofort die Zuständigkeit prüft. Ist er nicht zuständig, muss er den Antrag innerhalb von zwei Wochen an den zuständigen Träger weiterleiten. Der Träger, an den der Antrag weitergeleitet wurde, ist verpflich-

tet, innerhalb von drei Wochen über den Antrag zu entscheiden. Das gilt selbst dann, wenn er ebenfalls nicht zuständig ist. Falls für die Entscheidung ein Gutachten benötigt wird, so muss dies ebenfalls der zweite Träger veranlassen. Innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens muss der Rehabilitationsbedarf festgestellt und über die erforderliche Hilfe entschieden werden. Durch diese Regelungen soll die Wartezeit auf eine Rehabilitationsmaßnahme so kurz wie möglich ausfallen.

Wird über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb von drei Wochen entschieden und wurde der Antragsteller über die Gründe der Verzögerung der Bearbeitung seitens des Rehabilitationsträgers nicht oder unzureichend informiert, kann er sich die Leistungen zur Teilhabe grundsätzlich selbst beschaffen. Der Rehaträger ist unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verpflichtet, in diesem Fall die Kosten zu erstatten. In der Praxis wird die Selbstbeschaffungshilfe kaum in Anspruch genommen, da die Hürden für den Antragsteller hoch sind und die Nutzung dieses Selbsthilfeinstruments mit Risiken verbunden ist. Insbesondere ist es für den Antragsteller schwierig einzuschätzen, wann bei einer Leistung der Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit eingehalten ist.

Grundsätzlich kommt eine erneute Leistung zur medizinischen Rehabilitation nicht vor Ablauf von vier Jahren in Betracht. Ist aber aus gesundheitlichen Gründen schon vorher eine weitere Rehabilitation dringend erforderlich, beispielsweise, weil eine weitere schwere Behinderung hinzu gekommen ist, so kann eine erneute Maßnahme im Einzelfall auch früher durchgeführt werden.

Die Tage der Arbeitsabwesenheit während einer ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme dürfen bei Arbeitnehmern nicht auf den Erholungsurlaub angerechnet werden. Deshalb besteht während dieser Zeit auch ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber.

Im Land Rheinland-Pfalz wurden 21 sogenannten Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation zur Unterstützung der Antragsteller eingerichtet. Die Gemeinsamen Servicestellen sind bei Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Agenturen für Arbeit, Städten und Kreisen sowie Rentenversicherungsträgern angesiedelt. Fachleute klären Ratsuchende über notwendige Sachverhalte auf und koordinieren bei Bedarf mehrere Rehabilitationsleistungen. Die nächstgelegene Reha-Servicestelle finden Interessierte im Internet unter [www.reha-servicestellen.de](http://www.reha-servicestellen.de).

## **4. Rehabilitationsleistungen im Überblick**

### ***4.1 Überblick über Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung***

Rehabilitationsleistungen für Versicherte werden von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert, wenn sie erforderlich sind, um eine Krankheit zu heilen oder zu bessern, Beschwerden zu lindern oder einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Dies gilt auch für Mitglieder der Familienversicherung. Ist eine Maßnahme aus medizinischer Sicht erforderlich, so muss die Krankenkasse diese genehmigen. Sie wird aber nur dann von der Krankenkasse erbracht, wenn für diese Leistung nicht vorrangig andere Trägern zuständig sind. Eine Abgrenzung erfolgt in der Regel zu den Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung und dem

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, beispielsweise zur Wiederherstellung der Gesundheit wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit.

Die Krankenkasse entscheidet je nach Fallkonstellation über Art, Dauer, Umfang und Beginn der erforderlichen Leistung. Die nachstehenden Leistungen sind nicht abschließend.

#### **4.1.1 ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation**

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen führt der Patient wohnortnah durch. Er wohnt zu Hause, geht morgens in die behandelnde Einrichtung und verlässt diese nachmittags oder abends wieder. Möglich ist auch die Versorgung durch mobile Reha-Teams beim Patienten zu Hause. Eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme hat immer Vorrang vor einer stationären.

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen werden umgangssprachlich oft als „Kur“ bezeichnet. Der Patient wohnt für die Zeit der Rehabilitation in einer entsprechenden Einrichtung. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sind unter anderem zur Nachbehandlung schwerer Erkrankungen wie beispielsweise bei Herzinfarkten, Krebserkrankungen oder psychischen Erkrankungen möglich.

#### **4.1.2 Heilmittel, Krankengymnastik**

Bei vielen funktionellen Störungen sind krankengymnastische und therapeutische Übungen zur Wiederherstellung von Kraft, Ausdauer und Geschicklichkeit sehr wichtig. Durch sprachtherapeutische Behandlung sollen Patienten mit Behinderungen der sprachlichen Kommunikation, des Sprechens oder der Stimme in die Lage versetzt werden, sich mit oder ohne technische Hilfsmittel zu verständigen.

Zu den Heilmitteln zählen hauptsächlich physikalische Behandlungsmethoden, also Bewegung, Entspannungsübungen, Massagen, Atem- und Inhalationstherapie, Bestrahlungen, Elektrotherapie, Krankengymnastik sowie Sprach- und Beschäftigungstherapie.

#### **4.1.3 Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel**

Hilfsmittel sollen ausgefallene oder beeinträchtigte Körperfunktionen ersetzen oder ausgleichen. Dazu gehören Körperersatzstücke (Prothesen), Stützapparate (Orthesen) und orthopädische Schuhe. Andere Hilfsmittel sind Hörgeräte, Rollstühle und Orientierungshilfen für blinde Menschen. Die Änderung, Instandsetzung, Ersatzbeschaffung und Ausbildung im Gebrauch sind Bestandteil der Leistung.

#### **4.1.4 Belastungserprobung und Arbeitstherapie**

Während es Ziel der Belastungserprobung ist, die körperliche, geistige und seelische Leistungsfähigkeit und die Belastbarkeit zu ermitteln, will die Arbeitstherapie darauf aufbauend Fertigkeiten erhalten oder entwickeln, die für die berufliche Wiedereingliederung wichtig sind.



#### **4.1.5 Zahnärztliche Behindertenhilfe**

Eine besondere Leistung der medizinischen Rehabilitation, die die gesetzlichen Krankenkassen erbringen, ist die zahnärztliche Behindertenhilfe. Den Landes Zahnärztekammern liegen Anschriftenverzeichnisse von Zahnärzten vor, in deren Praxen die räumlichen und apparativen Voraussetzungen zur Betreuung von Menschen mit Behinderungen gegeben sind.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung gibt ebenfalls Auskunft über infrage kommende Zahnarztpraxen: telefonisch unter 0221 40010 oder im Internet unter [www.kzbv.de](http://www.kzbv.de).

### ***4.2 Überblick über Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung***

Die Rentenversicherung finanziert vielen Versicherten eine Rehabilitation. Zu den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zählt, dass man 15 Jahre rentenversichert war (Wartezeit) oder in den letzten zwei Jahren sechs Kalendermonate Pflichtbeiträge eingezahlt hat. Bei Jugendlichen kann bereits ein Pflichtbeitrag zur Rentenversicherung ausreichen, um Rehabilitationsleistungen zu erhalten.

#### **4.2.1 medizinische Rehabilitation**

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten Versicherte dann, wenn ihre Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist. Die Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung ist eine sehr komplexe Gesundheitsleistung mit dem Ziel der möglichst dauerhaften beruflichen Integration des Leistungsberechtigten.

##### 4.2.1.1 Anschlussrehabilitation

Nach bestimmten schweren Erkrankungen, zum Beispiel einem Herzinfarkt oder einer schweren Operation, folgt die Anschlussrehabilitation, die innerhalb von 14 Tagen nach der Krankenhausentlassung beginnen soll. Der Sozialdienst des Akutkrankenhauses unterstützt die Patienten bei den dafür nötigen Formalitäten.

##### 4.2.1.2 ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation

Die ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung verläuft in derselben Weise wie die medizinische Rehabilitation der Krankenversicherung. Bei einer stationären Rehabilitation sind die Rehabilitanden mindestens drei Wochen ganztägig mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung untergebracht, erhalten dort die für sie nötige Therapie – je nach medizinischer Indikation zum Beispiel Physiotherapie, Ernährungsberatung, Ergotherapie, psychologische Beratung oder eine Schulung zur Medikamenteneinnahme oder zum Umgang mit Hilfsmitteln.

#### 4.2.1.3 Nachsorge

Für viele Patienten mit chronischen Erkrankungen reicht die zeitlich begrenzte Rehabilitation in einer ambulanten oder stationären Einrichtung nicht aus, um den Behandlungserfolg dauerhaft zu sichern. Einige Rentenversicherungsträger haben deshalb unterschiedliche Nachsorgeprogramme entwickelt, um Therapien über die Zeit nach der Rehabilitation hinaus fortzuführen. Eine davon ist unter dem Namen „IRENA“ (Intensivierte Rehabilitationsnachsorgeleistung) bekannt. Es handelt sich dabei um eine Maßnahme, die im Anschluss an eine ganztägige ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation durchgeführt werden kann. Außerdem gibt es ein Nachsorgeprogramm „KARENA“ (Kardiovaskuläres Reha Nachsorgeprogramm), das beispielsweise nach dem schweren Herzinfarkt durchgeführt wird.

#### 4.2.1.4 Entwöhnungsbehandlungen

Auch Entwöhnungsbehandlungen bei Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit zählen zu den medizinischen Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung. Wer die Entscheidung getroffen hat, eine Suchtberatung aufzusuchen, über seine Abhängigkeit zu sprechen und sein Leben zu ändern, erhält in einer Spezialklinik die nötige Unterstützung, um von seiner Sucht loszukommen.

#### 4.2.1.5 Kinderrehabilitationen

Es gibt Krankheiten, die die normale Entwicklung eines Kindes beeinträchtigen können. Um Krankheitsfolgen im Erwachsenenalter zu vermeiden, können diese Kinder in speziellen Rehabilitationseinrichtungen eine Kinderrehabilitation erhalten. Dafür muss der Vater oder die Mutter eine bestimmte Zeit lang Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt haben. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind erfüllt, wenn ein Elternteil mindestens fünf Jahre lang gesetzlich rentenversichert war, bereits eine eigene Rente bezieht oder in den letzten zwei Jahren vor dem Rehabilitationsantrag mindestens sechs Monate Pflichtbeiträge gezahlt hat.

### **4.2.2 Teilhabe am Arbeitsleben**

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen bei gefährdeter oder geminderter Erwerbsfähigkeit den Verbleib im Arbeitsleben sichern. Als Hilfen für Arbeitnehmer werden je nach Bedarf technische und persönliche Hilfsmittel erbracht. Dazu zählen Kraftfahrzeughilfe, Reisekostenbeihilfe, Fahrkostenbeihilfe, Ausrüstungsbeihilfe, Umzugskostenbeihilfe, Wohnungshilfen, Arbeitsassistenz und auch Gründungszuschuss bei Selbstständigen. Weitere Beispiele sind eine berufliche Aus- oder Weiterbildung oder die Unterstützung des Arbeitgebers beim Einrichten eines behindertengerechten Arbeitsplatzes.

## **4.2.3 Ergänzende Leistungen**

### 4.2.3.1 Übergangsgeld

Sechs Wochen lang haben Arbeitnehmer gegenüber ihrem Arbeitgeber auch während der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Falls ihre medizinische Rehabilitation länger dauert, zahlt die gesetzliche Rentenversicherung Übergangsgeld. Es beträgt bei Rehabilitanden, die ein Kind haben, 75 Prozent und bei den übrigen Leistungsempfängern rund 68 Prozent des als Berechnungsgrundlage dienenden Regelentgelts. Die Höhe des Regelentgelts liegt bei 80 Prozent des letzten Bruttoentgelts.

### 4.2.3.2 Kinderbetreuung und Haushaltshilfe

Ist die Kinderbetreuung während der Rehabilitation nicht gesichert, kann die gesetzliche Rentenversicherung für diesen Zeitraum die Kosten für eine Haushaltshilfe übernehmen, wenn das Kind jünger als zwölf Jahre oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Sie kann auch prüfen, ob das Kind anderweitig untergebracht oder eventuell zur Rehabilitation mitgenommen werden kann.

## **4.3. Überblick über Leistungen der Bundesagentur für Arbeit**

Besondere Leistungen für behinderte und von einer Behinderung bedrohte Menschen werden durch die Bundesagentur für Arbeit erbracht, soweit nicht bereits durch die allgemeinen Leistungen eine Teilhabe am Arbeitsleben erreicht werden kann. Es werden auch behinderungsbedingt erforderliche Grundausbildungen zur Vermittlung spezieller Fertigkeiten gefördert, wie beispielsweise das Erlernen der Blindenschrift. Bei Bedarf werden in einer Werkstatt für behinderte Menschen Maßnahmen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich gefördert.

Besondere Leistungen an behinderte Menschen werden nur dann erbracht, wenn sie nicht an üblichen Maßnahmen der Aus- und Weiterbildung teilnehmen können. Als besondere Maßnahme gilt beispielweise auch eine Weiterbildung in einem Berufsförderungswerk.

Die finanzielle Förderung der Bundesagentur für Arbeit kommt im Rahmen einer Teilnahme an einer beruflichen Bildungsmaßnahme in Form einer Kostenerstattung für die Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Kosten für Lernmittel, Unterkunft und Verpflegung sowie Reisekosten infrage.

Auch sind Leistungen zum Lebensunterhalt möglich, etwa als Ausbildungsgeld oder Übergangsgeld sowie die Zahlung von Beiträgen zur Sozialversicherung bei einer Aus- oder Weiterbildung in einer Einrichtung zur beruflichen Rehabilitation.

Weitere Leistungen der Agentur für Arbeit sind die Erstattung von Bewerbungs- und Reisekosten oder Krafffahrzeughilfe, Gründungszuschuss bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit, Leistungen an Arbeitgeber, die einen behinderten oder schwerbehinderten Menschen beschäftigen in Form von Zuschüssen für die behinderungsgerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes, Eingliederungszuschüsse und die Übernahme der Kosten für eine Probebeschäftigung. Außer der bereits vorhandenen oder

drohenden Behinderung ist eine wichtige Voraussetzung, dass auf Grund dieser Behinderung die bisherige berufliche Tätigkeit nicht mehr oder nicht ohne Unterstützung ausgeübt werden kann.

Erst wenn die Ergebnisse aller Beratungen und Gutachten zu einem Fall vorliegen, wird ein individueller Eingliederungsplan erstellt. Bei der Auswahl der Leistungen werden persönliche Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt.

Behinderte erwerbsfähige Hilfebedürftige, die Leistungen zur Grundsicherung für Erwerbsfähige (Hartz IV) erhalten, können in der gleiche Weise Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten. Auch in diesen Fällen kann die Bundesagentur für Arbeit zuständiger Rehaträger sein.

#### **4.4. Überblick über Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung**

Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger sind bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Wegeunfällen für die gesamte Rehabilitation zuständig. Sie steuern und koordinieren die medizinische Behandlung sowie die Wiedereingliederung in den Beruf und in das soziale Umfeld.

Der Unfallversicherungsträger hat den Folgen des Versicherungsfalles mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken. Dies entspricht der umfassenden Schutzfunktion der gesetzlichen Unfallversicherung. Sie hat damit von allen Sozialversicherungszweigen den weitesten Rehabilitationsumfang. Beschränkungen wie in der gesetzlichen Krankenversicherung auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Maßnahmen, die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen, sind der gesetzlichen Unfallversicherung fremd.<sup>1</sup> Für die Sicherung des Lebensunterhalts in der Phase der Rehabilitation wird den Verletzten Übergangsgeld gezahlt.

Die medizinischen Rehabilitationsleistungen umfassen alle Leistungen, die auch die gesetzliche Krankenversicherung anbietet. Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung unterhalten eigene Kliniken, in denen Patienten von der Akutversorgung bis zur medizinischen Nachsorge betreut werden. Während der Arbeitsunfähigkeit haben Versicherte Anspruch auf Verletztengeld, das bis zu einer Dauer von 78 Wochen gewährt wird (inklusive der sechs Wochen der Lohnfortzahlung, falls diese seitens des Arbeitgebers zusteht).

Als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind folgende zu nennen:

- Leistungen zur Erlangung oder Erhaltung eines Arbeitsplatzes einschließlich Beratung, Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen
- Leistungen für Maßnahmen der Berufsvorbereitung inklusive einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung
- Leistungen für Maßnahmen zur beruflichen Ausbildung, Anpassung und Weiterbildung
- Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich sowie im Arbeitsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen

---

<sup>1</sup> Fuchs, Sozialversicherungsrecht, 2005, S. 586.

- Leistungen an Arbeitgeber (Zuschuss bei Probebeschäftigung oder Kostenübernahme für eine technische Anpassung des Arbeitsplatzes.

Als weitere Leistungen sind die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie ergänzende Leistungen wie Beiträge und Beitragszuschüsse zur Sozialversicherung, Rehabilitationssport, Reisekostenerstattung, Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten, Wohnungshilfe sowie Kraftfahrzeughilfe zu nennen.

Wenn sich ein Arbeitsunfall oder Wegeunfall ereignet hat oder der Verdacht besteht, dass ein Mitarbeiter an einer Berufskrankheit leidet, wird die gesetzliche Unfallversicherung nach der Anzeige durch den Arbeitgeber oder des Arztes von Amts wegen tätig. Das bedeutet, dass Leistungen an die geschädigte Person auch ohne einen Antrag erbracht werden.

#### **4.5 Rehabilitationsleistungen der Sozialhilfe**

Durch den zuständigen Sozialhilfeträger werden alle Rehabilitationsleistungen erbracht mit Ausnahme von unterhaltssichernden und anderen ergänzenden Leistungen. Voraussetzung ist, dass kein anderer Träger zuständig ist.

Die Träger der Sozialhilfe erbringen die Eingliederungshilfe für wesentlich behinderte Menschen als besondere Rehabilitationsleistung. Bei einer wesentlichen Behinderung handelt es sich um gravierende Behinderungen, die durchaus schwerer sein können als viele anerkannte Schwerbehinderungen.

Die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung umfasst:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Leistungen der Bundesagentur für Arbeit
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- weitere Leistungen (z.B. Hilfsmittelversorgung, heilpädagogische Leistungen, Wohnhilfen, Blindenhilfe, Leistungen im Arbeitsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen)
- heilpädagogische Hilfen für Kinder, die noch nicht zur Schule gehen (z. B. Fördermaßnahmen im Rahmen der Betreuung in einer Kindertagesstätte)
- Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, zu einer schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf und zu einer Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit.

Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beinhalten unter anderem die Versorgung mit nichtmedizinischen Hilfsmitteln (hierzu kann in begründeten Einzelfällen auch ein Kraftfahrzeug gehören), Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt (z.B. Übernahme der Kosten für einen Gebärdensprachdolmetscher), Hilfen zu der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung, Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten wie z.B. ambulanten Wohngemeinschaften und Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben (z.B. Übernahme von Taxikosten zum Besuch von Freunden oder einer kulturellen Veranstaltung).

Eine besondere Voraussetzung in der Sozialhilfe ist, dass die betroffene Person sich nicht durch den Einsatz ihrer Arbeitskraft, ihres Einkommens oder ihres Vermögens selbst helfen kann und die erforderliche Leistung nicht von Angehörigen oder von anderen Sozialleistungsträgern erhält. Einige Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung, wie beispielsweise Hilfe zur angemessenen Schulbildung und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, werden jedoch auch unabhängig vom vorhandenen Vermögen erbracht.

Auch wenn die überörtlichen Sozialhilfeträger für die Leistungserbringung zuständig sind, kann der Antrag beim örtlichen Sozialamt gestellt werden.

#### **4.6 Rehabilitationsleistungen des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe**

Träger der öffentlichen Jugendhilfe leisten als Rehaträger Eingliederungshilfe für seelisch behinderte oder von einer seelischen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche. Kind nach diesen Vorschriften ist, wer noch nicht 14 Jahre alt ist. Ein Jugendlicher ist, wer bereits 14, aber noch nicht 18 Jahre alt ist. Seelische Störungen, die eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit zur Folge haben können sind körperlich nicht begründbare Psychosen, seelische Störungen als Folge von Krankheiten und Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen, Suchtkrankheiten, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.

Die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche beinhaltet unter anderem:

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, beispielsweise Berufsvorbereitung oder Berufsausbildung
- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in Form z. B. von pädagogischen Hilfen oder Training lebenspraktischer Fertigkeiten, sowie in Ausnahmefällen medizinische Rehabilitation.

#### **4.7 Überblick über Leistungen der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden**

Zu dem berechtigten Personenkreis des sozialen Entschädigungsrechts gehören insbesondere Kriegsbeschädigte, Opfer von Gewalttaten und Impfgeschädigte sowie deren Hinterbliebene. Weitere Voraussetzung zur Gewährung einer Rehabilitationsmaßnahme ist eine Gesundheitsstörung die in einem ursächlichen Zusammenhang mit einer Schädigung steht, die nach dem entsprechenden Gesetz zu berücksichtigen ist. Rehabilitationsmaßnahmen im Bereich der sozialen Entschädigung sind:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, vor allem Heilbehandlung
- Leistungen zur Sicherung des Unterhaltes wie Versorgungskrankengeld

Die Kriegsofopferfürsorge ergänzt diese Versorgung durch besondere Hilfen im Einzelfall, wenn Beschädigte und Hinterbliebene nicht in der Lage sind, ihren Lebensbe-

darf aus den Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz und ihrem sonstigen Einkommen oder Vermögen zu bestreiten. Die Kriegsopferversorgung beinhaltet unter anderem Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zum Beispiel zur Aus- und Weiterbildung, Krankenhilfe oder Hilfen in besonderen Lebenslagen wie die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen.

## **5. Zuzahlung**

Rehabilitanden der gesetzlichen Rentenversicherung müssen für jeden Kalendertag einer stationären Rehabilitation zehn Euro zuzahlen, längstens jedoch für 42 Tage. Schließt sich die Rehabilitation unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung an, so besteht eine Zuzahlungspflicht dann längstens für 14 Tage. In Fällen ambulanter Rehabilitation, Kinderrehabilitation, bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder wenn Arbeitslosengeld II, Übergangsgeld oder Leistungen zur Grundsicherung gezahlt werden, entfällt die Zuzahlung. Ebenso wenn das Netto-Erwerbseinkommen derzeit 1.050 Euro im Monat nicht übersteigt. Im Kalenderjahr bereits geleistete Zuzahlungen – auch für Krankenhausbehandlungen – und Zuzahlungen an andere Sozialleistungsträger, werden angerechnet.

Rehabilitanden der gesetzlichen Krankenkasse zahlen zehn Euro pro Tag für maximal 28 Tage im Kalenderjahr zu. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist durch die gesonderte Antragstellung bei der Krankenkasse möglich, wenn im Laufe eines Kalenderjahres bestimmte Belastungsgrenzen erreicht worden sind. Die Belastungsgrenze liegt bei zwei Prozent des Bruttoeinkommens, bei chronisch Kranken bei einem Prozent.

Für die Rehabilitanden der gesetzlichen Unfallversicherung und der übrigen Rehaträger ist keine Zuzahlung erforderlich.

## **6. Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten**

Bei der Ausführung und Auswahl der Leistungen zur Teilhabe soll in der Regel den berechtigten Wünschen der Leistungsempfänger entsprochen werden. Es soll bei der Leistungsgewährung auf persönliche und familiäre Bedürfnisse Rücksicht genommen werden. Auch den religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen der Leistungsberechtigten sowie den besonderen Anliegen behinderter Eltern bei ihren Erziehungsaufgaben ist Rechnung zu tragen. Berechtigte Wünsche können sich auch auf die Auswahl des Ortes der Leistungserbringung beziehen.

Unberechtigt ist der Wunsch, wenn dem Verlangen eine gesetzliche Bestimmung entgegensteht oder er wirtschaftlich unangemessen ist. Ein Recht der Rehabilitanden auf die Auswahl einer bestimmten Einrichtung kann es danach nur dann geben, wenn die gewünschte Einrichtung die einzige wäre, in der die Rehabilitation Erfolg versprechend durchgeführt werden könnte. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung schließen mit geeigneten Rehabilitationseinrichtungen Verträge ab, damit die Versorgung in diesem Bereich gewährleistet werden kann. Deshalb kann der Versicherte sich nicht auf sein Wunsch- und Wahlrecht berufen und eine inländische oder ausländische Einrichtung ohne Vertrag vorschlagen, wenn der Leistungsberech-

tigte in einer inländischen Vertragseinrichtung bedarfsgerecht rehabilitiert werden kann. Kann hingegen in der von dem Rehabilitanden selbst gewählten Klinik die Rehabilitationsmaßnahme wesentlich früher begonnen werden, so kann verlangt werden, die Rehabilitationsmaßnahme in dieser Klinik zu genehmigen. Sofern dies dennoch abgelehnt wird, muss der Leistungsträger mittels Bescheid begründen, weshalb im Einzelfall den Wünschen des Versicherten nicht entsprochen wurde. Gegen diesen Bescheid kann ein Rechtsmittel (Widerspruch) eingelegt werden.

Zu dem Wunsch- und Wahlrecht gehört auch, dass die Leistungsberechtigten anstatt der Sachleistung eine Geldleistung wählen können, die in ihrer Höhe den Kosten der Sachleistung entspricht und zumindest gleich wirtschaftlich ist. Als Geldleistungen werden in der gesetzlichen Rentenversicherung beispielsweise Leistungen der Kraftfahrzeughilfe erbracht. Leistungen, die zum Kernbereich der Rehabilitation gehören, sind dafür jedoch nicht geeignet, wie beispielsweise eine stationäre Behandlung in einer Rehabilitationsklinik.

## **7. Leistungen in Form des Persönlichen Budgets**

Das Persönliche Budget ist eine andere Form der Gewährung von Sozialleistungen, die regulär als Sachleistung erbracht werden. Anstatt der Sachleistung stellt der Leistungsträger einen Geldbetrag zur Verfügung, mit dem der Rehabilitand die benötigte Leistung selbst bezahlen muss. Dadurch kann er selbst entscheiden, bei welchem Leistungsanbieter er die Leistung in Anspruch nimmt.

In Form des Persönlichen Budgets können sämtliche Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft oder im Arbeitsleben in Anspruch genommen werden. Dies kann beispielsweise eine Unterstützung bei der Haushaltsführung, eine Assistenz am Arbeitsplatz oder für die Freizeitbegleitung sein. Hierzu gehören auch technische Arbeitshilfen (z. B. eine Braillezeile für einen blinden Menschen), berufliche Weiterbildung und Einarbeitungshilfen (z. B. in Form eines Arbeitstrainings durch externe Fachkräfte).

Voraussetzung für die Bewilligung von Leistungen zur Teilhabe in Form des Persönlichen Budgets ist zunächst der Antrag. Seit 1. Januar 2008 besteht ein Rechtsanspruch darauf, Leistungen in Form des Persönlichen Budgets zu erhalten. Das bedeutet, dass dem Wunsch- und Wahlrecht der potentiellen Budgetnehmer in vollem Umfang entsprochen wird und bei Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen grundsätzlich alle Anträge auf Bewilligung von Persönlichen Budgets zu genehmigen sind. Die erforderlichen Leistungen bezahlt diejenige Person dann selbständig aus dem vereinbarten Persönlichen Budget. Ausführliche Informationen zum Persönlichen Budget sind auch im Thema des Monats des Sozialverbands VdK Rheinland-Pfalz Ausgabe Dezember 2007/Januar 2008 „Das Persönliche Budget“ zu finden.

## **8. Mitwirkungspflicht**

Wer Sozialleistungen wie Rehabilitationsleistungen beantragt oder erhält, hat eine Mitwirkungspflicht. Der Leistungsempfänger verpflichtet sich, an erfolgversprechenden Maßnahmen teilzunehmen und Änderungen der persönlichen Verhältnisse, die



für die Leistung erheblich sind, mitzuteilen. Mitwirkungspflichten haben dennoch ihre Grenzen. Mehr Informationen hierzu enthält das Thema des Monats des Sozialverbands VdK Rheinland-Pfalz, Ausgabe Juni 2012 „Mitwirkungspflichten“.

## **9. Selbsthilfe**

Selbsthilfegruppen können dazu beitragen, den dauerhaften Rehabilitationserfolg zu sichern. Chronisch kranke Menschen oder ihre Angehörigen können sich gegenseitig unterstützen und ihre Erfahrungen austauschen. Sie lernen dabei leichter mit den Folgen ihrer Krankheit umzugehen.

Die Ministerien für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie und für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen in Rheinland-Pfalz stellen im Internet eine Liste aller Selbsthilfegruppen im Land zur Verfügung: [www.onlinesuche.rlp.de](http://www.onlinesuche.rlp.de) - Selbsthilfegruppen.