

Merkblatt

zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation
(Stand 01.01.2002)

- Ⓐ Allgemeines
- Ⓑ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Ⓒ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Ⓓ Leistungen der Kraftfahrzeughilfe
- Ⓔ Onkologische Nachsorgeleistungen
- Ⓕ Kinderrehabilitationen

Wir bitten das Merkblatt bis zum Abschluss einer gewährten Leistung zur Rehabilitation aufzubewahren.

Leistungen zur Rehabilitation werden von verschiedenen Rehabilitationsträgern erbracht. Hierzu gehören z. B. Rentenversicherungsträger, gesetzliche Krankenkassen, Arbeitsämter, Berufsgenossenschaften und Versorgungsämter. Die Zuständigkeit regelt sich nach gesetzlichen Vorschriften, die für alle Rehabilitationsträger verbindlich sind.

Im Zusammenhang mit der Antragstellung ist die Zuständigkeit unverzüglich zu klären. Stellt der Rehabilitationsträger, der den Antrag zuerst erhalten hat, fest, dass er nicht zuständig ist, muss der Antrag einschließlich der eingereichten Unterlagen an den zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet werden. Dies geschieht im Interesse einer schnellen Leistungserbringung. Um Beachtung wird gebeten.

Die nachfolgenden Hinweise stellen darauf ab, dass die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte für die Leistungserbringung zuständig ist.

- 1 Ist die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder ist sie gemindert, kann die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) Leistungen zur Rehabilitation erbringen, wenn bei einer erheblichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet, bei bereits 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, bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann.

Die Leistungen zur Rehabilitation umfassen

- a) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- b) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- c) ergänzende Leistungen (Übergangsgeld, Reisekosten etc.).

- 2 Als sonstige Leistungen zur Rehabilitation gewährt die BfA insbesondere
 - onkologische Nachsorgeleistungen und
 - Kinderrehabilitationen.

Daneben können Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte erbracht werden, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben.

- 3 Für stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen stationären Leistungen zur Rehabilitation ist eine Zahlung des Versicherten oder des Rentners vorgesehen.
- 4 Die BfA bestimmt im Einzelfall Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen zur Rehabilitation sowie die Rehabilitationseinrichtung unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nach pflichtgemäßem Ermessen. Voraussetzung dafür ist, dass der Antragsvordruck vollständig und richtig ausgefüllt ist.

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

- 5 Die BfA entscheidet über die Bewilligung von Leistungen zur Rehabilitation nach Maßgabe der Vorschriften des Sozialgesetzbuches. Dies setzt u. a. voraus, dass vom Antragsteller notwendige Angaben vollständig und richtig gemacht werden. Der Antragsvordruck enthält ausschließlich Fragen, deren Beantwortung für die Entscheidung der BfA erforderlich sind. Während es der BfA obliegt, den Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln und die dazu notwendigen Beweismittel beizuziehen, ist der Antragsteller verpflichtet, hierbei mitzuwirken. Dazu gehört, die erheblichen Tatsachen anzugeben und bei Bedarf durch Unterlagen zu beweisen, der Erteilung von Auskünften durch Dritte zuzustimmen und sich gegebenenfalls ärztlich untersuchen zu lassen.

Unterbleibt die Mitwirkung, so kann sich dies für den Antragsteller nachteilig auswirken. Beispielsweise könnte die Gewährung von Leistungen abgelehnt werden. Hierzu kommt es aber nur, wenn der Antragsteller zuvor auf die Folgen schriftlich hingewiesen wird und eine ihm gesetzte angemessene Frist verstreichen lässt, ohne dass er seine Mitwirkungspflichten nachholt.

Benötigt die BfA Auskünfte oder Unterlagen von Dritten, so werden die Ermittlungen hierzu grundsätzlich über den Antragsteller geführt. Ausnahmen sind möglich, soweit sie gesetzlich zugelassen sind. Dies kommt insbesondere in Betracht, wenn die Erhebung beim Antragsteller einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde und keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass überwiegende schutzwürdige Interessen des Betroffenen beeinträchtigt werden.

- 6 Mit seiner Unterschrift unter die Erklärung zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation entbindet der Antragsteller Ärzte und dritte Stellen von der Schweigepflicht. Dies geschieht in seinem Interesse, um doppelte Untersuchungen soweit wie möglich zu vermeiden.
- 7 Der Antragsteller hat einen Anspruch darauf, dass die zu seinem persönlichen Lebensbereich gehörenden Angaben nicht unbefugt weitergegeben werden. Um eine Weitergabe von Informationen über persönliche und sachliche Verhältnisse zu vermeiden, steht es ihm daher frei, zunächst nur seine Versicherungsnummer und seine Personalien einzutragen und den Antrag nach der Bescheinigung durch die Krankenkasse auf der Rückseite zu vervollständigen.
- 8 Bei Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird von der BfA eine neutrale Bescheinigung über die Dauer dieser Leistungen ausgestellt. Diese Bescheinigung ist zur Vorlage beim Arbeitgeber bestimmt. Name und Anschrift der Rehabilitationseinrichtung werden darin nicht angegeben.

1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen alle erforderlichen medizinischen Maßnahmen, vor allem die Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen, einschließlich der ggf. erforderlichen Unterkunft und Verpflegung.

2 Persönliche Voraussetzungen

2.1 Ist die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder ist sie gemindert, kann die BfA Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen, wenn dadurch

bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann bzw. bei einer bereits geminderten Erwerbsfähigkeit diese durch diese Leistungen wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung einer solchen oder ähnlichen Leistung erbracht, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind (z.B. Leistungen der Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Kriegsopferversorgung). Dies gilt nicht, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind.

2.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden insbesondere nicht erbracht

- bei mangelnder Mitwirkung zur erforderlichen Aufklärung des Sachverhaltes ohne wichtigen Grund,
- wenn erkennbar ist, dass es dem Versicherten an dem Willen oder an der Fähigkeit fehlt, sich in die Gemeinschaft einzufügen,
- wenn der Versicherte bereits früher eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erhalten und deren Erfolg schuldhaft vereitelt hat,
- wenn der Versicherte nicht belastbar für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und nicht reisefähig ist,
- zur ausschließlichen Beseitigung von Übergewicht,
- wenn der mit der Leistung zur medizinischen Rehabilitation bezweckte Erfolg durch einen Erholungs- oder Genesungsaufenthalt erreicht werden kann oder
- wenn bei bestehender Schwangerschaft vom behandelnden Gynäkologen die Rehabilitationsfähigkeit nicht bescheinigt wird.

3 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können für Versicherte erbracht werden, die bei Antragstellung

- 3.1 die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
- 3.2 in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben oder
- 3.3 innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind oder

3.4 vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, wenn die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt ist oder als erfüllt gilt.

Anmerkung: Die allgemeine Wartezeit gilt u.a. als erfüllt, wenn der Versicherte wegen eines Arbeitsunfalls, einer Wehrdienstbeschädigung, einer Zivildienstbeschädigung oder wegen eines Gewahrsams i. S. d. Häftlingshilfegesetzes vermindert erwerbsfähig geworden ist.

3.5 Bezieher von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erfüllen immer die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Dies gilt auch für überlebende Ehegatten, die Anspruch auf erhöhte Witwen- oder Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben.

4 Leistungsausschluss

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können nicht erbracht werden für Versicherte, die

- wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung i. S. d. sozialen Entschädigungsrechts gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers erhalten können,

Anmerkung: Bei Erkrankungen aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit sind die Anträge an die Berufsgenossenschaften bzw. bei einer Schädigung i. S. d. sozialen Entschädigungsrechts z.B. an die Versorgungsämter, Landesversorgungsämter oder Integrationsämter zu richten.

- eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beziehen oder beantragt haben,

Anmerkung: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation setzen voraus, dass nach Durchführung derselben der Versicherte seiner Erwerbstätigkeit noch eine gewisse Zeit nachgehen kann. Ist beabsichtigt, einen Antrag auf Altersrente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente innerhalb von sechs Monaten nach dem Rehabilitationsantrag zu stellen, so sind im Hinblick hierauf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgeschlossen. Desgleichen kann eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation nicht mehr gewährt werden, wenn nach der Bewilligung dieser Leistung ein Antrag auf Altersrente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente gestellt wird.

- eine Beschäftigung ausüben, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder die als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens der Altersgrenze versicherungsfrei sind,

Anmerkung: Von dem Leistungsausschluss erfasst werden z.B. Beamte auf Lebenszeit, Richter, Berufssoldaten, Soldaten auf Zeit, Dienstordnungs- (DO)Angestellte, Geistliche oder sonstige Bedienstete der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgemeinschaften, wenn ihnen Anwartschaft auf

Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen gewährleistet ist, sowie die Bezieher einer entsprechenden Versorgung wegen Erreichens der Altersgrenze; von dem Leistungsausschluss nicht erfasst werden z.B. Beamte auf Widerruf oder auf Probe sowie Tarifangestellte des öffentlichen Dienstes mit Anwartschaften auf sogenannte Zusatzversorgungen, wie sie z.B. von der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) gezahlt werden.

- eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.

Anmerkung: Folgende Bezieher einer Leistung bis zum Beginn einer Rente wegen Alters sind von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherung ausgeschlossen:

- Bezieher von Altersübergangsgeld nach § 429 SGB III,
 - Bezieher von Arbeitslosengeld (unter erleichterten Voraussetzungen – § 428 SGB III –),
 - Bezieher von Arbeitslosenhilfe, die im Anschluss an ein Arbeitslosengeld (unter erleichterten Voraussetzungen – § 428 SGB III –), gezahlt wird,
 - Bezieher von Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus,
 - Bezieher einer Knappschaftsausgleichsleistung,
 - Bezieher einer Invalidenrente bei Erreichen besonderer Altersgrenzen,
 - Bezieher von Versorgungsleistungen oder Vorruhestandsgeld nach den für Leistungen aus den Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebietes geltenden Regelungen,
 - Bezieher betrieblicher Versorgungsleistungen, die damit auf die Altersrente hingeführt werden.
- sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilig untergebracht sind.

- 4.1 Versicherte oder Rentenbezieher mit nicht nur vorübergehendem Aufenthalt im Ausland erhalten Rehabilitationsleistungen nur, wenn für den Kalendermonat, in dem der Antrag gestellt ist, Pflichtbeiträge zur Rentenversicherung nach dem Sozialgesetzbuch gezahlt worden sind oder wegen Arbeitsunfähigkeit nicht zu zahlen waren.

5 Wartezeiterfüllung

Auf die Wartezeiten i. S. v. Ziff. 3 sind Zeiten, für die Pflichtbeiträge oder freiwillige Beiträge gezahlt worden sind oder Pflichtbeiträge als gezahlt gelten, anzurechnen. Hierzu zählen auch Beitrags- und Beschäftigungszeiten, die im Ausland zurückgelegt sind und die nach über- oder zwischenstaatlichen Rechtsvorschriften berücksichtigt werden können, sowie u. a. Kindererziehungszeiten und im Rahmen des Versorgungsausgleiches erworbene Rentenanwartschaften.

Mit den Ersatzzeiten bilden sie die rentenrechtlichen Zeiten, die für die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Rehabilitationsleistungen von Bedeutung sind.

6 Zuständigkeit

Sind Beiträge zu verschiedenen Zweigen der Rentenversicherung entrichtet worden, so ist die BfA für die Leistungen zuständig, wenn

- a) der letzte Beitrag vor der Antragstellung zur Rentenversicherung der Angestellten entrichtet ist,
- b) der Versicherte zuletzt Beiträge sowohl zur Rentenversicherung der Angestellten als auch zur Rentenversicherung der Arbeiter entrichtet hat.

Ist jedoch ein Beitrag an die Seekasse entrichtet, so ist für die Leistungen aus der Angestelltenversicherung die Seekasse zuständig.

Für Versicherte, die zuletzt als Angestellte bei der Deutschen Bahn AG versicherungspflichtig beschäftigt waren, ist die Bahnversicherungsanstalt zuständig.

Haben Versicherte einen Beitrag aufgrund einer Beschäftigung zur knappschaftlichen Rentenversicherung entrichtet, so ist für Leistungen vorrangig die Bundesknappschaft zuständig.

7 Antragstellung

- 7.1 Für die Antragstellung sind der von der BfA vorgesehene Antragsvordruck und der Selbstauskunftsbogen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu verwenden.

Dem Antrag ist ferner eine **Bescheinigung der Krankenkasse / Ersatzkasse mit Arbeitsunfähigkeitszeiten und -diagnosen** in den letzten drei Jahren vor der Antragstellung beizufügen. Die Angaben im sog. **AUD-Beleg** (Vordruck-Nr. 8.7101/3) können von wesentlicher Bedeutung für die Prüfung der Rehabilitationsbedürftigkeit, die Auswahl eines individuellen Rehabilitationsangebots und den Einsatz einer gezielten Therapie durch die Rehabilitationseinrichtung sein.

Außer der BfA erhalten nur ggf. der Gutachter (s. Ziff. 7.3.1, Weg B) und die Rehabilitationseinrichtung Kenntnis von den Arbeitsunfähigkeitszeiten und -diagnosen. Der Antragsteller kann der Übermittlung der medizinischen Daten durch die Krankenkasse / Ersatzkasse widersprechen (s. Erklärung zu Ziff. 11 im Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation).

Für Antragsteller, die bei einem **privaten** Versicherungsunternehmen gegen Krankheit versichert sind, **entfällt** der AUD-Beleg.

- 7.2 Zur Feststellung der **versicherungsrechtlichen Voraussetzungen** ist dem Antrag die Durchsicht des letzten Versicherungsnachweises oder der letzten Versicherungskarte aus dem Versicherungsnachweisheft der Sozialversicherung oder eine Bescheinigung des Arbeitgebers nach der DEÜV beizufügen und der BfA einzureichen.

Bestehen Zweifel, ob die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, kann der Antrag zunächst **ohne medizinische Unterlagen bzw. Angaben** gestellt werden. Nach Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen wird die BfA ggf. eine ärztliche Stellungnahme einholen (vgl. Ziff. 7.3).

Für die Prüfung der persönlichen Voraussetzungen (vgl. Ziff. 2) ist regelmäßig eine **ärztliche Stellungnahme** (Befundbericht **oder** Gutachten) erforderlich.

- 7.3 Sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gegeben, kann der Antragsteller bezüglich der ärztlichen Stellungnahme wählen, ob er einen seiner behandelnden Ärzte (**Weg A**) **oder** einen BfA-Gutachter (**Weg B**) aufsuchen möchte. Die Wahl des bevorzugten Weges hat keinen Einfluss auf die Erfolgsaussichten des Rehabilitationsantrages.

- 7.3.1 Wird der **Weg A** gewählt, wird der Befundbericht vom behandelnden Arzt/Betriebs-/Personalarzt ausgefüllt.

Zur Verfahrensbeschleunigung empfiehlt es sich, dass die vollständigen Antragsunterlagen zusammen mit dem Befundbericht vom behandelnden Arzt an die BfA gesandt werden. Falls der Antragsteller dies nicht wünscht, kann er auch selbst den Antragsvordruck und den Selbstauskunftsbogen an die BfA senden. Wird **Weg B** gewählt, sollte sich der Antragsteller wegen der ärztlichen Untersuchung direkt an einen für die BfA tätigen Arzt wenden, vorausgesetzt, er kann ohne fremde Hilfe zur Untersuchung erscheinen. Auskünfte über Namen und Anschriften der für die BfA tätigen Ärzte (**Weg B**) erteilen die Versicherungsämter und Krankenkassen.

Es wird empfohlen, sich wegen eines kurzfristigen Untersuchungstermins mit dem ausgewählten Arzt (**Weg B**) in Verbindung zu setzen. Sollte der behandelnde Arzt/Betriebs-/Personalarzt des Betreuten gleichzeitig für die BfA tätig sein, so muss für die ärztliche Untersuchung ein anderer Arzt aus dem den Versicherungsämtern und Krankenkassen vorliegenden Verzeichnis gewählt werden.

Der Antrag wird vom Arzt zusammen mit dem Gutachten (**Weg B**) an die BfA weitergeleitet.

Ist die ärztliche Untersuchung am Wohnort des Betreuten nicht möglich, weil ein für die BfA tätiger Arzt dort nicht ansässig ist, so kann die erforderliche Untersuchung durch den nächsten erreichbaren Arzt der BfA vorgenommen werden. Die hierbei entstehenden Fahrkosten werden von der BfA auf Antrag in Höhe der Tarife für öffentliche Verkehrsmittel erstattet.

7.3.2 Die ärztliche Untersuchung von **Renteneempfängern** wird durch die BfA veranlasst.

7.3.3 Der Antragsteller hat die Möglichkeit, im Antrag unter Ziff. 11.8 Namen und Anschriften von Ärzten anzugeben, von denen er nicht untersucht werden möchte. Die BfA wird dies bei der Auswahl des Arztes, den sie mit der Abgabe des Gutachtens beauftragt, berücksichtigen.

7.4 Es wird gebeten, bei dem behandelnden Arzt etwa vorhandene Entlassungsberichte aus vorhergehenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Krankenhausbehandlungen sowie nicht über sechs Monate alte Röntgenaufnahmen, Elektrokardiogramme, Blutuntersuchungs-, Blutsenkungsergebnisse und Grundumsatzbestimmungen zur ärztlichen Untersuchung mitzubringen. **Der Antragsteller trägt hiermit in seinem eigenen Interesse dazu bei, dass Doppeluntersuchungen vermieden werden.**

Wesentliche Änderungen des Gesundheitszustandes nach der bereits erfolgten ärztlichen Stellungnahme (Verschlimmerung des Antragsleidens, Neuerkrankungen, Operationen, Unfallverletzungen) oder **Eintritt einer Schwangerschaft** haben für die sachgemäße Bearbeitung des Antrages eine erhebliche Bedeutung und sind deshalb vom Betreuten oder seinen Angehörigen **unverzüglich der BfA nachzumelden.**

Die Antragsteller werden in ihrem eigenen Interesse gebeten, das vorstehende Antragsverfahren einzuhalten, da andernfalls mit einer längeren Bearbeitungszeit gerechnet werden muss.

7.5 Über die Bewilligung oder Ablehnung seines Antrages erhält der Antragsteller einen schriftlichen Bescheid.

7.6 Sollte es sich bei dem Antragsleidenden um eine Abhängigkeitserkrankung (Alkohol-, Medikamenten-, Drogen-, Mehrfachabhängigkeit) handeln, so ist es zweckmäßig, die nächstgelegene Suchtberatungsstelle aufzusuchen, die dem Antragsteller bei der Antragstellung behilflich ist und ihn bis zur Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung betreut. Die Anschrift der nächsten Suchtberatungsstelle erhält er beim zuständigen Gesundheitsamt.

8 Durchführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

8.1 Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation wird gewährt, um eine gefährdete oder bereits geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abzuwenden (siehe auch Ziff. 2.1). **Sofern eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation bewilligt wurde, ist die Rehabilitationseinrichtung deshalb gehalten, Sie zum schnellstmöglichen Termin einzuladen. In diesem Fall bitten wir Sie, den Ihnen genannten Aufnahmetermin unbedingt wahrzunehmen.** Ist dies aus triftigen Gründen nicht möglich, behält sich die BfA eine nochmalige Untersuchung vor.

8.1.1 Die BfA bestimmt im Einzelfall Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Rehabilitationseinrichtung unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nach pflichtgemäßem Ermessen.

8.1.2 Die von der BfA bewilligten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden stationär, unter besonderen örtlichen Voraussetzungen auch ambulant in Einrichtungen durchgeführt, die von ihr selbst betrieben werden oder mit denen ein Vertrag besteht.

Ambulante Leistungen können denjenigen Versicherten gewährt werden, die im örtlichen Einzugsbereich einer von der BfA belegten Einrichtung wohnen und insbesondere die notwendigen medizinischen Voraussetzungen erfüllen. Die Entscheidung, welche Rehabilitationsform (stationär oder ambulant) für den Versicherten angezeigt ist, obliegt der BfA unter Abwägung aller individueller Gesichtspunkte der Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit. Die Ziffern 8.1.2 bis 8.6 gelten entsprechend.

8.1.3 Wahlleistungen, wie gesondert zu bezahlende Chefarztbehandlung und Einzelzimmerunterbringung, sind nicht zulässig. Es gibt in den von uns belegten Rehabilitationseinrichtungen keinen Anspruch auf Einzelzimmer, auch nicht gegen zusätzliche Bezahlung. In der Regel wird jedoch ein Einzelzimmer zur Verfügung stehen. Kosten für Zusatzleistungen - die Bereitstellung von Fernsehgeräten und Telefonapparaten oder die Garagenmiete - werden nicht von der BfA übernommen.

Eine Inanspruchnahme dieser Leistungen steht im eigenen Belieben. Vereinbarungen über diese Zusatzleistungen sind vorher zwischen Patient und Rehabilitationseinrichtung zu treffen. Die Entgelte für diese Zusatzleistungen sind direkt an die Rehabilitationseinrichtung zu zahlen.

8.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Ausland werden von der BfA grundsätzlich nicht gewährt.

8.3 Sind vom Versicherten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen worden, ohne vorher einen entsprechenden Antrag bei der BfA gestellt zu haben bzw. werden diese vom Versicherten selbst oder anderen Stellen ganz oder teilweise finanziert, so können von der BfA weder Kosten hierfür übernommen noch Zuschüsse hierzu geleistet werden. Das gleiche gilt, wenn eine Leistung in Anspruch genommen wird, ohne die Entscheidung der BfA über den Antrag innerhalb einer dem Leistungsträger eingeräumten angemessenen Frist abgewartet zu haben.

8.4 Die BfA übernimmt die notwendigen **Reisekosten**, die anlässlich der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entstehen.

Die Fahrkartenausgabe und Fahrpreisauskunft erfolgt zentral durch die TQ3 Travel Solutions-Reha-Reisen- (vormals Hapag-Lloyd Geschäftsreise GmbH) in Bremen. Nähere Einzelheiten sind den Hinweisen zum Bewilligungsbescheid zu entnehmen.

Wohnt oder befindet sich der Versicherte im Ausland, so werden ihm nur die Reisekosten innerhalb Deutschlands von und bis zum nächsten Grenzbahnhof ersetzt; bei Flugreisen von dem aus dem Ausland angeflogenen Flughafen.

8.5 Aus medizinischen Gründen raten wir ab, im selbstgesteuerten Pkw anzureisen und diesen während der Zeit der Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu benutzen. Vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass die Benutzung des Pkw während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom Arzt untersagt werden kann.

Sollte die Anreise dennoch mit einem Pkw erfolgen, kann die Erstattung der Fahrkosten nur in der Höhe erfolgen, wie sie der BfA bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel entstanden wären. Gepäckkosten werden bei Pkw-Benutzung nicht übernommen.

8.6 Die BfA kann unter bestimmten Voraussetzungen und in begrenztem Umfang **Haushaltshilfe** gewähren, wenn der Versicherte wegen der Teilnahme an einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation außerhalb des eigenen Haushaltes untergebracht ist und ihm aus diesem Grunde die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Für verwandte oder verschwägte Ersatzkräfte bis zum 2. Grade (z.B. Eltern, Großeltern, Stiefeltern, Geschwister) ist eine Kostenerstattung grundsätzlich ausgeschlossen.

Sollten im Einzelfall **alleinstehende** Versicherte ihr Kind, das selbst keiner Rehabilitationsleistung bedarf, mangels sonstiger Unterbringungsmöglichkeiten mit in die Rehabilitationseinrichtung nehmen wollen, ist dies grundsätzlich möglich, wenn

- medizinische Gründe dem nicht entgegenstehen,
- die Voraussetzungen für die Gewährung von Haushaltshilfe vorliegen,
- das Kind das dritte Lebensjahr vollendet hat,
- der BfA ein Haus zur Verfügung steht, das auf die Unterbringung von Kindern eingerichtet ist.

Die endgültige Prüfung muss sich die BfA jedoch vorbehalten.

Sogenannte Mutter-Kind-Maßnahmen werden von der BfA nicht durchgeführt, siehe auch Abschnitt ⑥ Ziff. 8.

9 Zuzahlung

9.1 Allgemeines

Der Versicherte oder Rentner hat zu stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen stationären Leistungen zur Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung eine Zuzahlung zu leisten, von der unter bestimmten Voraussetzungen vollständig oder teilweise abgesehen werden kann.

9.2 Höhe und Dauer der Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt grundsätzlich EUR 9,- für jeden Tag der stationären Leistungen. Die Zuzahlung muss höchstens für 42 Tage im Kalenderjahr geleistet werden. Wurden mehrere stationäre Leistungen erbracht, sind alle Tage der Zuzahlung an den Rentenversicherungsträger und an die Krankenkassen innerhalb eines Kalenderjahres zu berücksichtigen und gegenseitig anzurechnen (geleistete Zuzahlungen ggf. unverzüglich der BfA mitteilen).

Die Zuzahlung ist für längstens 14 Tage zu leisten, wenn der unmittelbare Anschluss der stationären Leistung an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation). Als unmittelbar gilt auch, wenn die

Leistung innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. Die bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlung anlässlich einer Krankenhausbehandlung an die Krankenkasse oder einer Anschlussrehabilitation der Krankenkasse oder des Rentenversicherungsträgers ist anzurechnen (ggf. bitte unverzüglich der BfA mitteilen). **Es wird darauf hingewiesen, dass die Zuzahlung nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Recht zu leisten ist.**

9.3 Befreiung von der Zuzahlung

Eine Zuzahlung zu den in Anspruch genommenen stationären Leistungen haben nicht zu leisten Versicherte/Rentner

- die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- die Übergangsgeld beziehen.
Für Versicherte, die neben dem Übergangsgeld noch zusätzlich Erwerbseinkommen beziehen, s. unter Abschnitt „Befreiung auf Antrag“.
- aus deren Versicherung Leistungen für Kinder erbracht werden, auch wenn die Kinder das 18. Lebensjahr vollendet haben.

9.4 Befreiung auf Antrag

Auf Antrag kann der Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit werden, wenn sie ihn unzumutbar belasten würde. Hierzu sehen die Richtlinien der BfA vor:

9.4.1 Auf Antrag werden von der Zuzahlungspflicht **vollständig** befreit Versicherte/Rentner,

- deren monatliches Netto-Erwerbseinkommen oder deren Erwerbseinkommen 40 v. H. der monatlichen Bezugsgröße (das sind im Jahr 2002 mtl. EUR 938,-) nicht übersteigt. Erwerbseinkommen und Erwerbseinkommen sind zusammenzurechnen,
- die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz beziehen, unabhängig von Art und Höhe dieser Leistung.

9.4.2 **Auf Antrag** werden gemäß der Zuzahlungstabelle der Rentenversicherungsträger von der Zuzahlungspflicht **teilweise befreit** Versicherte,

- die ein Kind* haben
oder
- die pflegebedürftig** sind, wenn ihr Ehegatte oder Lebenspartner***, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft leben, sie pflegt und deswegen eine Erwerbstätigkeit nicht ausübt,
oder
- deren Ehegatte oder Lebenspartner, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft leben, pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat

und

- deren tatsächliche Netto-Einnahmen den Betrag von monatlich EUR 1.079,- nicht übersteigen. Erwerbseinkommen und Erwerbseinkommen sind zusammenzurechnen.

* Als Kinder gelten

- die leiblichen und Adoptiv-Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bzw. unter bestimmten Voraussetzungen bis zum vollendeten 27. Lebensjahr. Behinderte Kinder haben keine Altersbegrenzung.

Als Kinder werden auch berücksichtigt

- im Haushalt aufgenommene Pflegekinder.

Stiefkinder, Enkelkinder und Geschwister sind keine Kinder im Sinne des Einkommensteuergesetzes. Sie können allenfalls als Pflegekinder berücksichtigt werden, wenn die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Behinderung

„Behinderung“ ist ein von der Regel abweichender körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand, mit dessen Fortdauer für nicht absehbare Zeit zu rechnen ist. Unter dem Begriff „Behinderung“ sind nicht Krankheiten zu verstehen, deren Verlauf sich auf eine im voraus abschätzbare kurze Dauer beschränkt. Als kurze Dauer gilt ein Zeitraum bis zu sechs Monaten.

Für die Frage, ob eine „Behinderung“ vorliegt, ist stets eine medizinische Einzelprüfung notwendig.

Fähigkeit „sich selbst zu unterhalten“

Anspruch auf erhöhtes Übergangsgeld besteht nur, wenn das behinderte Kind nach der ärztlichen Beurteilung zu einer eigenen Erwerbstätigkeit nicht in der Lage ist und wenn dem Kind andere Einkünfte und Bezüge für den Lebensunterhalt nicht zur Verfügung stehen.

- ** **Pflegebedürftig** ist, wer infolge Krankheit oder Behinderung so hilflos ist, dass er nicht ohne Beaufsichtigung und Pflege sein kann bzw. infolge Schädigung so hilflos ist, dass er für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang ständig fremder Hilfe bedarf.

Das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit wird anerkannt, wenn Leistungen nach einer dieser Vorschriften bezogen werden. Als Nachweis bitten wir den Bescheid (oder eine Kopie davon) über den Bezug von Leistungen nach einer der oben genannten Vorschriften vorzulegen.

- *** **Lebenspartner** aus einer eingetragenen Lebensgemeinschaft i. S. des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften sind dem Ehegatten gleichgestellt.

Zuzahlungstabelle für das Jahr 2002

Versicherte mit Kind oder Pflegebedürftigkeit

(75% Übergangsgeld)

Monatl. Nettoeinkommen EUR	Zuzahlungsbetrag EUR
bis 938,-	keine
ab 939,-	7,50
ab 960,-	8,-
ab 1.020,-	8,50
ab 1.080,-	9,-

- 9.4.3 Versicherte, die kein Erwerbseinkommen (d.h. Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen) bzw. Erwerbsersatzentlohnung beziehen, haben keine Zuzahlung zu leisten.

- 9.4.4 Versicherte/Rentner, aus deren Versicherung Leistungen für Kinder erbracht werden, haben keine Zuzahlung zu leisten, auch wenn die Kinder das 18. Lebensjahr vollendet haben (bei onkologischen Nachsorgeleistungen für Kinder und bei Kinderrehabilitationen).

- 9.4.5 Bei sonstigen Leistungen für Ehegatten, die keinen Anspruch auf diese Leistungen aus eigener Versicherung haben, sind bei der Prüfung der Befreiung von der Zuzahlung die Verhältnisse der Versicherten/Rentner maßgebend.

Der Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung soll unter Beifügung einer Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers oder einer behördlichen Bescheinigung (z.B. Rentenbescheid) mit dem Antrag auf die stationäre Leistung eingereicht werden.

Der entsprechende Antragsvordruck (Vordruck-Nr. 8.7370) ist bei Ihrer Krankenkasse, beim Versicherungsamt oder einer Auskunfts- und Beratungsstelle der BfA erhältlich.

9.5 Zeitpunkt der Zuzahlung

Da sich bestimmte Ausnahmen von der Zuzahlung (z.B. im Fall einer Übergangsgeldzahlung) oder die Notwendigkeit einer Verlängerung regelmäßig erst während der Leistung ergeben, kann bei Bewilligung zunächst nur der grundsätzlich zu zahlende tägliche Betrag festgesetzt werden. Der sich hieraus ergebende Gesamtbetrag ist an die Rehabilitations-einrichtung zu zahlen, die ihn für die BfA entgegennimmt.

Die BfA prüft in jedem Fall nachträglich den Umfang der Zuzahlungspflicht und fordert entweder Differenzbeträge nach oder erstattet sie.

An die BfA bitten wir ohne Aufforderung keine Beträge zu überweisen.

10 Übergangsgeld bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Rehabilitation

10.1 Allgemeines

Ein **Arbeitnehmer** hat grundsätzlich wie bei einer Arbeitsunfähigkeit für die Zeit der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einen Entgeltfortzahlungsanspruch von sechs Wochen. Dieser Anspruch kann jedoch durch Entgeltfortzahlung wegen gleichartiger Vorerkrankungszeiten bereits ganz oder teilweise verbraucht sein und insoweit während der Rehabilitationsleistung entfallen. Für Versicherte, die eine **selbständige Tätigkeit** ausüben, kann die Teilnahme an der Rehabilitationsleistung zum Wegfall des Arbeitseinkommens führen. Die Zahlung von **Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld** wird regelmäßig mit dem Beginn der Rehabilitation eingestellt. Ebenso ist es möglich, dass ein gleichzeitig bestehender Anspruch auf **Krankengeld** gegen einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ruht. In solchen Fällen hat die BfA unter bestimmten Voraussetzungen die wirtschaftliche Versorgung durch die Zahlung von Übergangsgeld nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen sicherzustellen.

Das Übergangsgeld wird abhängig vom Personenkreis auf unterschiedliche Weise ermittelt. Über die Bewilligung von Übergangsgeld wird ein schriftlicher Bescheid erteilt.

10.2 Anspruchsvoraussetzungen

Anspruch auf Übergangsgeld haben bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Versicherte, wenn unmittelbar vor Beginn der Leistung oder einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit Arbeitsentgelt (bei Arbeitnehmern s. Ziff. 10.4.1) oder Arbeitseinkommen (bei selbständig Tätigen s. Ziff. 10.4.2) erzielt wurde und im Bemessungszeitraum Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt wurden.

Wird unmittelbar vor Rehabilitationsbeginn Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungsrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Mutterschaftsgeld gezahlt und beruht die Sozialleistung auf Arbeitseinkünften, aus denen RV-Beiträge gezahlt wurden, haben die genannten Entgeltersatzleistungen ebenfalls eine anspruchsbegründende Wirkung.

Fehlen diese Voraussetzungen, so besteht kein Anspruch auf Übergangsgeld.

Der Anspruch auf Übergangsgeld ruht, solange ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld besteht.

10.3 Für welche Zeiten wird das Übergangsgeld gewährt?

- Für die Zeit, in der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt werden.
- Zwischen einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation und einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn sich während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation herausstellt, dass weitere Leistungen zur

Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind. Die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben muss dem Grunde nach einen Anspruch auf Übergangsgeld bewirken und kann aus Gründen, die nicht vom Versicherten zu vertreten sind, nicht unmittelbar anschließend durchgeführt werden. Voraussetzung ist, dass entweder Arbeitsunfähigkeit vorliegt und ein Anspruch auf Krankengeld nicht mehr besteht (Aussteuerung) oder der Versicherte arbeitslos ist, jedoch nicht in eine zumutbare Beschäftigung vermittelt werden kann.

10.4 Wie hoch ist das Übergangsgeld?

Die Höhe des Übergangsgeldes richtet sich im Allgemeinen nach den

- letzten Arbeitseinkünften, gemessen an der Beitragsleistung sowie
- bestimmten persönlichen Voraussetzungen.

Das Übergangsgeld beträgt

- 75 v.H. der Berechnungsgrundlage für Versicherte, die mindestens ein Kind haben oder in häuslicher Gemeinschaft mit ihrem Ehegatten leben und deren Ehegatte pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat oder der den Versicherten pflegt und deswegen eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben kann (näheres hierzu siehe **B** Ziff. 9.4.2).
- 68 v.H. der Berechnungsgrundlage für alle anderen Versicherten.

Lebenspartner aus einer eingetragenen Lebensgemeinschaft i. S. des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften sind dem Ehegatten gleichgestellt.

Versicherte, die bis zum Beginn der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder der vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit **Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld** bezogen haben und die zuvor Pflichtbeiträge zur Rentenversicherung entrichteten, erhalten das Übergangsgeld in Höhe der bisherigen Entgeltersatzleistung weiter. Bei Teilarbeitslosigkeit wird das Übergangsgeld aus dem Arbeitsentgelt der nicht mehr ausgeübten Sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung errechnet.

10.4.1 Berechnung für Versicherte, die als Arbeitnehmer rentenversicherungspflichtig beschäftigt sind

Grundlage für die Berechnung des Übergangsgeldes ist zum einen **das regelmäßige beitragspflichtige Arbeitsentgelt** im Bemessungszeitraum und zum anderen alle ggf. in den letzten zwölf Kalendermonaten erhaltenen **Einmalzahlungen** soweit sie der Beitragsberechnung unterlagen. Bemessungszeitraum ist der letzte abgerechnete Kalendermonat vor Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation bzw. einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit. Der 30. Teil des regelmäßigen monatlichen Bruttoarbeitsentgeltes und der 360. Teil der Brutto-Einmalzahlung ergeben zusammen das kalendertägliche **Regelentgelt**.

Der 30. Teil des im Bemessungszeitraum erzielten Nettoarbeitsentgeltes und der 360. Teil des Netto-Einmalzahlungsbetrages der letzten zwölf Monate, der sich aus dem Verhältnis des regelmäßigen Brutto- und Nettoarbeitsentgeltes ergibt, ergeben das gesamte kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt. 80 v. H. des Regelentgeltes, maximal jedoch dieses Nettoarbeitsentgelt bilden die Grundlage für die endgültige Ermittlung des Übergangsgeldes. 75 v. H. oder 68 v. H. (s. Ziff. 10.4) des niedrigeren Betrages ergeben schließlich den Zahlbetrag, der jedoch das regelmäßige Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen darf.

Beispiel:

Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation 10.05.2002.

Das Arbeitsentgelt wurde zuletzt für den Monat April 2002 abgerechnet (Bemessungszeitraum). Es betrug brutto 3.000,- EUR und netto 2.100,- EUR.

In der Zeit von Mai 2001 bis April 2002 wurde ein einmaliger Betrag von 2.500,- EUR ausgezahlt, der in voller Höhe der Beitragspflicht unterlag.

Berechnung des Übergangsgeldes:

Ermittlung des Bruttoarbeitsentgeltes:

3.000,- EUR : 30 Tage = 100,- EUR tgl. Bruttoarbeitsentgelt
2.500,- EUR : 360 Tage = 6,94 EUR tgl. Einmalzahlung

Gesamtbetrag = 106,94 EUR

Hiervon 80 v. H. = 85,55 EUR

Dieser Betrag ist auf das kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt zu begrenzen.

Ermittlung des Nettoarbeitsentgeltes:

2.100,- EUR : 30 Tage = 70,- EUR tgl. Nettoarbeitsentgelt

Ermittlung des täglichen Netto-Einmalzahlungsbetrages:

$$\frac{70,- \text{ EUR} \times 6,94 \text{ EUR}}{100,- \text{ EUR}} = 4,86 \text{ EUR}$$

Ergibt zusammen ein **kalendertägliches**

Nettoarbeitsentgelt von **74,86 EUR**

Das kalendertägliche Übergangsgeld beträgt (s. Ziff. 10.4):

entweder 75 v. H. von 74,86 EUR **56,15 EUR**

oder 68 v. H. von 74,86 EUR **50,90 EUR**

Das regelmäßige Nettoentgelt (70,- EUR) wird nicht überschritten.

10.4.2 Berechnung für Versicherte, die freiwillig Beiträge zahlen oder als Selbständige pflichtversichert sind

Freiwillig Versicherte und versicherungspflichtig selbständig Tätige können nur ein Übergangsgeld erhalten, wenn sie unmittelbar vor Leistungsbeginn oder einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielen und Beiträge im Bemessungszeitraum gezahlt haben. Der Ausgangsbetrag des Übergangsgeldes beträgt 80 v.H. des Einkommens im letzten Kalenderjahr vor Beginn der Leistungen (Bemessungszeitraum), aus dem Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt wurden.

Für den Kalendertag ist der 360. Teil dieses Betrages anzusetzen.

75 v.H. oder 68 v.H. (siehe Ziff. 10.4) des so ermittelten Betrages ergeben schließlich die endgültige Höhe des Übergangsgeldes.

Beispiel:

Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation 10.05.2002.

Im Bemessungszeitraum, das ist das Jahr 2001, wurden zwölf Beiträge á 500,- DM entrichtet.

Berechnung des Übergangsgeldes:

$$12 \times 500,- \text{ DM} = \frac{6.000,- \text{ DM} \times 100}{19,1 \text{ (Beitragsatz 2001)}} = 31.413,61 \text{ DM}$$

31.413,61 DM entsprechen 16.061,52 EUR

Das den Beiträgen zugrunde liegende
Gesamteinkommen im Bemessungszeitraum
beträgt = 16.061,52 EUR
hiervon 80 v.H. = 12.849,22 EUR
davon der 360. Teil = 35,69 EUR

Das kalendertägliche Übergangsgeld beträgt
(siehe Ziff. 10.4)

entweder 75 v.H. von 35,69 EUR = 26,77 EUR
oder 68 v.H. von 35,69 EUR = 24,27 EUR

Hinweis:

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass für die Berechnung des Übergangsgeldes Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation für den Bemessungszeitraum entrichtet werden, nicht berücksichtigt werden können. Eine Bereiterklärung zur Beitragsentrichtung ist in diesem Zusammenhang nicht ausreichend. Die Beiträge müssen vor Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation entrichtet worden sein.

10.5 Anpassung des Übergangsgeldes

Das Übergangsgeld wird der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung angepasst. Dazu wird die Berechnungsgrundlage jeweils nach Ablauf eines Jahres seit dem Ende des Bemessungszeitraumes entsprechend der durchschnittlichen Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte angepasst.

10.6 Welche Einkünfte werden auf das Übergangsgeld angerechnet?

Erhalten Versicherte während des Bezuges von Übergangsgeld Arbeitsentgelt, so ist das Übergangsgeld um das Nettoarbeitsentgelt zu kürzen. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt sowie Leistungen des Arbeitgebers zum Übergangsgeld, soweit sie zusammen mit dem Übergangsgeld das im Bemessungszeitraum (s. Ziff. 10.4.1) erzielte Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen, werden nicht angerechnet.

Darüber hinaus sind auf das Übergangsgeld anzurechnen:

- das um 20 v.H. verminderte Arbeitseinkommen eines Selbständigen, aus einer Tätigkeit, die während des Anspruches auf Übergangsgeld ausgeübt wurde,
- Geldleistungen, die eine öffentlich-rechtliche Stelle im Zusammenhang mit der Teilnahme an der Leistung zur medizinischen Rehabilitation gewährt,
- Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie Verletztenrenten (teilweise), wenn dem Übergangsgeld ein vor Beginn der Rentengewährung erzieltes Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zugrunde liegt oder zur Vermeidung einer unbilligen Doppelleistung,
- unter bestimmten Voraussetzungen Rente bzw. Teilrente wegen Alters,
- Verletztengeld,
- vergleichbare ausländische Leistungen.

11 Soziale Sicherung

Rehabilitanden sind nach Maßgabe der für sie geltenden gesetzlichen Vorschriften in der Kranken-, Pflege-, Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung versichert.

11.1 Krankenversicherung

Versicherte, die Mitglieder von gesetzlichen Krankenkassen sind (Betriebs-, Innungs-, Orts-, Landwirtschaftl. Krankenkassen oder Ersatzkassen), bleiben während des Bezuges von Übergangsgeld bei ihrer Krankenkasse versichert. Die Beiträge trägt die BfA.

Beiträge zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen können dagegen grundsätzlich nicht übernommen werden. Eine Ausnahme gilt für Arbeitslose, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind, wenn die Bundesanstalt für Arbeit die Beiträge zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen ganz oder teilweise getragen hatte. Die Beitragsübernahme wird durch eine während der Arbeitslosigkeit durchgeführte Leistung zur medizinischen Rehabilitation nicht unterbrochen. In dieser Zeit werden die Beiträge zur privaten Krankenversicherung von der BfA als Zuschuss gewährt. Für die vertragsgemäße Zahlung der Beiträge an das private Krankenversicherungsunternehmen ist der Versicherte verantwortlich.

11.2 Pflegeversicherung

Pflicht- und freiwillige Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen werden auch in der sozialen Pflegeversicherung versichert, solange sie Übergangsgeld beziehen. Die Beiträge trägt wiederum die BfA.

Bezieher von Übergangsgeld, die bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, erhalten einen Zuschuss zu ihren Beiträgen unter den gleichen Voraussetzungen, unter denen die BfA nach Ziff. 11.1 einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung an Arbeitslose gewährt. Für die vertragsgemäße Zahlung der Beiträge an das private Versicherungsunternehmen ist ebenfalls der Versicherte verantwortlich.

11.3 Rentenversicherung

Bezieher von Übergangsgeld sind rentenversicherungspflichtig, wenn im letzten Jahr vor Beginn des Übergangsgeldes zuletzt Versicherungspflicht bestand. Wurden im letzten Jahr vor Beginn des Übergangsgeldes keine Beiträge oder zuletzt freiwillige Beiträge entrichtet, hat der Betreute die Möglichkeit, die Versicherungspflicht zu beantragen. Ausgenommen sind grundsätzlich Übergangsgeldbezieher, die in der Rentenversicherung versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind. Der Antrag ist bei der BfA zu stellen.

Für die Pflichtversicherung und Antragspflichtversicherung werden keine Beiträge erhoben; die Beiträge gelten nach den gesetzlichen Vorschriften als entrichtet.

Als beitragspflichtige Einnahmen werden für die spätere Rentenberechnung grundsätzlich 80 v.H. des Arbeitsentgeltes oder Arbeitseinkommens, das der Berechnung des Übergangsgeldes zugrunde liegt, berücksichtigt.

Nach Ende der Zahlung von Übergangsgeld erhält der Versicherte von der BfA eine Bescheinigung mit den Daten, die seinem Versicherungskonto gemeldet wurden.

11.4 Arbeitslosenversicherung

Für Versicherte, die wegen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld erhalten, sind Beiträge an die Bundesanstalt für Arbeit (BA) zu zahlen, wenn sie unmittelbar vorher eine nach dem SGB III beitragspflichtige

Beschäftigung ausgeübt oder eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem SGB III bezogen haben. Entgeltersatzleistungen in diesem Sinne sind Arbeitslosengeld, Teilarbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Unterhaltsgeld oder Übergangsgeld.

Die Beiträge zur BA werden von der BfA allein gezahlt.

11.5 **Unfallversicherung**

Während einer stationären oder ambulanten Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung besteht Versicherungsschutz im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Beiträge für die Unfallversicherung trägt die BfA.

Zuständiger Unfallversicherungsträger ist die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft; sie hat ihren Hauptsitz in Hamburg.

Von der gesetzlichen Unfallversicherung werden alle Ereignisse erfasst, die mit der stationären oder ambulanten Be-

handlung in einem ursächlichen Zusammenhang stehen (z. B. Unfall bei einer ärztlich verordneten Heilgymnastik). Ein derartiger Zusammenhang besteht dann nicht (und damit auch kein Versicherungsschutz), wenn die Betätigung, die zum Unfall geführt hat, allein privaten Interessen dient (z. B. Besorgung, Theaterbesuch). Der Versicherungsschutz schließt die Hin- und Rückfahrt ein.

Im Falle eines Unfalls hat die Rehabilitationseinrichtung umgehend die für den Versicherten zuständige Bezirksverwaltung der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft zu unterrichten. Diese wird dann von Amts wegen tätig. Etwaige Leistungsansprüche sind dort geltend zu machen.

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

1 Leistungsgrundlage

Zur Rehabilitation der Rentenversicherung gehören auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Sie sind darauf auszurichten, den Versicherten möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern. Bei Auswahl der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes angemessen zu berücksichtigen. Dabei wird berechtigten Wünschen und den besonderen Bedürfnissen von Frauen Rechnung getragen.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können Personen auf Antrag gewährt werden, die die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen.

träge an die Berufsgenossenschaften bzw. bei einer Schädigung i. S. d. sozialen Entschädigungsrechts z.B. an die Versorgungsämter, Landesversorgungsämter oder Integrationsämter zu richten.

- eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beziehen oder beantragt haben,

Anmerkung: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben setzen voraus, dass nach Durchführung derselben der Versicherte seiner Erwerbstätigkeit noch eine gewisse Zeit nachgehen kann. Ist beabsichtigt, einen Antrag auf Altersrente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente innerhalb von sechs Monaten nach dem Rehabilitationsantrag zu stellen, so sind im Hinblick hierauf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgeschlossen. Desgleichen können Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht mehr gewährt werden, wenn nach der Bewilligung dieser Leistungen ein Antrag auf Altersrente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente gestellt wird.

2 Persönliche Voraussetzungen

Ist die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder ist sie gemindert, kann die BfA Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen, wenn bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch diese Leistungen abgewendet werden kann bzw. bei einer bereits geminderten Erwerbsfähigkeit diese hierdurch wesentlich gebessert bzw. wiederhergestellt oder deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann. Bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit können Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dann erbracht werden, wenn damit der Arbeitsplatz erhalten werden kann.

- eine Beschäftigung ausüben, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder die als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens der Altersgrenze versicherungsfrei sind,

3 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können Versicherten gewährt werden, die bei Antragstellung

- 3.1 die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
- 3.2 Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen.
Darüber hinaus können sie gewährt werden,
- 3.3 wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre oder
- 3.4 wenn sie für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung erforderlich sind.

Anmerkung: Überlebende Ehegatten, die Anspruch auf erhöhte Witwen(r)-Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben, erfüllen gleichfalls die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Anmerkung: Von dem Leistungsausschluss erfasst werden z.B. Beamte auf Lebenszeit, Richter, Berufssoldaten, Soldaten auf Zeit, Dienstordnungs-(DO) Angestellte, Geistliche oder sonstige Bedienstete der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgemeinschaften, wenn ihnen Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen gewährleistet ist, sowie die Bezieher einer entsprechenden Versorgung wegen Erreichens der Altersgrenze; von dem Leistungsausschluss nicht erfasst werden z.B. Beamte auf Widerruf oder auf Probe sowie Tarifangestellte des öffentlichen Dienstes mit Anwartschaften auf sogenannte Zusatzversorgungen, wie sie z.B. von der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) gezahlt werden.

- eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.

4 Leistungsausschluss

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können nicht erbracht werden für Versicherte, die

- wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung i. S. d. sozialen Entschädigungsrechts gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers erhalten können,

Anmerkung: Bei Erkrankungen aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit sind die An-

Anmerkung: Folgende Bezieher einer Leistung bis zum Beginn einer Rente wegen Alters sind von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Rentenversicherung ausgeschlossen:

- Bezieher von Altersübergangsgeld nach § 429 SGB III,
- Bezieher von Arbeitslosengeld (unter erleichterten Voraussetzungen – § 428 SGB III –),
- Bezieher von Arbeitslosenhilfe, die im Anschluss an ein Arbeitslosengeld (unter er-

leichterten Voraussetzungen – § 428 SGB III –), gezahlt wird,

- Bezieher von Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus,
- Bezieher einer Knappschaftsausgleichsleistung,
- Bezieher einer Invalidenrente bei Erreichen besonderer Altersgrenzen,
- Bezieher von Versorgungsleistungen oder Vorruhestandsgeld nach den für Leistungen aus den Sondersversorgungssystemen des Beitrittsgebietes geltenden Regelungen,
- Bezieher betrieblicher Versorgungsleistungen, die damit auf die Altersrente hingeführt werden.

- sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilig untergebracht sind. **Dies gilt nicht für Versicherte im erleichterten Strafvollzug.**

- 4.1 Versicherte oder Rentenbezieher mit nicht nur vorübergehendem Aufenthalt im Ausland erhalten Rehabilitationsleistungen nur, wenn für den Kalendermonat, in dem der Antrag gestellt ist, Pflichtbeiträge nach dem Sozialgesetzbuch gezahlt worden sind oder wegen Arbeitsunfähigkeit nicht zu zahlen waren.

5 Wartezeiterfüllung

Bitte die Erläuterungen im Abschnitt ⑤ Ziff. 5 beachten.

6 Zuständigkeit

- 6.1 Sind Beiträge zu verschiedenen Zweigen der Rentenversicherung entrichtet worden, so ist die BfA für die Leistungen zuständig, wenn

- a) der letzte Beitrag vor der Antragstellung zur Rentenversicherung der Angestellten entrichtet ist,
- b) der Versicherte zuletzt Beiträge sowohl zur Rentenversicherung der Angestellten als auch zur Rentenversicherung der Arbeiter entrichtet hat.

Ist jedoch ein Beitrag an die Seekasse entrichtet, so ist für die Leistungen aus der Angestelltenversicherung die Seekasse zuständig.

Für Versicherte, die zuletzt als Angestellte bei der Deutschen Bahn AG versicherungspflichtig beschäftigt waren, ist die Bahnversicherungsanstalt zuständig.

Haben Versicherte einen Beitrag aufgrund einer Beschäftigung zur knappschaftlichen Rentenversicherung entrichtet, so ist für Leistungen vorrangig die Bundesknappschaft zuständig.

- 6.2 Sind die unter Ziff. 3 genannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt, ist die Zuständigkeit der Bundesanstalt für Arbeit (BA) gegeben.

7 Umfang und Art der Leistungen

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden für die Zeit erbracht, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um das angestrebte Berufsziel zu erreichen. Leistungen für die berufliche Umschulung und Fortbildung (Weiterbildung) sollen in der Regel nur erbracht werden, wenn die Leistung bei ganztägigem Unterricht nicht länger als zwei Jahre dauert, es sei denn, dass der Versicherte nur durch eine länger dauernde Leistung eingegliedert werden kann.

Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung

Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung kommen in Betracht, wenn sich der RV-Träger noch kein abschließendes Urteil über die Art der für den Versicherten notwendigen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bilden konnte. Sie dienen somit der Feststellung, welche Leistungen zur Eingliederung in das Erwerbsleben am geeignetsten sind.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen insbesondere:

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen sowie sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. Kosten der Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen zur Berufsausübung, notwendige Arbeitsassistenten zur Arbeitsaufnahme, Kraftfahrzeughilfe - s. Abschnitt ⑤). Ziel dieser Leistung ist es, den vorhandenen Arbeitsplatz zu sichern oder den Rehabilitanden in die Lage zu versetzen, einen neuen Arbeitsplatz auszufüllen.
- Berufsvorbereitung einschließlich der wegen einer Behinderung erforderlichen Grundausbildung. Leistungen der Berufsvorbereitung kommen in Betracht, sofern dem Versicherten für die Aufnahme einer Bildungsmaßnahme noch bestimmte Grundkenntnisse fehlen. Ihr Ziel ist es, eine Grundlage zu schaffen, die den Rehabilitanden befähigt, den Anforderungen einer nachfolgenden beruflichen Bildungsmaßnahme zu entsprechen und diese möglichst erfolgreich abzuschließen.
- berufliche Anpassung, Ausbildung und Weiterbildung. Hierbei handelt es sich um berufliche Qualifizierungsmaßnahmen deren Ziel es ist, Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln, die dem Versicherten eine behindertengerechte berufliche Tätigkeit ermöglichen.
- Überbrückungsgeld bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit. Es soll dazu beitragen, den Lebensunterhalt von arbeitslosen Versicherten und ihren Familienangehörigen in der Anfangsphase (sechs Monate) zu sichern, wenn sie eine behindertengerechte selbständige Existenz gründen.
- Leistungen an Arbeitgeber zur Unterstützung der Beschäftigungsbereitschaft von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen i. S. einer möglichst dauerhaften beruflichen Eingliederung (z. B. Ausbildungszuschüsse für betriebliche Bildung, Eingliederungszuschüsse zur Einarbeitung, Zuschüsse für Einrichtungen im Betrieb oder Probebeschäftigungen).
- Leistungen in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (WfB).
Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich einer WfB können Versicherte erhalten, wenn ihnen der allgemeine Arbeitsmarkt aufgrund der Schwere der Behinderung verschlossen ist und sie eine angemessene Tätigkeit nur in einer WfB ausüben können.

Ergänzende Leistungen umfassen insbesondere:

- Die Gewährung von Übergangsgeld,
- die Übernahme der Kosten, die mit einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in unmittelbarem Zusammenhang stehen, insbesondere für Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung und Arbeitsgeräte sowie Ausbildungszuschüsse an Arbeitgeber, wenn die Leistung im Betrieb durchgeführt wird,
- Übernahme der erforderlichen Reisekosten auch für Familienheimfahrten,
- die Gewährung von Haushaltshilfe unter bestimmten Voraussetzungen und in begrenztem Umfang, wenn der Versicherte wegen der Teilnahme an einer stationären oder ambulanten Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben außerhalb des eigenen Haushaltes untergebracht ist und ihm aus diesem Grunde die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist; Voraussetzung ist ferner, dass eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht beendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Für verwandte und verschwägte Ersatzkräfte bis zum 2. Grade (z.B. Eltern, Großeltern, Stiefeltern, Geschwister) ist eine Kostenerstattung grundsätzlich ausgeschlossen.

Aufwendungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes und des Lebensbedarfes werden in bar durch das Übergangsgeld abgegolten.

Die Reisekosten werden für die Hin- und Rückfahrt zwischen dem Wohnort und der Ausbildungsstätte grundsätzlich in Höhe der Tarife für öffentliche Verkehrsmittel (Straßenbahn, Bus, Bahn zweiter Klasse, ggf. mit Zuschlägen für Platzkarten, Liegewagen und Gepäckbeförderung - ohne Gepäckversicherung) erstattet.

Fahrpreisermäßigungen sind in Anspruch zu nehmen (Sparpreise der Bahn, ggf. BahnCard etc.).

Während einer auswärtigen Ausbildung werden grundsätzlich 24 Familienheimfahrten jährlich gewährt. Sie werden unter Berücksichtigung des Ausbildungs- und Ferienplanes der Ausbildungsstätte festgelegt.

Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gehört auch die Übernahme der erforderlichen Kosten für Unterbringung und Verpflegung, wenn für die Teilnahme an der Leistung eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushaltes wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolges der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig ist. In der Regel erfolgt in solchen Fällen die Unterbringung in einem Internat der Ausbildungsstätte oder in einem der Ausbildungsstätte angeschlossenen Wohnheim. Ist die Unterbringung auf diese Weise nicht möglich, so übernimmt die BfA die ortsüblichen Mietkosten für einen angemessenen Wohnraum einschließlich der Kosten für Strom, Gas und Heizung. Im Allgemeinen nimmt der Versicherte an der Gemeinschaftsverpflegung der Ausbildungsstätte teil, andernfalls gewährt die BfA zur Deckung der für die Verpflegung entstehenden Aufwendungen ein pauschales Verpflegungsgeld.

8 Durchführung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die BfA bestimmt im Einzelfall Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nach pflichtgemäßem Ermessen.

Qualifizierungsmaßnahmen werden in geeigneten, anerkannten Einrichtungen möglichst am Wohnort, sonst internatsmäßig, durchgeführt.

Die Leistung beginnt mit dem Tage, an dem der Versicherte die Ausbildung aufnimmt. Sie endet mit dem letzten Prüfungstag oder an dem Tage, an dem die BfA sie entweder planmäßig oder vorzeitig für beendet erklärt.

Die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben setzt die Bereitschaft des Versicherten zur Mitarbeit voraus. Die BfA behält sich vor, eine Leistung vorzeitig abbrechen, wenn ein erfolgreicher Abschluss nicht mehr gewährleistet ist oder der Versicherte den Erfolg dieser Leistung durch mangelnde Mitarbeit vereitelt.

9 Antragstellung

Für die Antragstellung ist der von der BfA vorgesehene Antragsvordruck mit Zusatzfragebogen Bf (Vordrucke 8.4101 1, 8.4101 2 und 8.4101 3) zu verwenden. Ohne Beantwortung der Fragen im Zusatzfragebogen kann der Antrag nicht bearbeitet werden.

Bitte die Erläuterungen im Abschnitt ⑥ Ziff. 7.2 beachten.

10 Übergangsgeld

10.1 Allgemeines

Da bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Regel eine Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber nicht in Betracht kommt, soll das Übergangsgeld den Versicherten während der Durchführung dieser Leistungen wirtschaftlich sicherstellen. Über die Bewilligung von Übergangsgeld wird eine schriftlicher Bescheid erteilt.

10.2 Anspruchsvoraussetzungen

Anspruch auf Übergangsgeld besteht nur anlässlich einer der folgenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben:

- Berufsvorbereitung, einschließlich der wegen einer Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
- berufliche Anpassung, Ausbildung und Weiterbildung, einschließlich eines zur Inanspruchnahme dieser Leistungen erforderlichen schulischen Abschlusses,
- Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen

Anspruch auf Übergangsgeld wie bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben besteht regelmäßig auch für die Zeit, in der wegen der Teilnahme an einer Abklärung der beruflichen Eignung/Arbeitsprobe kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird.

10.3 Für welche Zeiten wird Übergangsgeld gewährt?

- Während der Durchführung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.
- Für die Zeit der Unterbrechung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben aus gesundheitlichen Gründen bis zu sechs Wochen, längstens bis zum Tag der Beendigung der Leistung.
- Im Anschluss an eine erfolgreich abgeschlossene Leistung bis zu drei Monaten, wenn der Versicherte arbeitslos ist, sich beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet hat und einen Anspruch auf Arbeitslosengeld von mindestens drei Monaten nicht geltend machen kann.
- Zwischen zwei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn die weitere Leistung dem Grunde nach einen Anspruch auf Übergangsgeld bewirkt und aus Gründen, die nicht vom Versicherten zu vertreten sind, nicht unmittelbar anschließend durchgeführt werden kann. Voraussetzung ist, dass entweder Arbeitsunfähigkeit vorliegt und ein Anspruch auf Krankengeld nicht mehr besteht (Aussteuerung) oder der Versicherte arbeitslos ist, jedoch nicht in eine zumutbare Beschäftigung vermittelt werden kann.

10.4 Wie hoch ist das Übergangsgeld?

Die Höhe des Übergangsgeldes richtet sich im Allgemeinen nach den

- letzten Arbeitseinkünften, gemessen an der Beitragsleistung und
- bestimmten persönlichen Voraussetzungen.

Es wird jedoch mindestens aus dem tariflichen oder ortsüblichen Arbeitsentgelt berechnet, das der Versicherte ohne seine Behinderung nach seinen beruflichen Fähigkeiten und seinem Lebensalter hätte erzielen können (Ziff. 10.4.3).

Das Übergangsgeld während einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben und zwischen zwei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beträgt

- 75 v. H. der Berechnungsgrundlage, für Versicherte, die mindestens ein Kind haben oder in häuslicher Gemeinschaft mit ihrem Ehegatten leben und deren Ehegatte pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat oder der den Versicherten pflegt und deswegen eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben kann (näheres hierzu siehe Abschnitt ⑥ Ziff. 9.4.2).
- 68 v. H. der Berechnungsgrundlage für alle anderen Versicherten.

Das Übergangsgeld im Anschluss an eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (Ziff. 10.4.4) beträgt 67 v. H. bzw. 60 v. H. der Berechnungsgrundlage.

Lebenspartner aus einer eingetragenen Lebensgemeinschaft i. S. des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften sind dem Ehegatten gleichgestellt.

10.4.1 Berechnung für Versicherte, die innerhalb der letzten drei Jahre als Arbeitnehmer rentenversicherungspflichtig beschäftigt waren.

Grundlage für die Berechnung des Übergangsgeldes ist zum einen **das regelmäßige beitragspflichtige Arbeitsentgelt** im Bemessungszeitraum und zum anderen alle ggf. in den letzten zwölf Kalendermonaten erhaltenen **Einmal-**

zahlungen soweit sie der Beitragsberechnung unterlagen. Bemessungszeitraum ist der letzte abgerechnete Kalendermonat vor Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit. Der 30. Teil des regelmäßigen monatlichen Bruttoarbeitsentgeltes und der 360. Teil der Brutto-Einmalzahlung ergeben zusammen das kalendertägliche **Regelentgelt**.

Der 30. Teil des im Bemessungszeitraum erzielten Nettoarbeitsentgeltes und der 360. Teil des Netto-Einmalzahlungsbetrages der letzten zwölf Monate, der sich aus dem Verhältnis des regelmäßigen Brutto- und Nettoarbeitsentgeltes ergibt, ergeben das gesamte kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt. 80 v. H. des Regelentgeltes, maximal jedoch dieses Nettoarbeitsentgelt bilden die Grundlage für die endgültige Ermittlung des Übergangsgeldes. 75 v. H. oder 68 v. H. (s. Ziff. 10.4) des niedrigeren Betrages ergeben schließlich den Zahlbetrag, der jedoch das regelmäßige Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen darf.

Beispiel:

Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben 10.05.2002. Das Arbeitsentgelt wurde zuletzt für den Monat Januar 2002 abgerechnet (Bemessungszeitraum). Es betrug brutto 3.000,- EUR und netto 2.100,- EUR.

In der Zeit von Februar 2001 bis Januar 2002 wurde ein einmaliger Betrag von 2.500,- EUR ausbezahlt, der in voller Höhe der Beitragspflicht unterlag.

Berechnung des Übergangsgeldes:

Ermittlung des Bruttoarbeitsentgeltes:

3.000,- EUR : 30 Tage = 100,- EUR tgl. Bruttoarbeitsentgelt
 2.500,- EUR : 360 Tage = 6,94 EUR tgl. Einmalzahlung

Gesamtbetrag = 106,94 EUR
 Hiervon 80 v. H. = 85,55 EUR

Dieser Betrag ist auf das kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt zu begrenzen.

Ermittlung des Nettoarbeitsentgeltes:

2.100,- EUR : 30 Tage = 70,- EUR tgl. Nettoarbeitsentgelt

Ermittlung des täglichen Netto-Einmalzahlungsbetrages:

$\frac{70,- \text{ EUR} \times 6,94 \text{ EUR}}{100,- \text{ EUR}} = 4,86 \text{ EUR}$

Ergibt zusammen ein **kalendertägliches Nettoarbeitsentgelt** von **74,86 EUR**

Das kalendertägliche Übergangsgeld beträgt (s. Ziff. 10.4):

entweder 75 v. H. von 74,86 EUR **56,15 EUR**
 oder 68 v. H. von 74,86 EUR **50,90 EUR**

Das regelmäßige Nettoentgelt (70,- EUR) wird nicht überschritten.

Bei diesem Übergangsgeld verbleibt es, wenn nicht die Berechnung nach Ziff. 10.4.3 einen höheren Betrag ergibt.

10.4.2 Berechnung für Versicherte, die freiwillige Beiträge gezahlt haben oder als Selbständige pflichtversichert waren.

Freiwillig Versicherte und versicherungspflichtig selbständig Tätige können nur dann ein Übergangsgeld erhalten, wenn sie innerhalb der letzten drei Jahre vor Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben Arbeitseinkommen oder als freiwillig Versicherter Arbeitsentgelt bezogen und im Kalenderjahr vor Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (Bemessungszeitraum) Beiträge entrichtet haben.

Es wird aus 80 v.H. des Einkommens berechnet, das der Beitragszahlung im Bemessungszeitraum entspricht. Für den Kalendertag ist der 360. Teil dieses Betrages anzusetzen. 75 v.H. oder 68 v.H. (s. Ziff. 10.4) des so ermittelten Betrages ergeben schließlich die endgültige Höhe des Übergangsgeldes.

Beispiel:

Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben 10.05.2002.

Im Bemessungszeitraum, das ist das Jahr 2001, wurden zwölf Beiträge à 500,- DM entrichtet.

Berechnung des Übergangsgeldes:

$$12 \times 500,- \text{ DM} = \frac{6.000,- \text{ DM} \times 100}{19,1 \text{ (Beitragsatz 2001)}} = 31.413,61 \text{ DM}$$

31.413,61DM entsprechen 16.061,52 EUR

Das den Beiträgen zugrunde liegende Gesamteinkommen im Bemessungszeitraum beträgt = 16.061,52 EUR
 hiervon 80 v.H. = 12.849,22 EUR
 davon der 360. Teil = 35,69 EUR

Das kalendertägliche Übergangsgeld beträgt

(s. Ziffer 10.4)
 entweder 75 v.H. von 35,69 EUR = 26,77 EUR
 oder 68 v.H. von 35,69 EUR = 24,27 EUR

Bei diesem Übergangsgeld verbleibt es, sofern nicht die Berechnung nach Ziff. 10.4.3 einen höheren Betrag ergibt.

Hinweis:

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass für die Berechnung des Übergangsgeldes Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung die nach dem Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben für den Bemessungszeitraum entrichtet werden, nicht berücksichtigt werden können. Eine Bereiterklärung zur Beitragsentrichtung ist in diesem Zusammenhang nicht ausreichend. Die Beiträge müssen vor Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben entrichtet worden sein.

10.4.3 Berechnung des Übergangsgeldes nach einem fiktiven Arbeitsentgelt.

Bei dieser Berechnung des Übergangsgeldes werden 65 v.H. eines fiktiven Arbeitsentgeltes zugrunde gelegt.

Als fiktives Arbeitsentgelt ist das tarifliche oder, wenn es an einer tariflichen Regelung fehlt, das für den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherten ortsübliche Arbeitsentgelt zugrunde zu legen, das er in der Beschäftigung erzielt hätte, für die er ohne die Behinderung nach seinen beruflichen Fähigkeiten und nach seinem Lebensalter in Betracht käme. Maßgebend ist hierbei das fiktive Bruttoarbeitsentgelt in dem letzten Kalendermonat vor Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Ist im Tarifvertrag die Zahlung von einmaligem Arbeitsentgelt vereinbart, ist diese bei der Ermittlung der Berechnungsgrundlage mit einzubeziehen.

75 v. H. oder 68 v. H. des auf diese Weise ermittelten Betrages ergibt die endgültige Höhe des Übergangsgeldes (Ziff. 10.4).

10.4.4 Übergangsgeld für Zeiten im Anschluss an eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Bei erfolgreicher Durchführung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben besteht Anspruch auf Übergangsgeld über das eigentliche Ende der Leistung hinaus bis zu drei Monaten, wenn der Versicherte arbeitslos ist, sich beim Arbeitsamt gemeldet hat und einen Anspruch auf Arbeitslosengeld von mindestens drei Monaten nicht geltend machen kann. Dieses Übergangsgeld beträgt entweder 67 v.H. oder 60 v.H. der maßgeblichen Berechnungsgrundlage (s. Ziff. 10.4.1 - 10.4.3).

10.5 Anpassung des Übergangsgeldes

Das Übergangsgeld wird der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung angepasst. Dazu wird die Berechnungsgrundlage jeweils nach Ablauf eines Jahres seit dem Ende des Bemessungszeitraumes entsprechend der durchschnittlichen Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte angepasst.

10.6 Welche Einkünfte werden auf das Übergangsgeld angerechnet?

Erhalten Versicherte während des Bezuges von Übergangsgeld Arbeitsentgelt, so ist das Übergangsgeld um das Nettoarbeitsentgelt zu kürzen. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt sowie Leistungen des Arbeitgebers zum Übergangsgeld, soweit sie zusammen mit dem Übergangsgeld das vor der Arbeitsunfähigkeit oder Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erzielte Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen, werden nicht angerechnet.

Darüber hinaus sind auf das Übergangsgeld anzurechnen:

- das um 20 v.H. verminderte Arbeitseinkommen eines Selbständigen, aus einer Tätigkeit, die während des Anspruches auf Übergangsgeld ausgeübt wurde,
- Geldleistungen, die eine öffentlich-rechtliche Stelle im Zusammenhang mit der Teilnahme an der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben gewährt,
- Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie Verletztenrenten (teilweise), wenn dem Übergangsgeld ein vor Beginn der Rentengewährung erzielttes Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zugrunde liegt oder zur Vermeidung einer unbilligen Doppelleistung,
- unter bestimmten Voraussetzungen Rente bzw. Teilrente wegen Alters,
- Verletzengeld,
- vergleichbare ausländische Leistungen.

Sollte das Übergangsgeld aus einem tariflichen Entgelt berechnet worden sein (siehe Ziff. 10.4.3), ist eine zeitgleich gezahlte Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit immer anzurechnen.

11 Soziale Sicherung

Rehabilitanden sind nach Maßgabe der für sie geltenden gesetzlichen Vorschriften in der Kranken-, Pflege-, Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung versichert.

11.1 Krankenversicherung

Versicherungspflicht und Beiträge

Bei Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an einer Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeiterprobung besteht Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies gilt auch für Rehabilitanden, die zuvor bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert waren. Der private Versicherungsvertrag kann in diesem Falle mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht gekündigt werden. Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden von der BfA getragen. Ausnahmen gelten für Personen, die bei Beginn der Leistungen das 55. Lebensjahr vollendet haben und in den letzten fünf Jahren nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

Krankenkassenwahl

Versicherungspflichtige können grundsätzlich die Krankenkasse wählen, bei der die Mitgliedschaft bestehen soll (Ortskrankenkasse, Betriebskrankenkasse, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse). Das Wahlrecht ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären.

Nähere Informationen geben die Krankenkassen.

Es wird gebeten, die BfA umgehend zu unterrichten, wenn die Mitgliedschaft bei einer anderen als der im Antrag angegebenen Krankenkasse gewählt wurde!

Befreiung von der Versicherungspflicht

Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben die Möglichkeit, sich auf Antrag von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung befreien zu lassen.

Der Antrag muss innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse gestellt werden.

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

Bei weiterem Informationsbedarf wird empfohlen, sich an die zuständige Krankenkasse zu wenden.

Im Falle der Befreiung erhält der Rehabilitand unter bestimmten Voraussetzungen einen Zuschuss zu den privaten Krankenversicherungsbeiträgen. Als Zuschuss gewährt die BfA einen Betrag, der bei Krankenversicherungspflicht zu zahlen gewesen wäre, höchstens jedoch einen Betrag in Höhe des privaten Versicherungsbeitrages. Für die Gewährung eines Beitragszuschusses ist der Befreiungsbescheid der Krankenkasse sowie eine Bescheinigung des privaten Versicherungsunternehmens über die Krankenversicherung und die Höhe des monatlichen Beitrages vorzulegen.

Die Regelungen über die Gewährung eines Beitragszuschusses gelten auch für Personen, die versicherungsfrei sind, weil sie vor Beginn der Leistungen das 55. Lebensjahr vollendet haben und in den letzten fünf Jahren nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

11.2 Pflegeversicherung

Bei Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an einer Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeiterprobung besteht auch Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung (PflegeV). Die PflegeV wird von den Pflegekassen durchgeführt, die bei den gesetzlichen Krankenkassen eingerichtet sind.

Die Regelungen zur Versicherungs- und Beitragspflicht folgen denen der Krankenversicherung. Die Ausführungen zur **Krankenversicherung** (s. Ziff. 11.1) gelten daher entsprechend. Für die Beiträge zur PflegeV bedeutet dies, dass sie ebenfalls von der BfA getragen werden, wenn eine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Pflegekasse besteht. Im Falle einer privaten Pflegeversicherung kann ein Beitragszuschuss gewährt werden, sofern auch ein Anspruch auf Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung besteht. Eine Bescheinigung des privaten Versicherungsunternehmens über die Pflegeversicherung und die Höhe des monatlichen Beitrages ist vorzulegen.

11.3 Rentenversicherung

Bezieher von Übergangsgeld sind rentenversicherungspflichtig, wenn im letzten Jahr vor Beginn des Übergangsgeldes zuletzt Versicherungspflicht bestand. Wurden im letzten Jahr vor Beginn des Übergangsgeldes keine Beiträge oder zuletzt freiwillige Beiträge entrichtet, hat der Betreute die Möglichkeit, die Versicherungspflicht zu beantragen. Ausgenommen sind grundsätzlich Übergangsgeldbezieher, die in der Rentenversicherung versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind.

Der Antrag ist bei der BfA zu stellen.

Für die Pflichtversicherung und Antragspflichtversicherung werden keine Beiträge erhoben; die Beiträge gelten nach den gesetzlichen Vorschriften als entrichtet.

Als beitragspflichtige Einnahmen werden für die spätere Rentenberechnung grundsätzlich 80 v.H. des Arbeitsentgeltes oder Arbeitseinkommens, das der Berechnung des Übergangsgeldes zugrunde liegt, berücksichtigt.

Nach Ende der Zahlung von Übergangsgeld erhält der Versicherte von der BfA eine Bescheinigung mit den Daten, die seinem Versicherungskonto gemeldet wurden.

11.4 Arbeitslosenversicherung

Für Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben besteht keine Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung. Auch bei Gewährung von Übergangsgeld sind Beiträge von der BfA nicht zu zahlen.

11.5 Unfallversicherung

Während der Dauer von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind Rehabilitanden gegen Unfälle versichert. Der Versicherungsschutz bezieht sich auf Tätigkeiten, die in einem ursächlichen Zusammenhang zur Rehabilitation stehen (z.B. Unfall infolge Sturz im Unterrichtsraum). Versichert ist der Rehabilitand auch auf dem Weg zur Ausbildungsstätte und zurück (An- und Abreise) oder wenn er zur Vorbereitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf Verlangen der BfA die Ausbildungsstätte oder eine andere Stelle aufsucht. Nicht versichert sind dagegen Tätigkeiten, die dem privaten Bereich zuzuordnen sind (z. B. Briefe schreiben, private Besorgungen).

Die Beiträge für die Unfallversicherung trägt die BfA.

Zuständiger Unfallversicherungsträger ist die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft; die Hauptverwaltung hat ihren Sitz in Hamburg.

Im Falle eines Unfalls hat die Ausbildungsstätte umgehend die für den Versicherten zuständige Bezirksverwaltung der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft zu unterrichten. Diese wird dann von Amts wegen tätig. Etwaige Leistungsansprüche sind dort geltend zu machen.

Versicherungsschutz besteht nur für den Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben selbst. Begleitpersonen sind dagegen nicht gesetzlich unfallversichert.

1 Leistungsgrundlage

Die Rentenversicherung erbringt im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch finanzielle Hilfen

- zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges,
- für eine behinderungsbedingte Zusatzausstattung,
- zur Erlangung einer Fahrerlaubnis.

Es handelt sich hierbei um Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes.

Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen sind in der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung (KfzHV) vom 28.09.87 geregelt.

Die Verordnung regelt einheitlich die Kraftfahrzeughilfe für die Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (gesetzliche Unfallversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, Bundesanstalt für Arbeit, Kriegsopferfürsorge) sowie die Träger der begleitenden Hilfe im Arbeits- und Berufsleben (Integrationsämter) im Interesse einer Gleichbehandlung der Leistungsberechtigten.

Die KfzHV geht davon aus, dass die Leistungen der Kraftfahrzeughilfe den behinderungsbedingten, unabwiesbaren Bedarf decken sollen. Sie berücksichtigt, dass bei der heutigen weitgehenden Motorisierung ein Kraftfahrzeug als Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens zur Standardausrüstung auch von Arbeitnehmerhaushalte mit durchschnittlichem Einkommen gehört. Dementsprechend wird Hilfe zur Beschaffung eines Kfz grundsätzlich gewährt, wenn der Versicherte nicht über ein eigenes – behinderungsgerechtes – Kfz verfügt oder bei seinen Einkommensverhältnissen ein Kfz nicht als „Normalausstattung“ aus eigenen Mitteln beschaffen könnte.

Kraftfahrzeughilfe wird Versicherten auf Antrag gewährt, die die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen.

2 Persönliche Voraussetzungen

Eine Kraftfahrzeughilfe wird gewährt, wenn die Kraftfahrzeughilfe notwendig ist, um die Rehabilitation im Sinne der für die Rentenversicherung geltenden Vorschriften zu erreichen oder zu sichern. Das ist der Fall, wenn der Versicherte wegen Art und Schwere seiner Behinderung (nicht wegen unzureichender Verkehrsverbindungen) nicht nur vorübergehend auf die Benutzung eines Kraftfahrzeuges angewiesen ist, um seinen Arbeits- oder Ausbildungsort oder den Ort einer sonstigen Leistung der beruflichen Bildung zu erreichen und aus seiner Erwerbstätigkeit Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen von mehr als 325,- EUR mtl. erzielt; dies ist der festgeschriebene Grenzwert für geringfügige Beschäftigungen und geringfügig selbständige Tätigkeiten. Weitere Voraussetzung ist, dass der Versicherte ein Kraftfahrzeug – ggf. mit den erforderlichen zusätzlichen Bedienungseinrichtungen – führen kann. Besitzt er diese Eigenschaft nicht, so kann ihm Kraftfahrzeughilfe zuerkannt werden, wenn gewährleistet ist, dass ein Dritter das Kraftfahrzeug für ihn führt.

Sofern bereits ein behinderungsgerechtes Kfz vorhanden ist oder ein Kfz, das ohne unverhältnismäßigen Mehraufwand umgerüstet werden kann, kommt Hilfe zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges nicht in Betracht. Allerdings muss die weitere Benutzung des Fahrzeuges dem Versicherten unter technischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten zumutbar sein.

Das Kfz ist grundsätzlich auf den Versicherten zuzulassen, auch dann, wenn ein Dritter dieses für den Versicherten führt.

In besonderen Fällen kommt auch Kfz-Hilfe an Arbeitnehmer zur Berufsausübung, an in Heimarbeit Beschäftigte und zur selbständigen Ausübung eines Gewerbes in Betracht.

3 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Bitte die Erläuterungen im Abschnitt © Ziff. 3 beachten.

4 Leistungsausschluss

Bitte die Erläuterungen im Abschnitt © Ziff. 4 beachten.

5 Wartezeiterfüllung

Bitte die Erläuterungen im Abschnitt © Ziff. 5 beachten.

6 Zuständigkeit

Bitte die Erläuterungen im Abschnitt © Ziff. 6 beachten.

7 Art und Größe des Kfz

In der Wahl des Kfz ist der Versicherte frei. Das Kfz soll jedoch nach Größe und Ausstattung angemessen, zweckmäßig und behinderungsgerecht sein. Als nicht behinderungsgerecht ist auch ein Fahrzeug anzusehen, dessen behinderungsbedingte Zusatzausstattung einen unverhältnismäßigen Mehraufwand erfordern würde. Insoweit wird im Hinblick auf die Folgekosten für den Träger die dem Versicherten grundsätzlich eingeräumte freie Wahl des Kraftfahrzeuges eingeschränkt.

Die Beschaffung eines Gebrauchtwagens kann unter diesen Voraussetzungen gefördert werden, wenn sein Verkehrswert mindestens 50 v.H. des seinerzeitigen Neuwagenpreises beträgt.

8 Art und Höhe der Förderung

8.1 Hilfe zur Beschaffung eines Kfz

Die Hilfe zur Beschaffung ist von dem Einkommen (Nettoarbeitsentgelt, Nettoarbeitseinkommen und vergleichbare Entgeltersatzleistungen) des Versicherten abhängig und kann von einer Bezuschussung bis zu einer Förderung in voller Höhe reichen.

Grundlage für die Förderung ist die monatliche Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches der Sozialgesetzbuches (SGB IV). Das sind im Jahr 2002

- 2.345,- EUR in den **alten** Bundesländern
- 1.960,- EUR in den **neuen** Bundesländern/Berlin (Ost)

Maßgeblich für die Feststellung der Verhältnisse ist der Monat vor Antragstellung. Von dem Einkommen des Versicherten sind für jeden von ihm unterhaltenen Familienangehörigen folgende Beträge abzusetzen:

12 v. H. der monatlichen Bezugsgröße für das Jahr 2002

alte Bundesländer 285,- EUR
neue Bundesländer / Berlin (Ost) 240,- EUR

Ob ein Versicherter Familienangehörige unterhält, ist von der Höhe der gemeinsamen Einkünfte abhängig.

Der Zuschuss ist wie folgt zu berechnen:

Einkommen bis zu v. H. der mtl. Bezugsgröße gem. § 18 SGB IV – alte Bundesländer – 2002	Einkommen bis zu v.H. der mtl. Bezugsgröße gem. § 18 SGB IV – neue Bundesländer/Berlin (Ost) – 2002	Zuschuss in v.H. des Bemessungsbetrages
40 v.H. = 940,- EUR	785,- EUR	100
45 v.H. = 1.060,- EUR	885,- EUR	88
50 v.H. = 1.175,- EUR	980,- EUR	76
55 v.H. = 1.290,- EUR	1.080,- EUR	64
60 v.H. = 1.410,- EUR	1.180,- EUR	52
65 v.H. = 1.525,- EUR	1.275,- EUR	40
70 v.H. = 1.645,- EUR	1.375,- EUR	28
75 v.H. = 1.760,- EUR	1.470,- EUR	16

Bemessungsbetrag ist der Kaufpreis des Kfz, höchstens jedoch ein Betrag von 9.500,- EUR; es sei denn, ein höherer Kaufpreis ist wegen Art und Schwere der Behinderung zwingend erforderlich. Die Mehrkosten für eine bedarfsorientierte behinderungsbedingte Zusatzausstattung bleiben hierbei unberücksichtigt. Zu berücksichtigen sind allerdings der Verkehrswert eines Altwagens und Zuschüsse öffentlich-rechtlicher Stellen. Dies gilt auch dann, wenn der Altwagen verschenkt oder die Zuschüsse nicht beantragt werden. Derartige Beträge sind von dem Kaufpreis bzw. dem Höchstbetrag abzusetzen.

Erneute Hilfe zur Beschaffung eines Kfz kann in der Regel nur gewährt werden, wenn seit dem Tag der Zulassung des bisherigen Fahrzeuges auf den Versicherten fünf Jahre vergangen sind.

Verfügt der Versicherte – nach Ablauf der 5-Jahresfrist – über ein behindertengerechtes Fahrzeug, dessen Benutzung ihm weiterhin zugemutet werden kann, ist eine Förderung erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich.

8.2 Hilfe für eine behinderungsbedingte Zusatzausstattung

Die Kosten für behinderungsbedingte Zusatzausstattungen (z. B. automatisches Getriebe, Lenkhilfen, Bremskraftverstärker, verstellbare und schwenkbare Sitze) und die Kosten für ihre Reparatur werden unabhängig von dem Einkommen voll übernommen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass ein dem behinderungsbedingten Bedarf entsprechendes Kfz angeschafft wird, dessen behinderungsbedingte Zusatzausstattung keinen unverhältnismäßigen Mehraufwand erfordert. Im anderen Fall können die Kosten für die behinderungsbedingte Zusatzausstattung oder anfallende Reparaturkosten nur in der Höhe übernommen werden, die dem behinderungsbedingten Bedarf in einem Kfz der unteren Mittelklasse entsprechen.

8.3 Hilfen für die Fahrausbildung und den Erwerb der Fahrerlaubnis

Die Hilfe beläuft sich mit einem Einkommen

bei Versicherten der alten Bundesländer im Jahr 2002

bis zu 40 v. H. der mtl. Bezugsgröße

940,- EUR auf die volle Höhe

bis zu 55 v. H. der mtl. Bezugsgröße

1.290,- EUR auf zwei Drittel

bis zu 75 v. H. der mtl. Bezugsgröße

1.760,- EUR auf ein Drittel

bei Versicherten der neuen Bundesländer / Berlin (Ost) im Jahr 2002

bis zu 40 v. H. der mtl. Bezugsgröße

785,- EUR auf die volle Höhe

bis zu 55 v. H. der mtl. Bezugsgröße

1.080,- EUR auf zwei Drittel

bis zu 75 v. H. der mtl. Bezugsgröße

1.470,- EUR auf ein Drittel

der entstehenden notwendigen Kosten.

Auf die Kosten für den Erwerb der Fahrerlaubnis sind Zuschüsse öffentlich-rechtlicher Stellen, auf die ein vorrangiger Anspruch besteht, anzurechnen. Dies gilt auch dann, wenn die Zuschüsse nicht beantragt werden.

Kosten für behinderungsbedingte Untersuchungen, Ergänzungsprüfungen und Eintragungen in die vorhandene Fahrerlaubnis werden in vollem Umfang übernommen.

9 Härteklausel

Zur Vermeidung besonderer Härten können unter besonderen Voraussetzungen auch weitere Leistungen erbracht werden. Als Hilfen kommen u. a. die Übernahme von Beförderungskosten, wenn die Beschaffung eines Kfz nicht möglich oder nicht zweckmäßig ist, sowie die Gewährung von Darlehen in Betracht.

10 Antragstellung

Kraftfahrzeughilfen sollen nach der KfzHV grundsätzlich vor dem Abschluss des Kaufvertrages über das Kraftfahrzeug und die behinderungsbedingte Zusatzausstattung oder vor Beginn der Fahrausbildung beantragt werden. Es empfiehlt sich, vertragliche Verpflichtungen erst dann einzugehen, wenn die BfA entschieden hat, ob und in welchem Umfang Leistungen bewilligt werden.

Der Abschluss eines Kaufvertrages oder eine bereits angeordnete Fahrausbildung verpflichten die BfA nicht zur Leistung.

In begründeten Ausnahmefällen - z.B. wenn die Deckung des Bedarfs unaufschiebbar oder ein sofortiges Handeln zwingend erforderlich ist - gilt eine Antragstellung noch als rechtzeitig, wenn sie innerhalb eines Monats - also zeitnah - nach Abschluss eines Kaufvertrages oder Antritt einer Fahrausbildung erfolgt.

Leistungen zur technischen Überprüfung und Reparatur einer behindertengerechten Zusatzausstattung sind spätestens innerhalb eines Monats nach Rechnungsstellung zu beantragen.

Für die Antragstellung ist der von der BfA vorgesehene Antragsvordruck mit Zusatzfragebogen Kfz (Vordruck 8.4201 1) sowie die Entfernungsbescheinigung / Bescheinigung des Arbeitgebers (Vordruck 8.4201 2) zu verwenden. Ohne Beantwortung der Fragen im Zusatzfragebogen und ohne die Entfernungsbescheinigung / Bescheinigung des Arbeitgebers kann der Antrag nicht bearbeitet werden. Außerdem sollen aussagekräftige ärztliche Unterlagen beiliegen, die die Prüfung zulassen, ob die gesundheitsbedingte Notwendigkeit der beruflichen Kfz-Benutzung besteht.

Bitte die Erläuterungen im Abschnitt **B** Ziff. 7.2 beachten.

Falls öffentlich-rechtliche Stellen (vor allem die orthopädische Versorgung im Bereich der Kriegsoferversorgung und der gesetzlichen Unfallversicherung) vorrangig Zuschüsse zu dem Kfz zu leisten haben, sind dort Anträge zu stellen.

Als sonstige Leistungen zur Rehabilitation kann die BfA onkologische Nachsorgeleistungen bei malignen Geschwulst- und Systemerkrankungen erbringen. Sie kommen als sonstige Leistungen in Betracht, soweit sie nicht als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu gewähren sind.

1 Persönliche Voraussetzungen

1.1 Die Diagnose muss geklärt sein; onkologische Nachsorgeleistungen werden nicht gewährt bei Vorliegen von Praecancerosen und grundsätzlich nicht bei Ca in situ.

1.2 Hat eine operative oder eine Strahlentherapie stattgefunden, so muss die operative Behandlung abgeschlossen, die Strahlentherapie vorläufig abgeschlossen sein.

Eine noch laufende cytostatische Behandlung ist grundsätzlich kein Hinderungsgrund für die Gewährung onkologischer Nachsorgeleistungen.

1.3 Die durch die Geschwulsterkrankung oder deren Therapie bedingten körperlichen, seelischen, sozialen oder beruflichen Behinderungen sollen positiv beeinflussbar sein. Eine ausreichende Belastbarkeit für die onkologische Nachsorgeleistung muss gegeben sein. Der Betreute soll in der Regel allein reisefähig sein.

2 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Onkologische Nachsorgeleistungen können erbracht werden für

2.1 Versicherte, die

– in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben oder

– innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind oder

– bei Antragstellung die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben,

Anmerkung: Die allgemeine Wartezeit gilt u. a. als erfüllt, wenn der Versicherte wegen eines Arbeitsunfalls, einer Wehrdienstbeschädigung, einer Zivildienstbeschädigung oder wegen eines Gewahrsams i. S. d. Häftlingshilfegesetzes vermindert erwerbsfähig ist.

2.2 Bezieher von Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung,

2.3 nichtversicherte Ehegatten und Kindern von Versicherten und von Rentenbeziehern nach Ziff. 2.1. und 2.2.

2.4 Kinder i. S. v. Ziff. 2.3 sind

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

– eheliche Kinder,

– in den Haushalt aufgenommene Stief- und Pflegekinder,

– Enkel und Geschwister von Versicherten oder Rentenbeziehern, die in deren Haushalt aufgenommen sind oder von ihnen überwiegend unterhalten werden,

– für ehelich erklärte Kinder,

– als Kind angenommene Kinder,

– nichteheliche Kinder, bei Kindern männlicher Versicherter oder Rentenbezieher nur, wenn die Vaterschaft oder Unterhaltspflicht festgestellt ist,

2. die in Nr. 1 genannten Kinder über das 18. Lebensjahr hinaus bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, wenn sie

– sich in Schulausbildung oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr i. S. d. Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder

– ein freiwilliges ökologisches Jahr i. S. d. Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres leisten

– wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten.

Bei Unterbrechung oder Verzögerung der Schul- oder Berufsausbildung durch den gesetzlichen Wehrdienst, Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst erhöht sich die Altersbegrenzung von 27 Lebensjahren um einen der Dauer der gesetzlichen Dienstleistung entsprechenden Zeitraum.

3 Leistungsausschluss

Onkologische Nachsorgeleistungen können nicht erbracht werden für Versicherte oder Rentenbezieher sowie deren nichtversicherte Angehörige, wenn die Versicherten, Rentenbezieher oder die erkrankten Angehörigen selbst

– wegen einer Berufskrankheit bzw. eines Arbeitsunfalls oder einer Schädigung i. S. d. sozialen Entschädigungsrechtes gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers erhalten können,

Anmerkung: Bei Erkrankungen aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit sind die Anträge an die Berufsgenossenschaften bzw. bei einer Schädigung i. S. d. sozialen Entschädigungsrechtes z. B. an die Versorgungsämter, Landesversorgungsämter oder Integrationsämter zu richten.

– eine Beschäftigung ausüben, aus der Ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder die als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens der Altersgrenze versicherungsfrei sind,

Anmerkung: Von dem Leistungsausschluss erfasst werden z.B. Beamte auf Lebenszeit, Richter, Berufssoldaten, Soldaten auf Zeit, Dienstordnungs-(DO)Angestellte, Geistliche oder sonstige Bedienstete der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgemeinschaften, wenn ihnen Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen gewährleistet ist, sowie die Bezieher einer entsprechenden Versorgung wegen Erreichens der Altersgrenze; von dem Leistungsausschluss nicht erfasst werden z. B. Beamte auf Widerruf oder auf Probe sowie Tarifangestellte des öffentlichen Dienstes mit Anwartschaften auf sogenannte Zusatzversorgungen, wie sie z. B. von der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) gezahlt werden.

– sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilig untergebracht sind.

3.1 Versicherte oder Rentenbezieher mit nicht nur vorübergehendem Aufenthalt im Ausland erhalten onkologische Nachsorgeleistungen für sich selbst oder für ihre nichtversicherten Angehörigen u. a. nur, wenn für den Kalendermonat, in dem der Antrag gestellt ist, Pflichtbeiträge zur Rentenversicherung nach dem Sozialgesetzbuch gezahlt worden sind oder wegen Arbeitsunfähigkeit nicht zu zahlen waren.

4 Wartezeiterfüllung

Bitte die Erläuterungen im Abschnitt ⑤ Ziff. 5 beachten.

5 Zuständigkeit

Sind Beiträge zu verschiedenen Zweigen der Rentenversicherung entrichtet worden, so ist die BfA für die Leistungen zuständig, wenn

a) der Antragsteller den letzten Beitrag vor der Antragstellung zur Rentenversicherung der Angestellten entrichtet hat oder nach Beendigung der versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit aus der Rentenversicherung der Angestellten Rente bezieht,

b) das Kind Waisenrente aus der Rentenversicherung der Angestellten erhält.

Hat jedoch der Antragsteller einen Beitrag an die Seekasse entrichtet, so ist für die Leistung aus der Rentenversicherung der Angestellten die Seekasse zuständig. Ist der Antragsteller zuletzt als Angestellter bei der Deutschen Bahn AG versicherungspflichtig beschäftigt gewesen, so ist die Bahnversicherungsanstalt für die Leistung zuständig.

Hat der Antragsteller einen Beitrag aufgrund einer Beschäftigung zur knappschaftlichen Rentenversicherung entrichtet, so ist für Leistungen vorrangig die Bundesknappschaft zuständig.

6 Antragstellung

6.1 Für die Antragstellung ist der von der BfA vorgesehene Antragsvordruck zu verwenden. Dem Antrag ist ferner eine **Bescheinigung der Krankenkasse / Ersatzkasse mit Arbeitsunfähigkeitszeiten und -diagnosen** in den letzten drei Jahren vor der Reha-Antragstellung beizufügen. Die Angaben im sog. **AUD-Beleg** (Vordruck-Nr. 8.7101 3) können von wesentlicher Bedeutung für die Prüfung der Rehabilitationsbedürftigkeit, die Auswahl eines individuellen Rehabilitationsangebotes und den Einsatz einer gezielten Therapie durch die Behandlungseinrichtung sein.

Außer der BfA erhalten nur ein eventueller Gutachter und die Rehabilitationseinrichtung Kenntnis von den Arbeitsunfähigkeitszeiten und -diagnosen. Der Antragsteller kann der Übermittlung der medizinischen Daten durch die Krankenkasse / Ersatzkasse widersprechen (s. Erklärung im Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation).

Für Antragsteller, die bei einem **privaten** Versicherungsunternehmen gegen Krankheit versichert oder familienversichert sind, **entfällt** der AUD-Beleg.

6.2 Bitte die Erläuterungen im Abschnitt ⑤ Ziff. 7.2 beachten.

6.3 Bei Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen übernimmt die BfA die Kosten des für den Antrag noch erforderlichen **ärztlichen Befundberichtes (Vordruck-Nr. 8. 4303)**. Der Antragsteller wird daher gebeten, sich unmittelbar

an den behandelnden Arzt oder

– nach stattgefundener Krankenhausbehandlung – an den Krankenhausarzt zu wenden und die Abgabe des für den Antrag erforderlichen ärztlichen Befundberichtes zu veranlassen.

Der Vordruck für den ärztlichen Befundbericht ist mit dem Antrag erhältlich. **Dieser Vordruck und der ausgefüllte Antrag sind dem Arzt mit der Bitte zu übergeben, den Befundbericht zu erstellen und zusammen mit dem Antrag an die BfA zu senden.** Die für den Befundbericht vorgesehenen Gebühren werden dem Arzt von der BfA überwiesen.

7 Durchführung der onkologischen Nachsorgeleistungen

7.1 Die onkologischen Nachsorgeleistungen nach Ziff. 1 umfassen gezielte diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die geeignet sind, zur Stabilisierung oder Besserung des Gesundheitszustandes beizutragen und insbesondere Funktionsstörungen zu beseitigen oder auszugleichen.

Onkologische Nachsorgeleistungen können auch als Anschlussheilbehandlungen (AHB) durchgeführt werden.

7.2 Die BfA bestimmt die Rehabilitationseinrichtungen und den Zeitpunkt zur Durchführung der onkologischen Nachsorgeleistungen. Sie legt Ort, Beginn, Dauer und Art der Leistung fest.

7.3 Onkologische Nachsorgeleistungen werden regelmäßig im Inland erbracht.

7.4 Die BfA kann der Unterbringung einer Begleitperson im Rahmen der Durchführung von onkologischen Nachsorgeleistungen zustimmen.

7.5 Haushaltshilfe

Bitte die Erläuterungen im Abschnitt ⑤ Ziff. 8.6 beachten.

7.6 Reisekosten

Bitte die Erläuterungen im Abschnitt ⑤ Ziff. 8.4 und 8.5 beachten.

8 Übergangsgeld

Bitte die Erläuterungen im Abschnitt ⑤ Ziff. 10 beachten.

9 Ergänzende Leistungen

Bitte die Erläuterungen im Abschnitt ⑤ Ziff. 8.4 bis 8.6 beachten.

10 Zuzahlung

Bitte die Erläuterungen im Abschnitt ⑤ Ziff. 9 beachten.

11 Soziale Sicherung

Für Bezieher von Übergangsgeld gelten die Erläuterungen im Abschnitt ⑤ Ziff. 11 entsprechend.

- 1 Die BfA kann für nichtversicherte Kinder von Versicherten und Rentenbeziehern sowie für Bezieher einer Waisenrente Rehabilitationen wegen bestimmter Erkrankungen erbringen. Welche Erkrankungen darunter zu verstehen sind, geht aus den nachstehenden „Persönlichen Voraussetzungen“ hervor. Diese Kinderrehabilitationen sind sonstige Leistungen zur Rehabilitation, die im Rahmen „Gemeinsamer Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 2 Satz 2 des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches für Kinderheilbehandlungen (KiHB-Richtlinien)“ erbracht werden.
- 2 **Zuständigkeit**
Für Kinderrehabilitationen ist die BfA zuständig,
 - a) wenn der antragstellende Elternteil den letzten Beitrag vor der Antragstellung zur Rentenversicherung der Angestellten entrichtet hat oder nach Beendigung der versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit aus der Rentenversicherung der Angestellten Rente bezieht,
 - b) wenn das Kind Waisenrente aus der Rentenversicherung der Angestellten erhält.

Hat jedoch der antragstellende Elternteil einen Beitrag an die Seekasse entrichtet, so ist für die Leistung aus der Rentenversicherung der Angestellten die Seekasse zuständig. Ist der antragstellende Elternteil zuletzt als Angestellter bei der Deutschen Bahn AG versicherungspflichtig beschäftigt gewesen, so ist die Bahnversicherungsanstalt für die Leistung zuständig.

Hat der antragstellende Elternteil einen Beitrag aufgrund einer Beschäftigung zur knappschaftlichen Rentenversicherung entrichtet, ist für Leistungen vorrangig die Bundesknappschaft zuständig.
- 3 **Persönliche Voraussetzungen**
 - 3.1 Kinderrehabilitationen können erbracht werden, wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Dies ist insbesondere der Fall bei folgenden Erkrankungen:
 - Krankheiten der Atemwege,
 - allergische Krankheiten,
 - Hautkrankheiten,
 - Herz- und Kreislaufkrankheiten,
 - Leber-, Magen-Darmkrankheiten,
 - Nieren- und Harnwegskrankheiten,
 - Stoffwechselkrankheiten,
 - entzündliche und nichtentzündliche Krankheiten des Bewegungsapparates,
 - neurologische Erkrankungen,
 - psychosomatische und psychomotorische Störungen, Verhaltensstörungen,
 - Übergewicht in Verbindung mit weiteren Risikofaktoren und anderen Erkrankungen.
 - 3.2 Kinderrehabilitationen können grundsätzlich nicht erbracht werden bei
 - akuten Krankheiten und Infektionskrankheiten (z. B. Diphtherie und Scharlach) sowie
 - in den Fällen, in denen die Aussicht auf eine spätere Erwerbsfähigkeit nicht verbessert werden kann.
 - 4 **Versicherungsrechtliche Voraussetzungen**
 - 4.1 Versicherte i. S. d. KiHB-Richtlinien sind diejenigen, die
 - in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben oder
 - innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind oder
 - bei Antragstellung die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben.

Anmerkung: Die allgemeine Wartezeit gilt u.a. als erfüllt, wenn der Versicherte wegen eines Arbeitsunfalls, einer Wehrdienstbeschädigung, einer Zivildienstbeschädigung oder wegen eines Gewahrsams i. S. d. Häftlingshilfegesetzes vermindert erwerbsfähig ist.
 - 4.2 Rentenbezieher i. S. d. KiHB-Richtlinien sind Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder wegen Alters sowie Bezieher einer Waisenrente.
 - 4.3 Kinder i. S. d. KiHB-Richtlinien sind
 1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
 - eheliche Kinder,
 - in den Haushalt aufgenommene Stief- und Pflegekinder,
 - Enkel und Geschwister von Versicherten oder Rentenbeziehern, die in deren Haushalt aufgenommen sind oder von ihnen überwiegend unterhalten werden,
 - für ehelich erklärte Kinder,
 - als Kind angenommene Kinder,
 - nichteheliche Kinder, bei Kindern männlicher Versicherter oder Rentenbezieher nur, wenn die Vaterschaft oder Unterhaltspflicht festgestellt ist,
 2. die in Nr. 1 genannten Kinder über das 18. Lebensjahr hinaus bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, wenn sie
 - sich in Schulausbildung oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr i. S. d. Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder
 - ein freiwilliges ökologisches Jahr i. S. d. Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres leisten

- wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten.

Bei Unterbrechung oder Verzögerung der Schul- oder Berufsausbildung durch den gesetzlichen Wehrdienst, Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst erhöht sich die Altersbegrenzung von 27 Lebensjahren um einen der Dauer der gesetzlichen Dienstleistung entsprechenden Zeitraum.

5 Wartezeiterfüllung

Bitte die Erläuterungen im Abschnitt **B** Ziff. 5 beachten.

6 Leistungsausschluss

- 6.1 Kinderrehabilitationen können nicht erbracht werden für Kinder von Versicherten oder Rentenbeziehern, wenn die Versicherten oder Rentenbezieher eine Beschäftigung ausüben, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder wenn sie als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens der Altersgrenze versicherungsfrei sind.

Anmerkung: Von dem Leistungsausschluss erfasst werden z. B. Beamte auf Lebenszeit, Richter, Berufssoldaten, Soldaten auf Zeit, Dienstordnungs-(DO)Angestellte, Geistliche oder sonstige Bedienstete der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgemeinschaften, wenn ihnen Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen gewährleistet ist, sowie die Bezieher einer entsprechenden Versorgung wegen Erreichens der Altersgrenze; von dem Leistungsausschluss nicht erfasst werden z.B. Beamte auf Widerruf oder auf Probe sowie Tarifangestellte des öffentlichen Dienstes mit Anwartschaften auf sogenannte Zusatzversorgungen, wie sie z. B. von der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) gezahlt werden.

- 6.2 Entsprechendes gilt, wenn die Kinder oder die Waisenrentenbezieher

- aufgrund eines Arbeitsunfalls bzw. einer Berufskrankheit oder einer Schädigung i. S. d. sozialen Entschädigungsrechtes gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers erhalten können oder
- eine Beschäftigung ausüben, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder
- sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilig untergebracht sind.

Anmerkung: Bei Erkrankungen aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit sind die Anträge an die Berufsgenossenschaften bzw. bei einer Schädigung i. S. d. sozialen Entschädigungsrechtes z. B. an die Versorgungsämter, Landesversorgungsämter oder Integrationsämter zu richten.

- 6.3 Kinderrehabilitationen werden nur erbracht, wenn sowohl das Kind als auch der Versicherte bzw. der Rentenbezieher sich nicht nur vorübergehend im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches aufhalten oder wenn für den Versicherten bzw. den Rentenbezieher für den Kalendermonat, in dem der Antrag gestellt ist, Pflichtbeiträge nach dem Sozialgesetzbuch gezahlt worden sind oder wegen Arbeitsunfähigkeit nicht zu zahlen waren.

7 Durchführung und Umfang der Leistung

Die BfA behält sich die Entscheidung über Beginn, Dauer, Ort und Art der Kinderrehabilitation vor.

Die Dauer der Kinderrehabilitation beträgt im Allgemeinen vier Wochen; Verlängerungen sind im Bedarfsfall möglich. Bei besonderen Krankheitsfällen kann aber auch von vornherein eine längere Behandlungsdauer genehmigt werden. **Die BfA übernimmt nur Kosten für Kinderrehabilitationen, die von ihr bewilligt wurden.**

Sind Leistungen ohne vorherige Zustimmung der BfA begonnen oder durchgeführt worden oder werden diese vom Versicherten selbst bzw. von anderen Stellen ganz oder teilweise finanziert, so können von der BfA **weder Kosten** hierfür übernommen **noch Zuschüsse** hierzu geleistet werden.

Die Kinderrehabilitationen umfassen insbesondere die Gewährung von ärztlicher und nichtärztlicher Therapie, Pflege und Versorgung mit Medikamenten sowie Unterkunft und Verpflegung in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen.

Die BfA übernimmt die notwendigen Reisekosten, die anlässlich der Durchführung der Kinderrehabilitation entstehen. Sie schließen ein:

- Die An- und Rückreisekosten für das Kind bzw. den Jugendlichen,
- bei Kindern bis zu 15 Jahren auf Antrag auch die Reisekosten für den Reisebegleiter,
- die Kosten der Gepäckbeförderung und
- ggf. die Kosten einer notwendigen Übernachtung.

Stellt die BfA für die Reise zum Ort der Leistung (bzw. zur Rehabilitationseinrichtung) oder zurück eine Fahrgelegenheit (**Gruppenreise**) zur Verfügung und ist dem Kind diese Art der Beförderung gesundheitlich zuzumuten, **können Fahrkosten nicht übernommen werden.**

Die Unterbringung einer Begleitperson im Rahmen der Durchführung von Kinderrehabilitationen zu Lasten der BfA kann nur aus medizinischen Gründen erfolgen.

8 Sonstiges

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

Eine Kinderrehabilitation muss versagt werden, wenn vorzusehen ist, dass das Kind sich nicht in die Gemein-

schaft mit anderen Kindern einordnen wird oder das Kind eine Verhaltensstörung aufweist, die seine Rehabilitationsfähigkeit ausschließt.

Sie kann außerdem versagt werden, wenn eine früher durchgeführte Kinderrehabilitation ohne triftigen Grund abgebrochen wurde.

Die Durchführung einer weiteren Kinderrehabilitation vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung einer solchen oder ähnlichen Leistung ist ausgeschlossen, es sei denn, dass vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend geboten sind.

Leistungen, die ausschließlich der **Erholung** des Kindes dienen und sogenannte **Mutter-Kind-Maßnahmen** werden von der BfA nicht durchgeführt.

9 Antragsverfahren

Anträge auf Kinderrehabilitationen können von dem Eltern teil gestellt werden, auf den die vorstehenden Ausführungen unter Ziff. 2 und 4 zutreffen. Für minderjährige Vollwaisen, die Waisenrente aus der Angestelltenversicherung erhalten, ist die Kinderrehabilitation vom Vormund zu beantragen. Minderjährige Vollwaisen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und Waisenrente aus der Angestelltenversicherung erhalten, können die Kinderrehabilitation selbständig beantragen, jedoch sollte der gesetzliche Vertreter hierzu seine Zustimmung durch Unterschrift auf dem Antragsvordruck erklären.

Antragsvordrucke sind bei den Auskunft- und Beratungsstellen der BfA, den Ausgabestellen der Angestelltenversicherung (Versicherungsämtern, Ortsbehörden) und den gesetzlichen Krankenkassen (Ersatz-, Orts-, Landwirtschaftliche-, Betriebs-, Innungskrankenkassen) erhältlich.

Zur Feststellung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ist dem Antrag die Durchschrift des letzten Versicherungsnachweises oder der letzten Versicherungskarte aus dem Versicherungsnachweis der Sozialversicherung oder eine Bescheinigung des Arbeitgebers nach der DEÜV beizufügen und der BfA einzureichen.

Bei Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen übernimmt die BfA die Kosten des für den Antrag noch erforderlichen **ärztlichen Befundberichtes (Vordruck-Nr. 8.6302)**. Der Antragsteller wird daher gebeten, sich unmittelbar

an den behandelnden Arzt oder

- nach stattgefundener Krankenhausbehandlung – an den Krankenhausarzt zu wenden und die Abgabe des für den Antrag erforderlichen ärztlichen Befundberichtes zu veranlassen.

Der Vordruck für den ärztlichen Befundbericht ist mit dem Antrag erhältlich. **Dieser Vordruck und der ausgefüllte Antrag sind dem Arzt mit der Bitte zu übergeben, den Befundbericht zu erstellen und zusammen mit dem Antrag an die BfA zu senden.** Die für den Befundbericht vorgesehenen Gebühren werden dem Arzt von der BfA überwiesen.

Die Entscheidung über die Bewilligung oder Ablehnung sowie Durchführung der Kinderrehabilitation liegt bei der BfA. Der Antragsteller erhält darüber einen schriftlichen Bescheid.

Vor Antritt einer Kinderrehabilitation wird für die Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr eine Diphtherie/Tetanus-Schutzimpfung empfohlen.

Die erforderlichen zwei aufeinanderfolgenden Schutzimpfungen im Abstand von vier bis sechs Wochen sollen so vorgenommen werden, dass die zweite Impfung mindestens sechs Wochen vor Antritt der Kinderrehabilitation durchgeführt ist.

Wenn die letzte Schutzimpfung mehr als vier Jahre zurückliegt, hat nur eine einmalige Nachimpfung zu erfolgen.

Sollte das Kind im Zeitraum von zwei Jahren vor der Kinderrehabilitation ein Heilserum gegen Diphtherie/Tetanus bekommen haben, ist eine Schutzimpfung nicht unbedingt erforderlich.

Wenn der derzeitige Krankheitszustand eine Schutzimpfung nicht zulässt oder andere Gründe die Eltern veranlassen, von der Schutzimpfung Abstand zu nehmen, ist eine Erklärung abzugeben, dass weder gegen die BfA noch gegen die Rehabilitationseinrichtung Schadenersatzansprüche erhoben werden, falls das Kind während seiner Kinderrehabilitation an Diphtherie oder an Tetanus erkranken sollte.

Evtl. entstehende Kosten für empfohlene Schutzimpfungen oder Bescheinigungen hierüber übernimmt die BfA nicht.

10 Zuzahlung

Bitte die Erläuterungen im Abschnitt **B** Ziff. 9.3 beachten.

Anschriften der Auskunft- und Beratungsstellen der BfA

Die **Auskunfts- und Beratungsstellen** der BfA (Stand Januar 2002)

Es sollte vorher unbedingt ein Beratungstermin vereinbart werden. Besucher mit abgesprochenem Termin ersparen sich Wartezeiten.

Weitere Beratungsstellen können bei den nachstehenden Adressen erfragt werden.

Bahnhofstraße 7
86150 Augsburg
☎ (08 21) 50 35 0
Fax: (08 21) 50 35 190

Ludwigstr. 1
64283 Darmstadt
☎ (0 61 51) 1 53 76 90
Fax: (0 61 51) 15 36 59 29

Katharinengasse 1
35390 Gießen
☎ (06 41) 97 29 0
Fax: (06 41) 97 29 190

Fehrbelliner Platz 5
10709 Berlin-Wilmersdorf
☎ (0 30) 86 88 80
Fax: (0 30) 8 68 88-2 74 96

Zerbster Str. 32
06844 Dessau
☎ (03 40) 2 21 00 26
Fax: (03 40) 2 21 00 28

Wilhelmsplatz 1
02826 Görlitz
☎ (0 35 81) 87 85 00
Fax: (0 35 81) 87 85 01 90

Wallstraße 9-13
10179 Berlin-Mitte
☎ (0 30) 2 02 47 5
Fax: (0 30) 2 02 47 69 9

Hansastr. 95
44137 Dortmund
☎ (02 31) 90 63 50 0
Fax: (02 31) 90 63 590

Markt 10
04668 Grimma
☎ (0 34 37) 92 41 0
Fax: (0 34 37) 92 41 19

Bahnhofstraße 28
33602 Bielefeld
☎ (05 21) 52 54 0
Fax: (05 21) 52 54 190

Fetscherstraße 34
01307 Dresden
☎ (03 51) 4 40 60 0
Fax: (03 51) 4 40 60 190

Woor 3
38820 Halberstadt
☎ (0 39 41) 5 73 26
Fax: (0 39 41) 5 73 27 30

Walther-Rathenau-Str. 38
06749 Bitterfeld
☎ (0 34 93) 60 20 0
Fax: (0 34 93) 60 20 40

Graf-Adolf-Straße 35-37
40210 Düsseldorf
☎ (02 11) 3 80 60
Fax: (02 11) 38 06 190

Leipziger Straße 91
06108 Halle
☎ (03 45) 2 92 50
Fax: (03 45) 29 25 190

Rabinstraße 6
53111 Bonn
☎ (02 28) 28 08 01
Fax: (02 28) 28 08 19 61

Blosenburgerstraße 20
99096 Erfurt
☎ (03 61) 30 27 0
Fax: (03 61) 30 27 191

Jungfernstieg 7
20354 Hamburg
☎ (0 40) 34 89 10
Fax: (0 40) 3 48 91 190

Nicolaiplatz 12
14770 Brandenburg
☎ (0 33 81) 32 09 0
Fax: (0 33 81) 32 09 11

Lindentallee 6-8
45127 Essen
☎ (02 01) 2 40 33 0
Fax: (02 01) 24 03 31 90

Bürgerweide 4
20535 Hamburg
☎ (0 40) 24 19 00
Fax: (0 40) 24 19 01 36

Friedrich-Wilhelm-Str. 3
38100 Braunschweig
☎ (05 31) 12 30 0
Fax: (05 31) 12 30 190

Stiftstraße 9-17
60313 Frankfurt / Main
☎ (0 69) 2 99 98 0
Fax: (0 69) 2 99 98 190

Bahnhofstraße 8
30159 Hannover
☎ (05 11) 3 57 99 0
Fax: (05 11) 3 57 99 190

Domshof 18-20
28195 Bremen
☎ (04 21) 36 52 0
Fax: (04 21) 36 52 190

Karl-Marx-Straße 2
15230 Frankfurt / Oder
☎ (03 35) 56 18 0
Fax: (03 35) 56 18 190

Lothorstr. 2
74072 Heilbronn
☎ (0 71 31) 2 03 93 60
Fax: (0 71 31) 20 39 36 190

An der Markthalle 3-5
09111 Chemnitz
☎ (03 71) 69 71 0
Fax: (03 71) 69 71 190

Friedrichring 1
79098 Freiburg
☎ (07 61) 3 87 10
Fax: (07 61) 3 87 11 90

Wallgraben 3
98693 Ilmenau
☎ (0 36 77) 84 51 90
Fax: (0 36 77) 8 45 19 18

Spremberger Straße 13/15
03046 Cottbus
☎ (03 55) 4 94 0
Fax: (03 55) 4 94 190

Reichsstr. 5
07545 Gera
☎ (03 65) 9 18 00 0
Fax: (03 65) 9 18 00 76 190

Goethestr. 1
07743 Jena
☎ (0 36 41) 4 70 80
Fax: (0 36 41) 47 08 190

Schubertstr. 17a
67655 Kaiserslautern
☎ (06 31) 3 66 73 0
Fax: (06 31) 3 66 73 30

Kaiserstraße 215
76133 Karlsruhe
☎ (07 21) 18 04 0
Fax: (07 21) 18 04 190

Friedrich-Ebert-Str. 5
34117 Kassel
☎ (05 61) 78 90 0
Fax: (05 61) 78 90 190

Haßstraße 17
24103 Kiel
☎ (04 31) 98 78 0
Fax: (04 31) 98 78 190

Lungengasse 35
50676 Köln
☎ (02 21) 33 17 01
Fax: (02 21) 33 17 19 61

Nordstraße 17
04105 Leipzig
☎ (03 41) 7 11 35 0
Fax: (03 41) 7 11 35 190

Beckergrube 2
23552 Lübeck
☎ (04 51) 7 99 47 01
Fax: (04 51) 7 99 47 16

Maxim-Gorki-Straße 14
39108 Magdeburg
☎ (03 91) 73 99 0
Fax: (03 91) 73 99 190

Am Brand 31
55116 Mainz
☎ (0 61 31) 27 40
Fax: (0 61 31) 27 41 90

E 1, Nr. 16
68159 Mannheim
☎ (06 21) 15 91 0
Fax: (06 21) 15 91 190

Viktualienmarkt 8
80331 München
☎ (0 89) 51 08 10
Fax: (0 89) 5 10 81 190

Von-Steuben-Straße 20
48143 Münster
☎ (02 51) 53 82 0
Fax: (02 51) 53 82 190

Brodaer Straße 11
17033 Neubrandenburg
☎ (03 95) 56 37 0
Fax: (03 95) 56 37 190

Kornmarkt 8
90402 Nürnberg
☎ (09 11) 23 80 0
Fax: (09 11) 23 80 192

Bahnhofplatz 2a
26122 Oldenburg
☎ (04 41) 9 50 79 50
Fax: (04 41) 95 07 95 19

Neumarkt 7/Eingang Große Straße
49074 Osnabrück
☎ (05 41) 33 57 0
Fax: (05 41) 33 57 190

Dohnaische Str. 68
01796 Pirna
☎ (0 35 01) 4 66 70
Fax: (0 35 01) 46 67 190

Herrenstr. 20
08523 Plauen
☎ (0 37 41) 28 02 60
Fax: (0 37 41) 28 02 619

Lange Brücke 2
14473 Potsdam
☎ (03 31) 88 53 0
Fax: (03 31) 88 53 190

Maximilianstraße 9
93047 Regensburg
☎ (09 41) 58 49 0
Fax: (09 41) 58 49 190

Doberaner Straße 10–12
18057 Rostock
☎ (03 81) 4 59 45 0
Fax: (03 81) 4 59 45 190

Großherzog-Friedrich-Str. 16–18
66111 Saarbrücken
☎ (06 81) 93 70 0
Fax: (06 81) 93 70 190

Schmiedestraße 8–12
19053 Schwerin
☎ (03 85) 57 58 0
Fax: (03 85) 57 58 190

Langenstr. 54
18439 Stralsund
☎ (0 38 31) 28 01 51
Fax: (0 38 31) 28 01 37

Kronenstraße 25
70174 Stuttgart
☎ (07 11) 18 71 5
Fax: (07 11) 18 71 690

Marienstieg 3
98527 Suhl
☎ (0 36 81) 7 86 0
Fax: (0 36 81) 7 86 190

Domfreihof 1
54290 Trier
☎ (06 51) 97 07 10
Fax: (06 51) 9 70 71 190

Karlstraße 33
89073 Ulm
☎ (07 31) 9 67 35 0
Fax: (07 31) 9 67 37 14

Breitestraße 53a
38855 Wernigerode
☎ (0 39 43) 69 63 0
Fax: (0 39 43) 69 63 19

Collegienstr. 59c
06886 Wittenberg
☎ (0 34 91) 42 04 0
Fax: (0 34 91) 42 04 19

Schönbornstraße 4–6
97070 Würzburg
☎ (09 31) 35 72 0
Fax: (09 31) 35 72 190

Wupperstr. 14
42103 Wuppertal
☎ (02 02) 45 95 01
Fax: (02 02) 45 95 19 61

Roßmarkt 13
06712 Zeitz
☎ (0 34 41) 8 58 80
Fax: (0 34 41) 85 88 19

Hauptmarkt 24–25
08056 Zwickau
☎ (03 75) 27 74 80
Fax: (03 75) 2 77 48 190