Studientext Nr. 14
Stand 2026

Ergänzende und sonstige Leistungen, Zuzahlungen

Petra Böwing

Deutsche Rentenversicherung
Bund

Einleitung

Allen Auszubildenden und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Aus- und Fortbildung der Rentenversicherungsträger stehen begleitend zum theoretischen Unterricht sowie zur Vertiefung und Vorbereitung auf Prüfungen zurzeit insgesamt 39 Studientexte zur Verfügung, die das prüfungsrelevante Recht der gesetzlichen Rentenversicherung abdecken und von Fachkräften der gesetzlichen Rentenversicherung erstellt wurden.

Die Studientexte eignen sich nicht nur zum Nachlesen oder zur Nacharbeit, sondern auch zum Einsatz während des Unterrichts, auch als Grundlage für Arbeitsblätter.

Selbstverständlich können auch andere Adressatenkreise (wie zum Beispiel Studierende des Studienganges Sozialversicherung (LL.B.), Inspektorenanwärter*innen, Fortzubildende sowie Sachbearbeiter*innen oder auch Rentenberater*innen) die Studientexte nutzen.

Durch ihren logischen Aufbau und den Einsatz vieler Beispiele und Übungen sind die Studientexte ein wertvolles Informations- und Nachschlagewerk.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im folgenden Text weitestgehend auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Sollten Sie aus den Studientexten zitieren, bitten wir um folgende Quellenangabe:

Studientext der Deutschen Rentenversicherung Nummer x, Titel, Autor, Ausgabe 20xx, Seite x

Eine Übersicht der verfügbaren Studientexte finden Sie am Ende dieses Studientextes.

Inhaltsverzeichnis

1. Ergänzende Leistungen 5
1.1 Haushaltshilfe (§§ 64, 74 SGB IX) 6
1.1.1 Weiterführung des Haushalts 7
1.1.2 Fehlen einer zur Weiterführung des Haushalts geeigneten Person 8
1.1.3 Vorhandensein eines Kindes 9
1.1.4 Sachleistung: „Haushaltshilfe“ 10
1.1.5 Höhe der Kostenerstattung 11
1.1.6 Mitnahme oder anderweitige Unterbringung des Kindes 15
1.1.7 Dauer des Anspruchs auf Haushaltshilfe 16
1.1.8 Kosten für die Betreuung von Kindern 16
1.2 Reisekosten (§ 73 SGB IX) 18
1.2.1 Fahrkosten und Transportkosten (§ 73 Absatz 1 SGB IX) 18
1.2.2 Wegstreckenentschädigung (§ 73 Absatz 4 SGB IX) 19
1.2.3 Verpflegungskosten (§ 73 Absatz 1 SGB IX) 20
1.2.4 Begleitperson 21
1.2.5 Familienheimfahrten (§ 73 Absatz 2 und 3 SGB IX) 21
1.3 Rehabilitationssport (§ 64 Absatz 1 SGB IX) 24

2. Sonstige Leistungen zur Teilhabe 26
2.1 Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben (§ 31 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI) 26
2.1.2 Voraussetzungen und Art der Leistungen 27
2.1.3 Die Leistungen im Einzelnen und Zuständigkeit 27
2.2 Leistungen zur onkologischen Nachsorge (§ 31 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI) 32
2.2.1 Richtlinien 32
2.2.2 Voraussetzungen 32
2.2.3 Ausschlussgründe: 36
2.2.4 Wiederholung von Nachsorgeleistungen sowie Zuständigkeit 36
2.2.5 Umfang und Dauer der onkologischen Nachsorgeleistungen 37
2.2.6 Ergänzende Leistungen, Zuzahlung und Konkurrenzen 38
2.3 Zuwendungen für Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern (§ 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI) 40
2.3.1 Richtlinien 40
2.3.2 Begriffsbestimmungen 40
2.3.3 Beispiele für Zuwendungen 40

3. Zuzahlung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und bei sonstigen Leistungen (§ 32 SGB VI) 42
3.1 Zuzahlung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 42
3.1.1 Zuzahlungspflichtige Leistungen 42
3.1.2 Darstellung der beiden Fallgruppen 42
3.1.3 Regelbetrag der Zuzahlung 43
3.1.4 Anrechnung bereits geleisteter Zuzahlungen 43
3.1.5 Anrechnung bei stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitationen, die über einen Jahreswechsel hinweg andauern 45

3.2 Zuzahlung bei stationären sonstigen Leistungen zur Teilhabe nach § 31 SGB VI 49
3.3 Befreiung von der Zuzahlungsverpflichtung "kraft Gesetzes" 50
3.4 Befreiung von der Zuzahlung in Fällen der unzumutbaren Belastung (§ 32 Absatz 4 SGB VI) 52
3.4.1 Richtlinien für die Befreiung von der Zuzahlung 52
3.4.2 Befreiungsmöglichkeiten im Einzelnen 54

Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung 59

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen 63

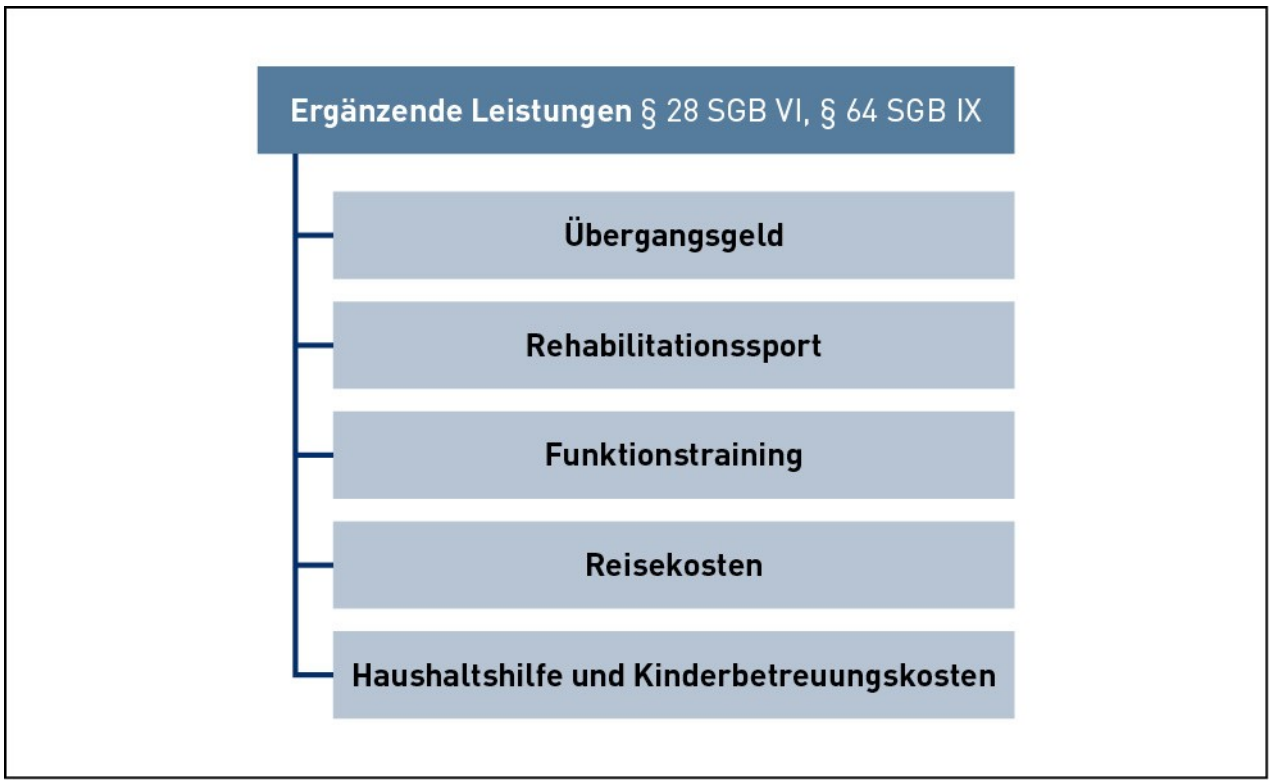
Verfügbare Titel der Studientext-Reihe 64

Impressum 66

1. Ergänzende Leistungen

Die ergänzenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vergleiche Abbildung 1) sind unselbständige Leistungen, die stets von der Durchführung einer Rehabilitation als Hauptleistung abhängig sind. Die erforderliche Durchführung von Leistungen zur Teilhabe der Rentenversicherungsträger ist zu einem erheblichen Teil von der Mitwirkung des Rehabilitanden abhängig. Der Erfolg einer Maßnahme könnte gefährdet sein, wenn Versicherte aus Sorge um das Wohlergehen ihrer Kinder zu sehr von der eigentlichen Leistung zur medizinischen Rehabilitation abgelenkt werden. Um solche Hemmnisse auszuschließen, hat der Gesetzgeber die ergänzenden Leistungen durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz eingeführt. Zu den ergänzenden Leistungen gehören zum Beispiel Übergangsgeld (vergleiche Studientext 13 "Übergangsgeld"), Haushaltshilfe, Reisekosten.

Abbildung 1: Übersicht zu ergänzenden Leistungen



1.1 Haushaltshilfe (§§ 64, 74 SGB IX)

LERNZIELE

- Sie können die einzelnen ergänzenden Leistungsarten nennen und die Leistungsvoraussetzungen für Haushaltshilfe beschreiben.
- Sie können die Besonderheit bei Verwandten und Verschwägerten bis zum zweiten Grad in Verbindung mit Haushaltshilfe erklären.
- Sie können die Möglichkeiten in Zusammenhang mit unbezahltem Urlaub einer im Haushalt lebenden Person erläutern.
- Sie können die Höchstbegrenzungen bei der Festsetzung von Ansprüchen auf Haushaltshilfe darlegen.
- Sie können den Anspruch auf Übernahme von Kinderbetreuungskosten feststellen.
- Sie können den Anspruch auf Haushaltshilfe feststellen und die Höhe festsetzen.

Unter der Tätigkeit einer Haushaltshilfe versteht man

- Kinderbetreuung und
- Haushaltsführung, wie kochen, waschen, putzen und einkaufen.

Abbildung 2: Haushaltshilfe

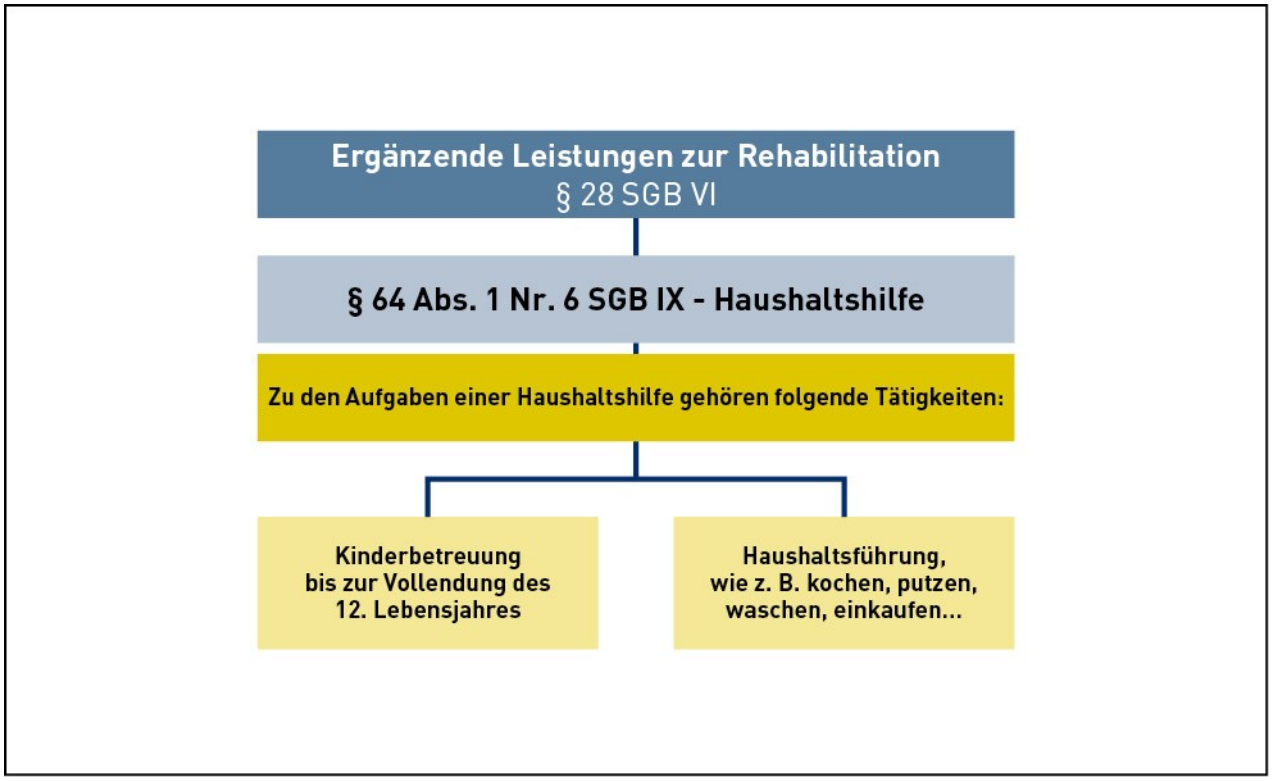
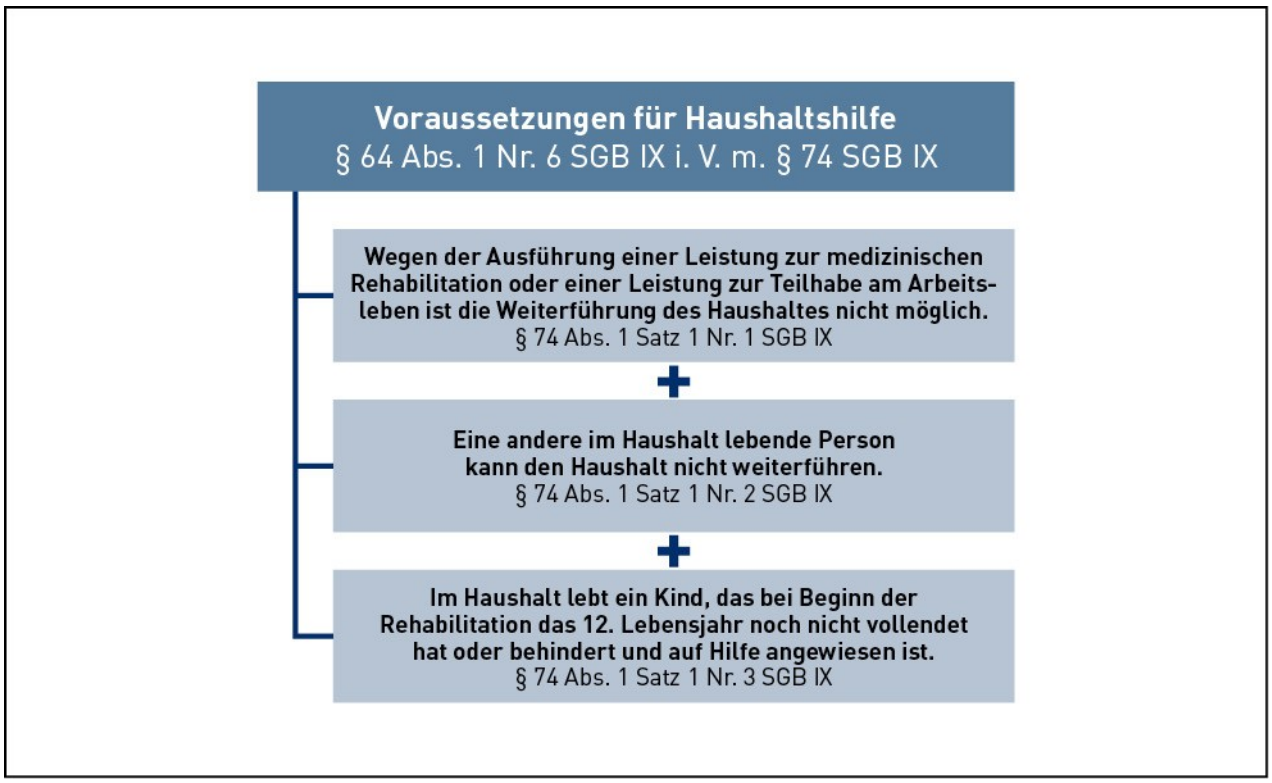


Abbildung 3: Voraussetzungen für Anspruch auf Haushaltshilfe



Nach § 74 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB IX (vergleiche Abbildung 3) ist eine der Voraussetzungen für die Gewährung einer Haushaltshilfe, dass der Versicherte während der Leistungen zur Teilhabe außerhalb seines Haushalts untergebracht ist. Dies ist bei stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation immer der Fall. Bei ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist der Anspruch auf Haushaltshilfe abhängig vom Umfang der zeitlichen Abwesenheit von zu Hause.

1.1.1 Weiterführung des Haushalts

In der vorgenannten Vorschrift (vergleiche Abbildung 3) ist allerdings noch eine weitere Voraussetzung enthalten. Der Anspruch auf Haushaltshilfe wird davon abhängig gemacht, dass der Versicherte den Haushalt bisher, das heißt unmittelbar vor Beginn der Leistung, selbst geführt hat. Dies ergibt sich aus der Formulierung, in der von "Weiterführung des Haushalts" gesprochen wird. Es muss daher nachgewiesen oder zumindest glaubhaft gemacht werden, dass die Führung des Haushalts vom Versicherten selbst vorgenommen wurde.

Eine Gewährung dieser Leistung wäre nicht möglich, wenn der Haushalt bisher schon von Dritten, zum Beispiel von einer Hausangestellten geführt wurde. Es muss also zwingend eine Veränderung in der Haushaltsführung als Folge der Leistung zur Teilhabe entstanden sein.

Beispiel 1:

Auf Grund der ganztägigen Erwerbstätigkeit beider Ehegatten wird seit einiger Zeit der Haushalt von der Tante der Versicherten vollständig geführt.

Lösung:

In diesem Fall ist ein Anspruch auf Haushaltshilfe nicht gegeben, da die Haushaltsführung bisher nicht von der Versicherten selbst, sondern von einer Dritten erledigt wurde.

Sind beide Ehegatten zugleich erwerbstätig, ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die Erledigung der wesentlichen Hausarbeiten einschließlich Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder anderweitig sichergestellt ist (Unterbringung in einer Kindertagesstätte, Mitbetreuung durch Nachbarn und so weiter). In diesem Fall steht keine Haushaltshilfe zu.

Sind beide Ehegatten aber zu unterschiedlichen Zeiten (Gegenschicht) beschäftigt, besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe. In diesem Fall ist davon auszugehen, dass die Haushaltsführung geteilt wird, und jeder der Eheleute den Haushalt und die Kinder jeweils zu der Zeit betreut, während der andere seiner Beschäftigung nachgeht.

Beispiel 2:

Der Versicherte Markus L. arbeitet mit seiner Frau in Gegenschicht. Er arbeitet von 7.00 bis 16.30 Uhr und seine Frau von 15.30 bis 21.00 Uhr. Der Haushalt und das Kind wurden bisher von beiden Eheleuten versorgt. Herr L. nimmt im Oktober an einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation teil.

Lösung:

Hier besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe, da durch die Teilnahme an der Rehabilitation eine Versorgungslücke entsteht. Während der Zeit von 15.30 bis 16.30 Uhr waren der Haushalt und das Kind schon vor der Leistung zur medizinischen Rehabilitation unversorgt. Damit besteht für diese Stunde kein Anspruch auf Haushaltshilfe**.**

1.1.2 Fehlen einer zur Weiterführung des Haushalts geeigneten Person

Ferner ist die Gewährung der Haushaltshilfe davon abhängig, dass eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann (vergleiche Abbildung 3). Hiermit ist eine Rangfolge in der Weise geschaffen worden, dass die Fortführung des Haushalts in erster Linie von den Haushaltsmitgliedern selbst sicherzustellen ist. Eine Ausnahme besteht dann, wenn das in Frage kommende Haushaltsmitglied aus einem besonderen Grund die Haushaltsführung nicht übernehmen kann. Dafür können berufliche sowie während der Aus- und Fortbildung auch schulische Verpflichtungen ausschlaggebend sein. Des Weiteren können auch körperliche oder altersmäßige Gründe die Person hindern, den Haushalt zu führen.

Beispiel:

In einem Haushalt lebt neben den Eheleuten und den Kindern auch die pflegebedürftige Mutter der Versicherten. Die Versicherte ist Hausfrau, der Ehemann ist ganztags erwerbstätig.

Lösung:

Da die Hausarbeiten bisher von der Versicherten selbst verrichtet wurden und eine andere im Haushalt lebende Person hierfür nicht herangezogen werden kann, besteht Anspruch auf Haushaltshilfe. Der Ehegatte ist auf Grund seiner Erwerbstätigkeit, die Mutter wegen der eigenen Pflegebedürftigkeit an der Weiterführung des Haushalts gehindert.

Junge Erwachsene, die das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben und im Haushalt leben, können zur Weiterführung herangezogen werden, wenn ihre schulischen und beruflichen Verpflichtungen dies zulassen.

Zu prüfen ist in jedem Fall, ob Haushaltsmitglieder zumindest teilweise die Haushaltsführung übernehmen können. Ist der Ehegatte zum Beispiel nur „nach Feierabend“ beziehungsweise an den Wochenenden oder während eines bezahlten Urlaubes zur Haushaltsführung in der Lage, steht Haushaltshilfe lediglich in entsprechend eingeschränktem Umfang zu. Das heißt im Normalfall werden für fünf Tage der Woche Kosten erstattet. Hiervon kann abgewichen werden, wenn tatsächlich eine Versorgung auch an den Wochenenden zum Beispiel infolge Auslandsmontage, nicht möglich ist.

Ein durchgehender Anspruch, also auch während arbeitsfreier Tage besteht auch dann, wenn ein alleinerziehender Versicherter an einer Leistung zur Teilhabe teilnimmt.

1.1.3 Vorhandensein eines Kindes

Weitere Voraussetzung für die Gewährung von Haushaltshilfe ist, dass 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. Als Kind in diesem Sinne kommt jedes auf Dauer im Haushalt lebende Kind in Betracht, ohne Rücksicht darauf, ob es zum Versicherten rechtlich in einer Angehörigenbeziehung steht.

Beispiel 1:

In der Zeit vom 14.07.2026 bis 04.08.2026 wird eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt. Die Tochter Leoni, geb. am 22.07.2015, lebt im Haushalt. Für die gesamte Leistung zur medizinischen Rehabilitation wird Haushaltshilfe beantragt.

Lösung:

Eine Haushaltshilfe steht zu, da das Kind bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Beispiel 2:

Der Haushalt eines älteren Ehepaares wurde bisher allein von der Versicherten geführt. Im Haushalt lebt außerdem seit längerer Zeit das siebenjährige Enkelkind, dessen alleinerziehende Mutter eine Berufstätigkeit ausübt.

Lösung:

Der Anspruch auf Haushaltshilfe ist gegeben, da eine Veränderung in der Haushaltsführung entsteht, das Enkelkind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und im Haushalt der Versicherten dauerhaft lebt.

Für Kinder, die behindert sind, gilt die Altersbegrenzung grundsätzlich nicht. Behindert und auf Hilfe angewiesen sind Kinder, die nicht nur vorübergehend und in erheblichem Umfang der Pflege und Beaufsichtigung bedürfen. Die Aufhebung der Altersgrenze von 12 Jahren gilt nur für Kinder, bei denen die Behinderung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, bei Schulausbildung und Berufsausbildung bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres eingetreten ist.

Beispiel 3:

Ein Kind**,** geboren am 23.10.1995**,** erlitt infolge eines Unfalles im Alter von 17 Jahren Verletzungen, die dauernde Hilfebedürftigkeit auslösten. Für die Mutter des Kindes wird im Jahr 2026 eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt**.**

Lösung:

Ein Anspruch auf Haushaltshilfe besteht, obwohl das Kind das zwölfte Lebensjahr bereits vollendet hat, da das Kind behindert und die Behinderung vor Vollendung des 18. Lebensjahres eingetreten ist.

1.1.4 Sachleistung: „Haushaltshilfe“

In den Abschnitten 1.1.1 und 1.1.2 wurde festgehalten, dass der Anspruch auf Haushaltshilfe vom Entstehen einer Versorgungslücke abhängig ist. Daraus kann abgeleitet werden, dass die "Haushaltshilfe-Tätigkeiten" Verrichtungen sind, die Einkauf und Zubereitung von Mahlzeiten sowie Pflege von Wohnung und Kleidung beinhalten. Eine weitere wichtige Aufgabe ist die Betreuung und Beaufsichtigung der Kinder.

Nach § 74 Absatz1 letzter Satz SGB IX muss für die endgültige Feststellung der Leistung eine weitere Rechtsgrundlage berücksichtigt werden. Es handelt sich hierbei um eine Vorschrift aus dem Recht der Krankenversicherung, nämlich § 38 Absatz 4 SGB V. Nach dieser Vorschrift ist die Haushaltshilfe dem Grunde nach von den Leistungsträgern (Krankenkassen oder Rentenversicherungsträger etc.) als Sachleistung zu gewähren. Das heißt, dass die einzelnen Träger Personen zu Verfügung stellen müssten, welche die Tätigkeit einer Haushaltshilfe wahrnehmen.

Da die Reha-Träger über hierfür geeignetes Personal nicht verfügen, ist der Versicherte berechtigt, sich eine Ersatzkraft selbst zu beschaffen. Diese Verfahrensweise ist aus der Sicht aller Beteiligten sinnvoll. Für die Leistungsträger ist eine Anstellung von entsprechenden Personen nicht praktikabel, weil eine volle Auslastung dieser Kräfte nicht möglich wäre. Der Versicherte hat zudem die Möglichkeit, eine Person seines Vertrauens mit der Weiterführung des Haushalts sowie der Betreuung der Kinder zu beauftragen.

1.1.5 Höhe der Kostenerstattung

Eine Kostenerstattung für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe soll in angemessener Höhe vorgenommen werden. Es werden vom Kostenträger im Normalfall keine besonderen Bedingungen an die Ersatzkraft gestellt.

Die Kostenerstattung für die Inanspruchnahme einer Ersatzkraft soll die typischen Aufwendungen wie

- Vergütung der Tätigkeit,
- Fahrkosten,
- Verdienstausfall

abdecken.

Durch die Formulierung "in angemessener Höhe" soll eine überzogene Forderung der Haushaltshilfe beziehungsweise des Versicherten verhindert werden. Der tägliche Höchstbetrag wird aus 2,5 Prozent der sich aus § 18 SGB IV ergebenden monatlichen Bezugsgröße, auf- oder abgerundet auf den nächsten geraden, durch zwei teilbaren Euro-Betrag, ermittelt. Ist die Differenz zwischen dem errechneten Betrag und dem nächst höheren sowie dem nächst niedrigeren, geraden Betrag gleich, wird zu Gunsten des Versicherten aufgerundet.

Durch diese Regelung findet eine Anpassung an die wirtschaftlichen Verhältnisse statt, weil die Bezugsgröße in der Regel jährlich ansteigt.

Feststellung des täglichen Höchstbetrages

Die monatliche Bezugsgröße für 2026 beträgt	3.955,00 Euro
Davon wären 2,5 Prozent	98,88 Euro
Der tägliche Höchstbetrag ist	98,00 Euro

Als weitere Begrenzung ist eine Beschränkung der Anzahl der täglichen Einsatzstunden vorgenommen worden. Hierbei ist man von einem "normalen" Arbeitstag ausgegangen. Der Einsatz einer Haushaltshilfe ist im Höchstfall im Umfang von acht Stunden zu erstatten. Soweit die Ersatzkraft täglich weniger als acht Stunden erforderlich ist, ist als stündlicher Höchstbetrag ein Achtel des maßgeblichen Höchstsatzes zu erstatten. Das bedeutet für das Jahr 2026

12,25 Euro je Stunde.

Mit den genannten Höchstbeträgen sind alle anfallenden Aufwendungen einschließlich etwa entstehender Fahrkosten abgegolten.

Bei der angemessenen Zahl der Einsatzstunden kann der Rentenversicherungsträger seinen Ermessensspielraum nutzen. Das heißt, dass bei dem nötigen Einsatz von weniger als acht Stunden täglich die Umstände des Einzelfalles ausschlaggebend sind. Hier können insbesondere auch die sozialen Verhältnisse sowie die Anzahl, das Alter und der Gesundheitszustand der Kinder eine Rolle spielen.

Beispiel 1:

Die Versicherte Franziska P. nimmt an einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation teil. Vor dieser Leistung hat sie ihr behindertes Kind ganztags versorgt. Ihr Ehemann arbeitet täglich von 13.00 bis 20.00 Uhr.

Lösung:

Der Vater könnte unter normalen Umständen das Kind bis 13.00 Uhr versorgen und den Haushalt führen. Eine Versorgungslücke wäre also nur für die Dauer von sieben Stunden (13 bis 20 Uhr) entstanden. Die Behinderung erfordert jedoch eine intensive ganztägige Betreuung, deshalb kann in diesem Fall eine höhere Stundenzahl angesetzt werden.
Jedoch darf auch hier die tägliche Höchstgrenze von acht Stunden nicht überschritten werden.

Ein weiteres Beispiel für den bestehenden Ermessensspielraum ergibt sich, wenn eine im Haushalt lebende, ganztägig beschäftige Person (meistens Ehegatte) unbezahlten Urlaub nimmt, durch die Rehabilitation jedoch nur eine Versorgungslücke von 6 Stunden entsteht. In diesem Fall ist trotz der Versorgungslücke von lediglich 6 Stunden eine Erstattung von 8 Stunden angemessen, sofern nicht auch ein teilweiser unbezahlter Urlaub entsprechend der Versorgungslücke möglich ist.
Der Betreuungsperson entsteht ein, diese Vorgehensweise rechtfertigender, vollständiger Entgeltausfall. Zudem ist es bei unbezahltem Urlaub für den Beschäftigten sowie dessen Arbeitgeber nicht zumutbar, wenn für die restlichen zwei Stunden noch gearbeitet werden müsste.

In Bezug auf die Höhe der Kostenerstattung muss noch eine grundsätzliche Ausführung zu den Einsatzstunden gemacht werden:

Die Höhe der Gesamtvergütung für die Haushaltshilfe ist im Wesentlichen von der Zahl der Einsatzstunden im Haushalt abhängig. In welchem Umfang diese Stunden notwendig sind, hängt vom Einzelfall ab und liegt somit auch wieder im Ermessen des Rentenversicherungsträgers. Unbestritten ist jedoch, dass während Zeiten, in denen das Kind anderweitig „versorgt“ ist, zum Beispiel in der Schule oder im Kindergarten, nur in Einzelfällen die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe besteht. Nicht jeden Tag muss, während der Abwesenheit des Kindes, ein Hausputz oder Großeinkauf vorgenommen werden.

Beispiel 2:

Ein Kind befindet sich täglich von 8.00 bis 12.00 Uhr im Kindergarten. Der Ehemann der Versicherten geht von 7.00 bis 16.00 Uhr zur Arbeit. Die Versicherte ist Hausfrau und versorgt das Kind sowie den Haushalt. Während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation übernimmt dies eine Nachbarin.

Lösung:

Eine echte Versorgungslücke des Kindes entsteht in der Zeit von 7.00 bis 8.00 und von 12.00 bis 16.00 Uhr. Für diese Zeiten sind die Kosten für eine Haushaltshilfe zu übernehmen. Da neben der Betreuung des Kindes noch weitere „Haushaltstätigkeiten“ wie Einkaufen oder die Vorbereitung des Mittagessens und so weiter zu erledigen sind, können in begründeten Einzelfällen auch für weitere Zeiten, wie zum Beispiel von 11.00 Uhr bis 12.00 Uhr die Kosten für eine Haushaltshilfe übernommen werden.

Wenn sich der Versicherte eine Ersatzkraft selbst nicht beschaffen kann, besteht auch die Möglichkeit, eine Ersatzkraft einer karitativen Einrichtung in Anspruch zu nehmen. Die Notwendigkeit, eine Ersatzkraft einer solchen Einrichtung in Anspruch zu nehmen, wäre auch gegeben, wenn besondere familiäre Verhältnisse in dem zu versorgenden Haushalt vorliegen.

> **Beispiel 3:**
>
> In einem Haushalt leben drei Kleinkinder, wovon eines an Diabetes erkrankt ist. Die alleinerziehende Mutter nimmt an einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation teil**.**
>
> **Lösung:**
>
> Hier sind die Kosten für eine Ersatzkraft einer Einrichtung zu übernehmen. Bei dem vorliegenden Fall ist unbestritten eine qualifizierte Kraft erforderlich, da die Betreuung, vor allem des erkrankten Kindes, besondere Fähigkeiten (Abgabe von Insulin, Kochen einer speziellen Diät etc.) erfordert.

Trotzdem wird vom Versicherten erwartet, dass er bei der Beschaffung von Ersatzkräften in erster Linie auf Verwandte und Bekannte zurückgreift. Der Grund liegt darin, dass den Einrichtungen, die solche Fachkräfte zur Verfügung stellen, weitaus höhere Gebührensätze zu erstatten sind (zum Beispiel werden in Baden-Württemberg pro Tag über 200 Euro bezahlt). Darüber hinaus werden bei dieser Personengruppe die entstandenen Fahrkosten zusätzlich erstattet.

Eine in der Praxis häufig vorkommende Konstellation ist, dass die Haushaltshilfe mit dem Versicherten bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert, dann kommt eine Kostenerstattung grundsätzlich nicht in Betracht (vergleiche Abbildung 4).

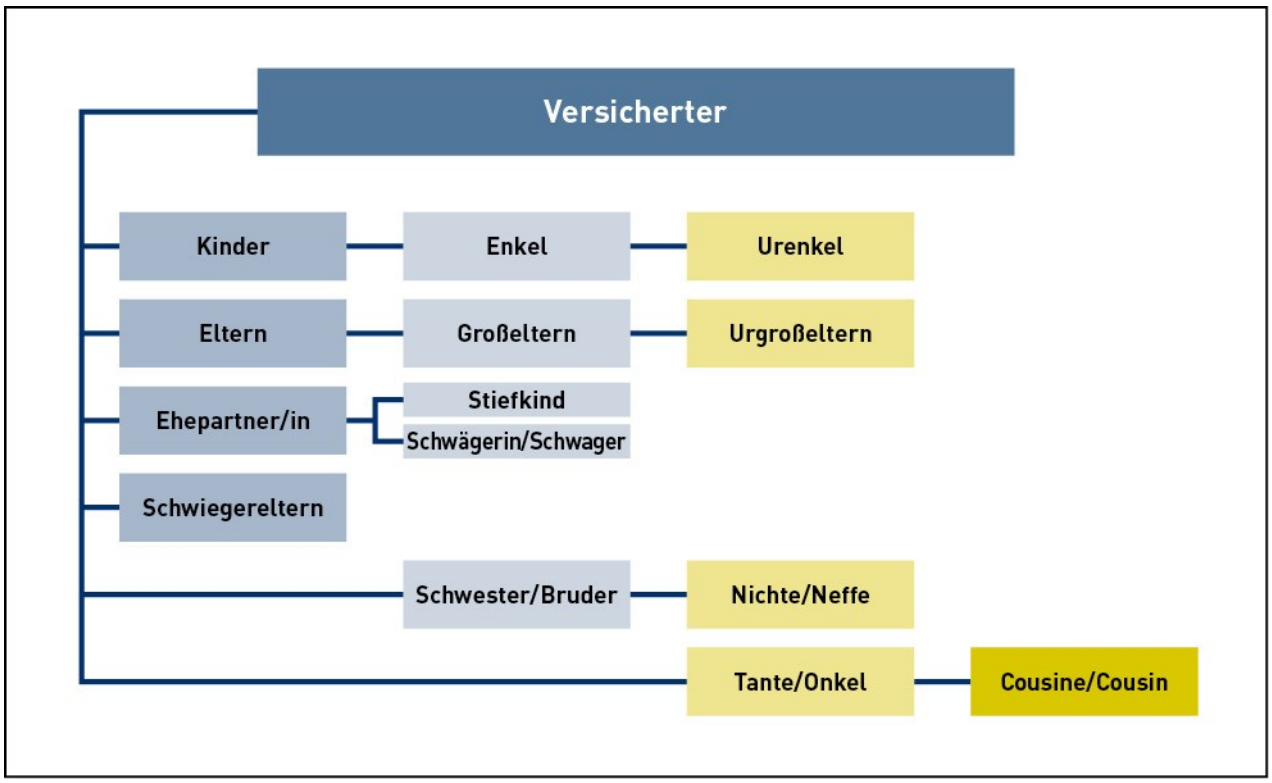
Verwandte bis zum zweiten Grad (§ 1589 BGB):

- Eltern,
- Kinder (einschließlich der ehelich erklärten und angenommenen Kinder),
- Großeltern,
- Enkelkinder,
- Geschwister.

Verschwägerte bis zum zweiten Grad (§ 1590 BGB):

- Stiefeltern,
- Stiefkinder,
- Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehegatten),
- Schwiegereltern,
- Schwiegerkinder (Schwiegersohn/Schwiegertochter),
- Schwiegerenkel (Ehegatten der Enkelkinder),
- Großeltern des Ehegatten,
- Stiefgroßeltern,
- Schwager/Schwägerin.

Abbildung 4: Verwandtschaft und Schwägerschaft



Bei diesen Personen können wir davon ausgehen, dass sie eine besondere "sittliche und moralische" Verpflichtung haben, ihre Hilfe anzubieten. Eine Kostenerstattung bei Verwandten und Verschwägerten bis zum 2. Grad kann dennoch erfolgen, sofern Fahrkosten und/oder Verdienstausfall entstehen. Eine Erstattung kann aber nur bis zur jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze erfolgen. Das bedeutet, der maximale Erstattungsbetrag pro Tag beträgt für das laufende Jahr 2026 = 281,67 Euro.

> **Beispiel 4:**
>
> Die Ersatzkraft ist die Schwester des Versicherten. Haushaltshilfe ist nur für eine Woche, und zwar vom 20.07.2026 (Montag) bis 24.07.2026 (Freitag) täglich acht Stunden erforderlich. Die Ersatzkraft weist für die Anreise am 20.07.2026 und die Rückreise am 24.07.2026 Fahrkosten in Höhe von insgesamt 470,- Euro nach.
>
> **Lösung:**
>
> Bei der Schwester des Versicherten handelt es sich um eine Verwandte bis zum 2. Grad. Daher werden nur die tatsächlich entstandenen Kosten erstattet. Die Erstattungsgrenze liegt bei 5 x 281,67 Euro = 1.408,35 Euro. Die Fahrkosten überschreiten den Höchstbetrag nicht und sind in Höhe von 470,- Euro zu erstatten.

Der Verdienstausfall wird im Rahmen der Haushaltshilfe auf Antrag erstattet, sofern er notwendigerweise entstanden ist. Die Erstattung von Verdienstausfall ist auf längstens zwei durchgehende Monate begrenzt.
Erstattungsfähig sind bei abhängig Beschäftigten das Nettoarbeitsentgelt zuzüglich nachgewiesener anteiliger Sonderzahlungen, begrenzt auf die jeweils geltende Beitragsbemessungsgrenze.

Beispiel 5:

Ein Verwandter bis zum 2. Grad leistet im Jahr 2026 Haushaltshilfe für insgesamt 16 Werktage. Für jeden dieser Tage entsteht ihm ein Nettoverdienstausfall von 195.- Euro.

Lösung:

Der nachgewiesene Nettoverdienstausfall liegt unter der täglichen Beitragsbemessungsgrenze von 281,67 Euro. Es sind daher 16 x 195 Euro = 3.120,00 Euro zu erstatten.

Generell gilt, dass nicht mehr erstattet wird, als vom Versicherten beantragt wurde.

Beispiel 6:

Eine nicht verwandte beziehungsweise verschwägerte Ersatzkraft macht geltend, für 11 Stunden täglich Haushaltshilfe geleistet zu haben, wobei sie pro Stunde eine Aufwandsentschädigung von 8,00 Euro fordert.

Lösung:

Es ist eine Begrenzung der täglichen Einsatzstunden auf 8 Stunden vorzunehmen. Des Weiteren ist nur der geltend gemachte Aufwandsersatz anzusetzen. Pro Tag werden 8 x 8,00 Euro = 68,00 Euro erstattet.

1.1.6 Mitnahme oder anderweitige Unterbringung des Kindes

In § 74 Absatz 2 SGB IX wird die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung des Kindes geregelt. Es besteht die Möglichkeit, dass der Versicherte das Kind in die Behandlungsstätte mitnimmt, wenn dessen Versorgung anderweitig nicht gewährleistet ist und der Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation hierdurch nicht gefährdet wird.
Von dieser Möglichkeit wird unter anderem auch bei Langzeitmaßnahmen, zum Beispiel Entwöhnungsbehandlungen, Gebrauch gemacht.

Beispiel 1:

Eine alleinerziehende Versicherte nimmt das noch nicht schulpflichtige Kind mit in die medizinische Rehabilitationseinrichtung. Hierfür berechnet die Reha- Klinik 80,00 Euro pro Tag. Das zweite schulpflichtige Kind wird während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der Nachbarfamilie betreut.

Lösung:

Zu erstatten sind sowohl 80,00 Euro an die Reha- Klinik als auch bis zu 98,00 Euro für die Nachbarfamilie.

Teilweise wird das sonst im Haushalt lebende Kind während der Rehabilitation des Versicherten außerhalb des eigenen Haushaltes versorgt. Es ist in der Praxis unter Umständen leichter, ein Kind bei Bekannten unterzubringen, als eine Haushaltshilfe zu beschaffen. Wird diese Form der Versorgung des Kindes gewählt, sind die nachgewiesenen Kosten bis zum Höchstbetrag zu erstatten.

Bei der Unterbringung in einer Kindertagesstätte oder Kinderkrippe sind ebenfalls die nachgewiesenen Kosten, höchstens der Betrag für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft zu erstatten.

War das Kind bereits bisher in einer solchen Einrichtung untergebracht, sind nur die Mehrkosten, die auf Grund der Leistungen zur Teilhabe entstehen, zu übernehmen.

Beispiel 2:

Ein Kind befand sich bisher fünf Stunden in einer Tagesstätte und verbleibt anlässlich der Rehabilitation der alleinerziehenden Mutter acht Stunden in dieser Einrichtung.

Lösung:

Hier können nur noch die Kosten für drei Stunden übernommen werden, da eine Veränderung durch die Rehabilitation nur für diese Zeit eintritt.

1.1.7 Dauer des Anspruchs auf Haushaltshilfe

Die Dauer und damit die zeitliche Begrenzung richten sich nach der erbrachten Leistung zur Teilhabe, welche die Haushaltshilfe notwendig macht. Für den Aufnahme- beziehungsweise Entlassungstag wird ebenfalls die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe angenommen.

Vereinzelt kann es erforderlich werden, die Ersatzkraft vor dem Antritt der Rehabilitation in den Haushalt einzuweisen und sie mit den besonderen Verhältnissen vertraut zu machen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn im Haushalt ein behindertes Kind lebt und der Hilfskraft die besonderen Pflegemethoden gezeigt werden müssen. Die hierdurch entstehenden Aufwendungen gehören bereits zur Haushaltshilfe.

1.1.8 Kosten für die Betreuung von Kindern

Besteht kein Anspruch auf Haushaltshilfe, können die Rehabilitationsträger sogenannte Kinderbetreuungskosten nach § 74 Absatz 3 SGB IX übernehmen. Voraussetzung ist, dass unvermeidbare Kosten durch die Ausführung der Leistung zur Teilhabe entstehen.

Nachgewiesene Aufwendungen für die Kinderbetreuungskosten können bis zu 200,00 Euro je Kind und Monat übernommen werden.

Umfasst die Betreuungszeit keinen vollen Kalendermonat, wird der monatliche Betrag mit der Anzahl der Kalendertage der erforderlichen Betreuung multipliziert und durch 30 Tage dividiert.

Beispiel:

Während einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom 09.04.2026 bis 30.04.2026 wird der 13-jährige Sohn von einer privaten Betreuungskraft versorgt.
Von der Leistungsempfängerin erhält diese insgesamt 220 Euro.

Lösung:

Bei der Ermittlung des Höchstbetrages für die Kinderbetreuung wird der monatliche Höchstsatz von 200 Euro mit der Anzahl der Rehabilitationstage multipliziert und durch 30 geteilt.

200 Euro x 22 : 30 = 146,67 Euro

Von den tatsächlich entstandenen Kinderbetreuungskosten in Höhe von 220 Euro können lediglich 146,67 Euro erstattet werden.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

1. Welche Voraussetzung für einen Anspruch auf Haushaltshilfe ist zwingend?

2. Wie ist die Altersbegrenzung bei Kindern festgelegt beziehungsweise bei welchen Personen gibt es keine Altersbegrenzung?

3. Welcher Zeitpunkt ist hinsichtlich der Altersbegrenzung bei gesunden Kindern entscheidungserheblich?

4. Für welche Entscheidung ist ausschlaggebend, ob die Haushaltshilfe bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist?

5. Welche Höchstgrenzen gibt es bei einer selbstbeschafften Ersatzkraft?

6. Unter welchen Umständen kann eine Fachkraft einer Organisation mit der Haushaltshilfe betraut werden?

7. Für eine Versicherte wird in der Zeit vom 16.09.2026 bis 07.10.2026 eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt. Im Haushalt leben noch die Tochter, geboren am 21.01.2015 und der berufstätige Ehemann. Die Versicherte war zuletzt Hausfrau. Sie beauftragt eine Nachbarin mit der Betreuung des Kindes und des Haushaltes für die Zeit ihrer Abwesenheit. Die Forderung der Nachbarin beträgt für acht Stunden täglich 75,00 Euro. In welcher Höhe können Kosten für die Haushaltshilfe erstattet werden?

1.2 Reisekosten (§ 73 SGB IX)

LERNZIELE

- Sie können die Voraussetzung für die Gewährung von Reisekosten nennen.
- Sie können die einzelnen Reisekosten benennen sowie ihre Besonderheiten erläutern.
- Sie können das Verfahren bei der Kostenübernahme für Familienheimfahrten erklären.

1.2.1 Fahrkosten und Transportkosten (§ 73 Absatz 1 SGB IX)

Grundsätzlich werden die Fahrkosten für die Benutzung eines

- regelmäßig verkehrenden
  und
- die geringsten Kosten verursachenden

Beförderungsmittels erstattet.

Es ist darauf zu achten, dass die jeweils günstigste und damit billigste Verbindung gewählt wird. Diese Bedingungen treffen in der Regel für öffentliche Verkehrsmittel zu (zum Beispiel Bahnfahrt 2. Klasse). Auch sollen mögliche Fahrpreisermäßigungen in Anspruch genommen werden (zum Beispiel auf Grund einer Schwerbehinderung).

Sollte wegen Art und Schwere der Behinderung kein günstigeres Beförderungsmittel erreichbar oder zumutbar sein, werden auch die Kosten für folgende Transportmittel übernommen:

- Bahnfahrt 1. Klasse,
- Mietwagen/ Taxi,
- Krankentransportfahrzeug.

Es ist jeweils im Einzelfall zu entscheiden, welches der oben genannten Transportmittel verwendet werden soll.

Von einer behinderungsbedingten Unzumutbarkeit der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel ist insbesondere bei Nachweis einer Behinderung (GdB) von mindestens 80 sowie dem Merkzeichen „G“ (Gehbehinderung) im Behindertenausweis beziehungsweise ausschließlich bei dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung) im Behindertenausweis auszugehen. Darüber hinaus gehen die Träger der Rentenversicherung bei bestimmten Maßnahmearten (zum Beispiel Anschlussrehabilitation nach schweren orthopädischen Operationen) grundsätzlich von der Unzumutbarkeit aus.

Beispiel:

Für einen Versicherten soll nach der Implantation eines künstlichen Hüftgelenkes eine Anschlussrehabilitation (AHB) durchgeführt werden**.** Der Versicherte ist noch stark gehbehindert, dadurch ist ihm auch die Benutzung seines Pkws nicht möglich. Ein Angehöriger, der den Transport übernehmen könnte, steht nicht zur Verfügung.

Lösung:

Auf Grund der Schwere der Erkrankung ist die Benutzung des öffentlichen Verkehrsmittels nicht zumutbar. Hier kommt die Erstattung der Kosten für ein Krankentransportfahrzeug beziehungsweise ein Taxi in Betracht, da die Benutzung eines Privat-Pkw ebenfalls nicht möglich ist.

Gepäcktransportkosten (ohne Gepäckversicherung) werden grundsätzlich, in der Regel für zwei Koffer, erstattet. Darüber hinaus gehende Kosten, zum Beispiel Transportkosten für ein Fahrrad und so weiter, werden nicht übernommen.

1.2.2 Wegstreckenentschädigung (§ 73 Absatz 4 SGB IX)

Bei Benutzung eines privateigenen Kraftfahrzeuges ist als Fahrkosten eine Entschädigung nach § 73 Absatz 4 SGB IX zu leisten, auch wenn ein regelmäßig verkehrendes Beförderungsmittel hätte benutzt werden können.

Als Aufwendungsersatz ist bei Pendlern während der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für jeden vollen Kilometer der Entfernung zwischen Wohnung und Ausführungsort und zurück der Betrag von 0,20 Euro für jeden Kilometer anzusetzen.

Eine Festlegung einer weiteren Obergrenze ist gesetzlich nicht vorgesehen. Es muss in jedem Fall eine Einzelfallentscheidung getroffen werden. Es muss die individuelle Begrenzungsregelung nach § 73 Absatz 4 Satz 3 SGB IX geprüft werden.

Bei einer **auswärtigen Unterbringung** ist für die An- und Abreise sowie für Familienheimfahrten (vergleiche Ziffer 1.2.5) eine Kilometerpauschale von 0,20 € für jeden vollen Kilometer der Entfernung anzusetzen. Hier ist jedoch eine Höchstbegrenzung gemäß § 5 Absatz 1 Bundesreisekostengesetz von 130 Euro zu beachten.

Beispiel 1:

Ein Versicherter fährt mit seinem PKW von seinem Wohnort nach Bad Wurzach zur dortigen Rehabilitationsklinik. Er benutzt sein Kraftfahrzeug**.** Die gefahrene Strecke der An- und Rückreise beträgt insgesamt 621 km.

Lösung:

Für die Benutzung des Privatwagens werden 0,20 Euro für 621 Kilometer erstattet.

Die Erstattung beträgt für 621 km je 0,20 Euro insgesamt 124,20 Euro.

Eine Begrenzung auf 130 Euro ist nicht erforderlich.

Beispiel 2:

Ein Versicherter besucht im Rahmen einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben eine Meisterschule. Der Unterricht findet von Montag bis Freitag statt. Der Versicherte legt die einfache Strecke von 42 km täglich mit seinem PKW zurück. Eine Unterbringung und Verpflegung vor Ort hätte Kosten in Höhe von 800 Euro für 20 Tage verursacht.

Lösung:

Ausgehend von einem Monat mit 20 Werktagen ergibt sich folgende Berechnung:

Tägliche Erstattung:

84 km x 0,20 Euro = 16,80 Euro
20 Tage x 16,80 Euro = 336,00 Euro

dieser Betrag liegt unter den Kosten für eine Unterbringung vor Ort von 800 Euro. Es sind daher 336,00 Euro auszuzahlen**.**

1.2.3 Verpflegungskosten (§ 73 Absatz 1 SGB IX)

Verpflegungskosten werden nur dann erbracht, wenn eine zwingende Abwesenheit vom Wohn-/ Aufenthaltsort des Versicherten von mehr als acht Stunden vorliegt. Das heißt, bei einer Reisedauer

bis zu acht Stunden	=	kein Verpflegungskostenersatz,
mehr als acht Stunden	=	Gewährung von Verpflegungskosten.

Die Erstattung erfolgt nach dem Bundesreisekostengesetz (BRKG). Es werden die Pauschalsätze des § 9 BRKG zu Grunde gelegt. Danach beträgt das Verpflegungsgeld bei einer Fahrtdauer:

- von mindestens acht und weniger als vierundzwanzig Stunden 14,00 Euro.
- von vierundzwanzig Stunden 28,00 Euro.

Beispiel:

Eine Versicherte ist von ihrem Wohnort bis zur Reha - Einrichtung neun Stunden unterwegs.

Lösung:

Es werden Verpflegungskosten in Höhe von 14,00 Euro erstattet. Die Reisedauer betrug mehr als acht Stunden, jedoch weniger als vierundzwanzig Stunden.

1.2.3.1 Besonderheiten bei ambulanten Leistungen zur Teilhabe

Bei Pendlern, die länger als 8 Stunden von zuhause abwesend sind, wird anstelle von Verpflegungsgeld ein Zuschuss zum Mittagessen in Höhe einer monatlichen Pauschale von 70,30 Euro gewährt. Bei Teilmonaten beträgt der „Tagessatz“ 3,80 Euro.

1.2.4 Begleitperson

Die Reisekosten werden auch übernommen für eine Begleitperson, die nach ärztlicher Beurteilung erforderlich ist. Beispielsweise werden bei Entwöhnungsbehandlungen die Kosten für eine Begleitperson grundsätzlich erstattet.

Eine Kostenerstattung erfolgt in dem Umfang, wie bereits in den Abschnitten 1.2.1 bis 1.2.3 genannt. Ein eventuell entstandener Verdienstausfall kann nur erstattet werden, wenn sich die Begleitung über den gesamten Maßnahmezeitraum (zum Beispiel bei Kinderheilbehandlungen) erstreckt. Die Höhe richtet sich nach dem Bruttoarbeitsentgelt, maximal bis zur Beitragsbemessungsgrenze.

1.2.5 Familienheimfahrten (§ 73 Absatz 2 und 3 SGB IX)

Ursprünglich waren die Familienheimfahrten nur für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorgesehen. Man war der Ansicht, dass vor allem bei länger dauernden Leistungen der Kontakt zu der Familie, sonstigen Angehörigen und Bekannten sehr wichtig und notwendig sei. Zwischenzeitlich wurde jedoch aus den gleichen Gründen die Möglichkeit der Familienheimfahrten auch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgeweitet.

Das Gesetz sieht die Erstattung der Reisekosten im Regelfall für zwei Heimfahrten im Monat vor (vergleiche Abbildung 6). Die Familienheimfahrten an Feiertagen wie Ostern oder Weihnachten oder anlässlich von Ferien werden auf die Gesamtzahl der Familienheimfahrten angerechnet.

Im Jahr werden die Kosten für höchstens 24 Familienheimfahrten übernommen. Im letzten Teilmonat der Leistung besteht ein Anspruch auf eine weitere Familienheimfahrt, sofern dieser länger als 14 Tage andauert.

Wie oben bereits angeklungen, werden zwischenzeitlich auch bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Kosten für Familienheimfahrten übernommen. Dies setzt aber voraus, dass die Leistung insgesamt länger als acht Wochen andauert. Ist diese Voraussetzung jedoch erfüllt, gelten für die Familienheimfahrten dieselben Grundsätze wie bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Beispiel:

Ein Versicherter nimmt in der Zeit vom 22.06.2026 bis 09.12.2026 an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben mit internatsmäßiger Unterbringung teil. Die Kosten für wie viele Familienheimfahrten können maximal übernommen werden.

Lösung:

Da pro Monat die Kosten für zwei Familienheimfahrten übernommen werden können, ergibt sich zunächst folgende Anzahl an Familienheimfahrten:

vom 22.06.2026 bis 21.07.2026	= 2 Familienheimfahrten
vom 22.07.2026 bis 21.08.2026	= 2 Familienheimfahrten
vom 22.08.2026 bis 21.09.2026	= 2 Familienheimfahrten
vom 22.09.2026 bis 21.10.2026	= 2 Familienheimfahrten
vom 22.10.2026 bis 21.11.2026	= 2 Familienheimfahrten.

Da der letzte Teilmonat (= 22.11.2026 bis 09.12.2026) länger als 14 Tage ist, können die Kosten für eine weitere Familienheimfahrt übernommen.

Insgesamt können damit Kosten für elf Familienheimfahrten übernommen werden.

Zusätzlich zu den vorgenannten Familienheimfahrten können im Falle des Todes oder einer lebensbedrohenden Krankheit von Angehörigen die Kosten für weitere Familienheimfahrten übernommen werden.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

8. Ein Versicherer nimmt an einer ganztägig ambulanten Leistung zur med. Rehabilitation teil. Die Maßnahme umfasst insgesamt 23 Therapietage. Zur täglichen Anreise benutzt der Versicherte seinen PKW. Die einfache Entfernung zwischen dem Wohnort des Versicherten und der Reha- Einrichtung beträgt 13 km. Wie hoch sind die dem Versicherten zu erstattenden Fahrkosten?

9. Bei welchen Personengruppen ist eine Begleitperson häufig notwendig?

10. Unter welchen Voraussetzungen werden Verpflegungskosten währen der An- und Rückreise übernommen?

11. Ein Versicherter nimmt an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben teil. Diese beginnt am 10.08.2026 und dauert drei Monate. Wie viele Familienheimfahrten werden vom Rentenversicherungsträger übernommen?

12. Gleicher Sachverhalt wie Frage 11, jedoch nimmt der Versicherte an einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation teil. Wie ist dann die Entscheidung bezüglich der Kosten für die Familienheimfahrt?

1.3 Rehabilitationssport (§ 64 Absatz 1 SGB IX)

LERNZIELE

- Sie können die Definition des Rehabilitationssports und des Funktionstrainings nennen sowie zwischen beiden Begriffen unterscheiden.
- Sie können den Zweck des Rehabilitationssports/ Funktionstrainings erläutern und die Zuständigkeit für diese Leistung feststellen.

Die Träger der Rehabilitation haben für diesen Leistungsbereich eine Gesamtvereinbarung getroffen. Diese Vereinbarung soll sicherstellen, dass Rehabilitationssport (früher Behindertensport) und Funktionstraining als ergänzende Leistungen nach einheitlichen Grundsätzen gewährt beziehungsweise gefördert werden. In dieser Vereinbarung wird klar zwischen Rehabilitationssport und Funktionstraining unterschieden. Hiernach wirkt der Rehabilitationssport mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich auf den Versicherten ein, um insbesondere die Ausdauer, Koordination, Flexibilität und Kraft zu stärken. Das Funktionstraining hingegen wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und der Ergotherapie gezielt auf spezielle Körperregionen der Versicherten (zum Beispiel auf Muskeln, Gelenke und so weiter). Zu den Funktionstrainingsarten zählen Trocken- und Wassergymnastik. Sowohl der Rehabilitationssport als auch das Funktionstraining können grundsätzlich bei jeder Behinderungsart in Betracht kommen. Das Funktionstraining wird hauptsächlich bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates eingesetzt.

Nach der heutigen Ansicht, auch im Hinblick auf die Qualitätssicherung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, gewinnt der Rehabilitationssport/ Funktionstraining zunehmend an Bedeutung. Auch sollen die Versicherten aktiv an der Sicherung des Rehabilitationserfolges mitwirken, indem sie gelernte Übungen nach der Rehabilitationsleistung zu Hause fortsetzen. Nachdem durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) eine Wiederholungsmaßnahme erst nach 4 Jahren möglich ist, wird der Rehabilitationssport/ Funktionstraining vermehrt in Anspruch genommen.

Der Sinn und Zweck des Rehabilitationssports/ Funktionstrainings ist es, das Rehabilitationsziel zu erreichen oder zu sichern; das heißt also, den Versicherten auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern. Des Weiteren soll durch den Rehabilitationssport beziehungsweise Funktionstrainings, der unter ärztlicher Betreuung/ Überwachung stattfindet, der Versicherte in die Lage versetzt werden, die sportlichen Übungen später selbständig fortzuführen. Es werden verschiedene Arten des Rehabilitationssports durchgeführt. Vor allem sind dies Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen und Bewegungsspiele in Gruppen.

Bei der Frage nach dem zuständigen Leistungsträger für den Rehabilitationssport/ Funktionstraining muss man grundsätzlich feststellen, dass für den ambulanten Rehabilitationssport die Krankenversicherung zuständig ist. Der Rentenversicherungsträger ist nur dann zuständig, wenn sich die Notwendigkeit zum Rehabilitationssport während einer vom Rentenversicherungsträger durchgeführten Leistung zur medizinischen Rehabilitation ergibt.

Folgende Voraussetzungen für die Gewährung des Rehabilitationssports beziehungsweise Funktionstrainings müssen erfüllt sein:

- Diese Leistungen müssen vom Arzt der Reha-Klinik verordnet sein. (Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn der Rehabilitationssport beziehungsweise das Funktionstraining nicht
  innerhalb von 3 Monaten nach der Entlassung aus der Reha-Einrichtung begonnen wird).
- Der Rehabilitationssport muss unter ärztlicher Betreuung und Überwachung stattfinden.
- Das Funktionstraining muss unter fachkundiger Anleitung und Überwachung stattfinden.
- Diese Leistungen müssen in Gruppen durchgeführt werden.

Der Rehabilitationssport/ Funktionstraining wird längstens für einen Zeitraum von sechs Monaten gewährt. Rehabilitationssport kann in Ausnahmefällen bis zu zwölf Monaten, zum Beispiel bei Rückenmarkschäden, gewährt werden.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

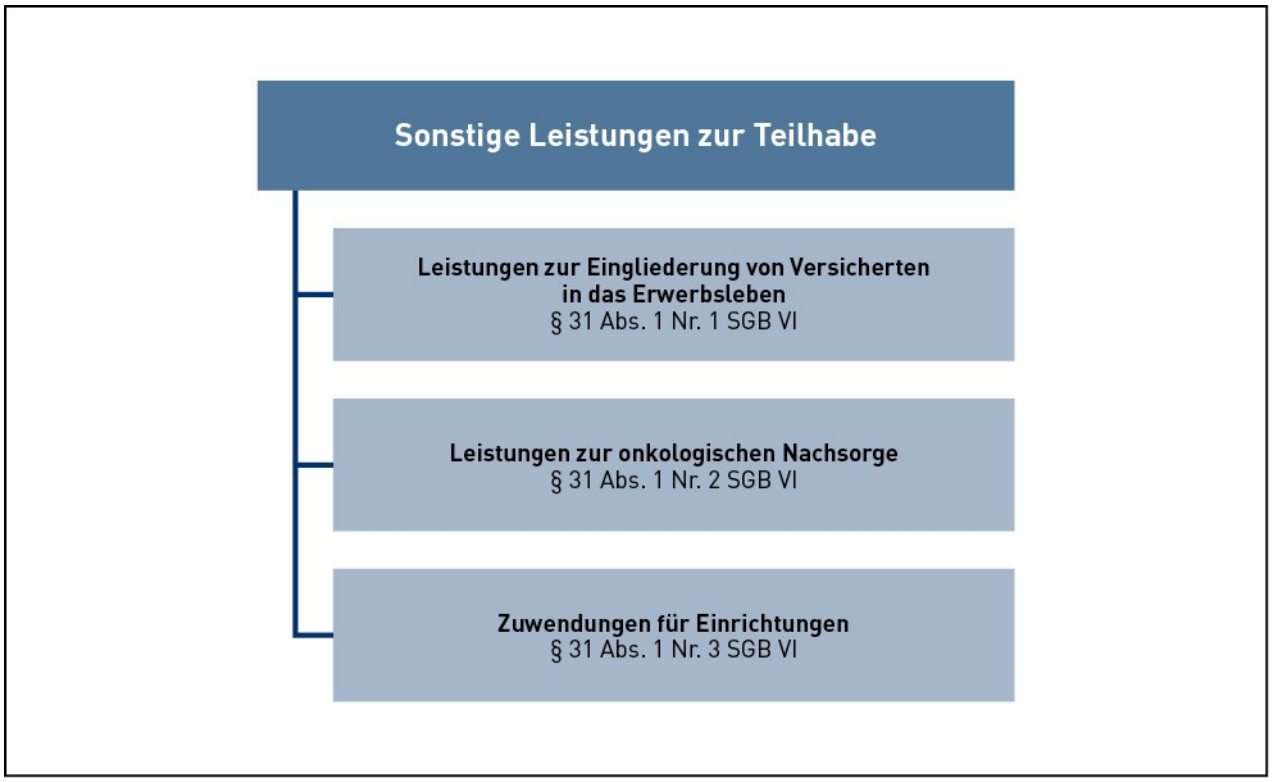
13. Worin besteht der Unterschied zwischen Freizeitsport und Rehabilitationssport?

14. Nach einer Bandscheibenoperation ohne anschließende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation soll ein Versicherter am Rehabilitationssport teilnehmen. Wer ist in diesem Fall der Kostenträger für den Rehabilitationssport?

15. Für wie viele Monate wird Rehabilitationssport gewährt?

2. Sonstige Leistungen zur Teilhabe

Abbildung 5: Sonstige Leistungen zur Teilhabe



2.1 Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben (§ 31 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI)

LERNZIELE

- Sie können die oben genannten Leistungen aufzählen und die Anspruchsvoraussetzungen für diese Leistungen im Einzelfall prüfen.
- Sie können den Leistungsumfang sowie den zuständigen Leistungsträger bestimmen.
- Sie können Beispiele für Eingliederungsleistungen benennen.

2.1.1 Richtlinien

Nach § 31 Absatz 2 Satz 3 SGB VI kann die Deutsche Rentenversicherung Bund im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales Richtlinien erlassen, die insbesondere die Ziele sowie Art und Umfang der Leistungen näher ausführen.

Diese Richtlinien sind bislang (Stand 01.2024) noch nicht erlassen worden. Insoweit ist davon auszugehen, dass die "Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB VI für Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben" vom 10. 12. 1991 in der Fassung vom 22.09.2015 weiter Gültigkeit haben. Diese Richtlinien und deren Anwendungsempfehlungen vom 27.11.1991 in der Fassung vom 22.09.2015 bilden die Grundlage für die Leistungserbringung durch die Träger der Rentenversicherung.

2.1.2 Voraussetzungen und Art der Leistungen

Eingliederungsleistungen werden nur erbracht, wenn die Versicherten sowohl die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI als auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 SGB VI erfüllen und keine Ausschlussgründe nach § 12 SGB VI gegeben sind. Diese Voraussetzungen entsprechen im Wesentlichen denjenigen für die Leistungen nach §§ 15 ff SGB VI. Insoweit wird auf Studientext Nummer 12 "Leistungen zur Teilhabe" verwiesen.

Sonstige Leistungen nach § 31 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI kommen nur dann in Betracht, wenn diese nicht bereits als Leistungen nach den §§ 14,15, 15a, 16 und 17 SGB VI, sowie als ergänzende Leistungen nach § 64 SGB IX erbracht werden können.

2.1.3 Die Leistungen im Einzelnen und Zuständigkeit

(1) Rehabilitationsvorbereitung

Therapieverlauf und -erfolg hängen in hohem Maße von der Motivation und den Erwartungen der Patienten sowie ihrer Bereitschaft zur aktiven Teilnahme ab, sodass eine gezielte Vorbereitung auf die Rehabilitation sinnvoll ist. Zur Rehabilitationsvorbereitung nach § 4 der Eingliederungsrichtlinien können gehören (vergleiche auch Abbildung 8):

- vorbereitende Informationsveranstaltungen vor einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation;
- die Übernahme der Kosten für ein Vorstellungsgespräch in einer Rehabilitationseinrichtung zur Klärung, ob die vorgesehene Klinik geeignet ist und zur Bestimmung eines angemessenen therapeutischen Ansatzes, insbesondere bei Vorliegen psychischer und psychosomatischer Erkrankungen;
- die Übernahme von Kosten für eine Gewichtsreduktion oder Nikotinentwöhnung, wenn diese für den Erfolg der Rehabilitationsleistung erforderlich erscheint.

Beispiel 1:

Für die Versicherte Monika S. wurde eine stationäre Entwöhnungsmaßnahme bewilligt. Frau S. ist schon seit Jahren alkoholabhängig.

Die Therapeuten, der vom Rentenversicherungsträger ausgewählten Rehabilitationsklinik wollen vor Beginn der Rehabilitation mit der Versicherten ein Vorstellungsgespräch führen. Vom Ergebnis dieses Gesprächs ist es abhängig, ob die Versicherte in dieser Klinik die Suchtmittelentwöhnung beginnen kann, oder ob für sie eine andere Einrichtung ausgewählt werden muss, die in der Lage ist, besonders schwere Krankheitsbilder zu behandeln.

Für das Vorstellungsgespräch stellt die Rehabilitationseinrichtung dem Rentenversicherungsträger keine Kosten in Rechnung. Der Versicherten sind aber Fahrkosten entstanden, die sie erstattet haben möchte.

Lösung:

Die Fahrkosten sind vom Rentenversicherungsträger als Leistungen zur Eingliederung (Rehabilitationsvorbereitung) zu übernehmen**.**

Beispiel 2

Ein Versicherter beantragt eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Der zuständige Rentenversicherungsträger stellt fest, dass die Hauptursache für die Rehabilitationsbedürftigkeit ein Bluthochdruck ist, der möglicherweise in Zusammenhang steht mit dem erheblichen Übergewicht des Versicherten. (Zum Zeitpunkt der Antragstellung wiegt der Versicherte 115 kg bei einer Körpergröße von 178 cm).

Der ärztliche Dienst des Rentenversicherungsträgers ist der Auffassung, dass eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation nur dann Aussicht auf Erfolg hat, wenn der Versicherte bereits vor Antritt der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sein Übergewicht um mindestens fünf Kilogramm reduziert hat.

Lösung:

Der zuständige Rentenversicherungsträger gewährt also vorläufig nicht unmittelbar die Leistung zur medizinischen Rehabilitation, sondern übernimmt zunächst die Kosten für ein jeweils an zwei aufeinander folgenden Wochenenden durchgeführtes Seminar, in welchem Hinweise zur Gewichtsreduktion und zur diätetischen Lebensweise gegeben werden.

(2) Weitere Eingliederungsleistungen

Weitere Leistungen nach § 31 Absatz 1 Nummer 1 sind beispielsweise:

- Maßnahmen zur Verhaltensänderung oder Konfliktbearbeitung für Angehörige/ Partner von Rehabilitanden während der stationären Leistung.

- Sprech-, Stimm- und Sprachtherapie.

- Ergotherapie und neuropsychologisches Training (insbesondere Hirnleistungs-, Gedächtnis-, cerebrales Sehleistungstraining/ Sehschule).

- Begleitende Hilfen zur Rehabilitation, die dem Versicherten die Teilnahme an der Rehabilitation ermöglichen sollen, zum Beispiel die Versorgung von Kindern, für die kein Anspruch auf Haushaltshilfe besteht, oder die Versorgung von alten oder behinderten Familienangehörigen.

.

Beispiel 3:

Für eine Versicherte wurde eine stationäre Rehabilitation bewilligt. Die Versicherte ist alleinerziehend und befindet sich in einem Teilzeitbeschäftigungsverhältnis. Sie ist aktuell arbeitsunfähig, weswegen die Rehabilitation kurzfristig angetreten werden sollte. Ihre 13-jährige Tochter ist nicht behindert, sie hat sich aber ausgerechnet kurz vor der Rehabilitation ihrer Mutter einen Beinbruch zugezogen und ist damit so stark beeinträchtigt, dass sie zumindest für ein bis zwei Stunden täglich betreut werden muss. Die Tochter benötigt zwar keine Hilfe bei der Körperhygiene oder beim Ankleiden. Es muss aber eine Betreuungsperson vor Ort sein, die die Einkäufe erledigt und die Mahlzeiten zubereitet.

Lösung:

Die Versicherte hat keinen Anspruch auf Haushaltshilfe nach §§ 64, 74 SGB IX da ihr Kind zu Beginn der Rehabilitation das 12. Lebensjahr bereits vollendet hat. Insoweit kann hier eine Kostenübernahme in Form von Haushaltshilfe nicht erfolgen.

Dennoch ist es möglich, dass der Rentenversicherungsträger die Betreuungskosten in diesem Einzelfall übernimmt, und zwar als sogenannte begleitende Hilfen zur Rehabilitation, die der Versicherten die Teilnahme an der Rehabilitation ermöglichen sollen.

Was die Höhe der Kostenerstattung angeht, bietet es sich an, dass sich der Rentenversicherungsträger an den Kostensätzen orientiert, die im Rahmen der Haushaltshilfe gezahlt werden. Sollte sich also beispielsweise eine nicht mit der Versicherten verwandte Nachbarin bereiterklären die Betreuungsleistungen zu übernehmen, so könnte für jede Einsatzstunde im Jahr 2026 der Betrag von 12,25 Euro vergütet werden.

Beispiel 4

Für den Versicherten Karlheinz Freitag wurde eine stationäre Rehabilitation bewilligt. Herr F. hat eine behinderte Ehefrau, die morgens und abends Hilfe benötigt. Diese Betreuung übernimmt normalerweise Herr F. selbst, Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung stehen nicht zu.

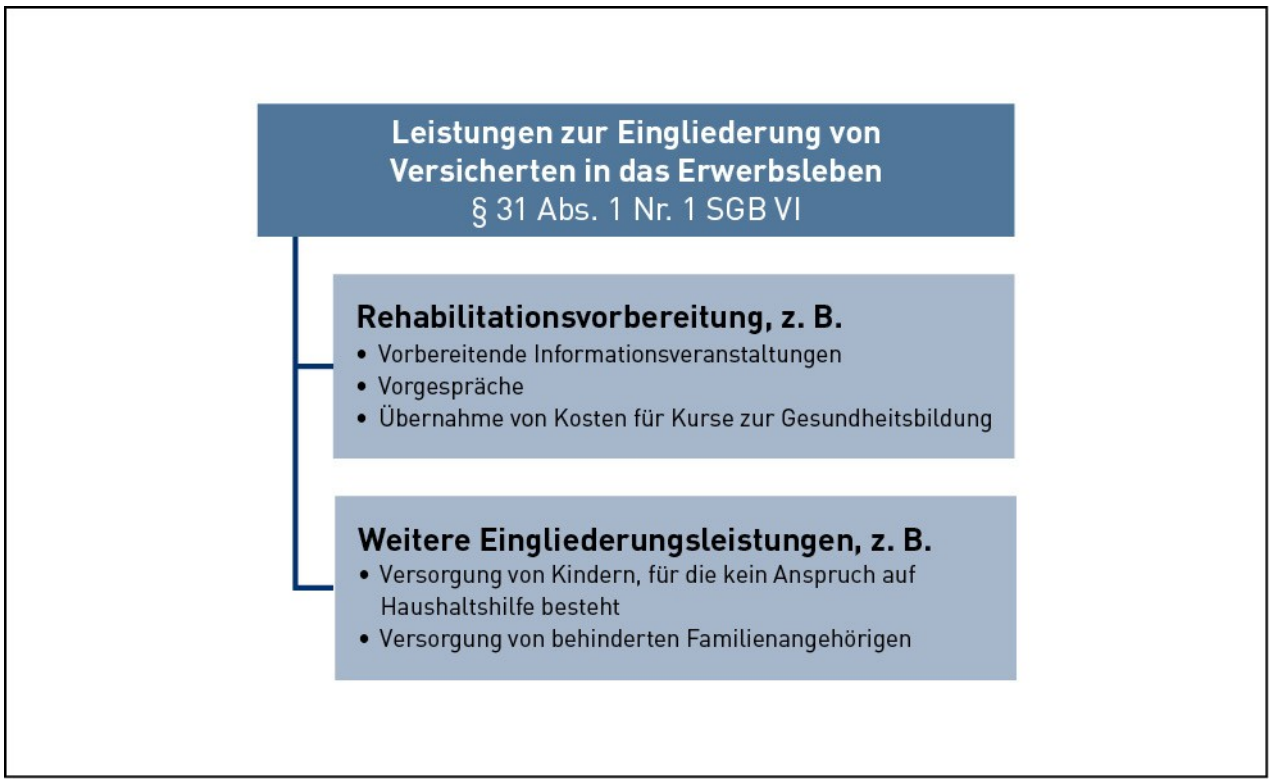
Herr F. hat die örtliche Sozialstation damit beauftragt, seine Frau während seiner Rehabilitation zu betreuen. Es wurde vereinbart, dass eine professionelle Pflegekraft morgens eine Stunde und abends 30 Minuten Unterstützung leistet. Dafür stellt die Sozialstation einen Stundensatz von 45,00 Euro in Rechnung. Herr F. beantragt beim zuständigen Rentenversicherungsträger die Kostenübernahme.

Lösung:

Die Kosten können übernommen werden. Es handelt sich auch in diesem Fall um begleitende Hilfen, die dem Versicherten die Teilnahme an der Rehabilitation ermöglichen sollen. In Anlehnung an die Regelungen, die für die Haushaltshilfe gelten, können die Kosten in vollem Umfang von der Rentenversicherung getragen werden.

Die Zuständigkeit bei diesen Leistungen bestimmt sich wie bei den "Hauptleistungen" nach den §§ 125 ff. SGB VI.

Abbildung 6: Leistungen zur Eingliederung



AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

16. Welche Voraussetzungen müssen vorliegen, damit Leistungen nach § 31 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI gewährt werden können?

17. In welche beiden "Grobkategorien" lassen sich die Leistungen nach § 31 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI unterteilen?

18. Auf welcher Basis (Rechtsgrundlagen) werden die in diesem Abschnitt beschriebenen Leistungen erbracht?

19. Eingliederungsleistungen kommen nur in Betracht, wenn die Ansprüche der Versicherten nicht durch andere, vorrangig zu erbringende Leistungen befriedigt werden können. Welche Leistungen haben Vorrang?

20. Nennen Sie ein Beispiel für eine Maßnahme der Rehabilitationsvorbereitung.

21. Nennen Sie ein Beispiel für eine weitere Eingliederungsleistung.

2.2 Leistungen zur onkologischen Nachsorge (§ 31 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI)

LERNZIELE

- Sie können die persönlichen Voraussetzungen für diese Leistungen nennen sowie die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür im Einzelfall prüfen.
- Sie können feststellen, welche Kinder anspruchsberechtigt sind.
- Sie können feststellen, in welchen Fällen derartige Leistungen ausgeschlossen sind.
- Sie können darlegen, in welchem zeitlichen Rahmen diese Leistungen erbracht werden können und sind in der Lage, im Einzelfall die Einhaltung des Zeitrahmens zu prüfen.
- Sie können den zuständigen Leistungsträger bestimmen.

2.2.1 Richtlinien

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung haben auch für diesen Leistungsbereich gemeinsame Richtlinien erlassen. Diese "Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI für die Erbringung von onkologischen Nachsorgeleistungen bei malignen (bösartigen) Tumor - und Systemerkrankungen " bilden die Grundlage für die Leistungserbringung durch die Träger der Rentenversicherung, (Ca-Richtlinien vom 28.06.2018).

2.2.2 Voraussetzungen

(1) Persönliche Voraussetzungen (§§ 1, 4 und 6 der Ca-Richtlinien)

Es muss eine maligne Tumor- oder Systemerkrankung vorliegen. Bei Praecancerosen (Vorstadien einer Krebserkrankung) und CA in situ (Oberflächencarzinomen) kommen onkologische Rehabilitationsleistungen nicht in Betracht.

Die durch die maligne Tumor – oder Systemerkrankung oder deren Behandlung bedingten körperlichen, seelischen, sozialen und beruflichen Einschränkungen sollen positiv beeinflussbar sein. Zudem muss eine ausreichende Belastbarkeit für onkologische Rehabilitationsleistungen gegeben sein und der Betroffene soll in der Regel allein reisefähig sein.

Für die Durchführung von onkologischen Nachsorgeleistungen ist es grundsätzlich erforderlich, dass die Akutbehandlung – welche in der Regel in einem Krankenhaus durchgeführt wird – abgeschlossen ist. Unter Akutbehandlung (Primärbehandlung) in diesem Sinne sind in erster Linie Operationen sowie die nachoperative Versorgung, aber auch Bestrahlungsbehandlungen zu verstehen. Eine noch laufende zytostatische Behandlung (Chemotherapie zur Verhinderung oder Hemmung der Krebszellen) ist nicht unbedingt ein Hinderungsgrund für die Durchführung einer onkologischen Nachsorgeleistung.

(2) Versicherungsrechtliche Voraussetzungen (§§ 3 und 5 der Ca-Richtlinien)

Ein besonderes Merkmal dieser Leistungsart ist es, dass nicht nur Versicherte diese Leistungen erhalten können, sondern auch Rentenbezieher sowie jeweils deren nichtversicherte Angehörige (nichtversicherte Ehegatten oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes und Kinder).

Um die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zu erfüllen, müssen Versicherte:

1. in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate, mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben,

   oder

2. 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 sein,

   oder

3. bei Antragstellung die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben.

Anspruchsberechtigt für den Bereich der Nachsorgeleistungen sind auch Rentenbezieher. Die Bestimmung enthält keinerlei Einschränkungen, sodass grundsätzlich jeder Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung die Voraussetzungen erfüllt. Insoweit sind anspruchsberechtigt:

- Bezieher von Rente wegen Alters,
- Bezieher von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit,
- Bezieher von Rente wegen Todes.

Neben den vorgenannten Personenkreisen können auch deren nichtversicherte Angehörigen onkologische Nachsorgeleistungen erhalten. „Nichtversichert“ sind dabei die Angehörigen, die noch nicht ausreichend (im Sinne der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 SGB VI) rentenversichert sind für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI.

Aus § 5 der Richtlinien ist zu entnehmen, wer als Kind im Sinne der Richtlinien anzusehen ist. § 46 Absatz 2 SGB VI sowie § 48 Absatz 3 bis 5 SGB VI sind dabei analog anzuwenden.

Anspruch auf onkologische Rehabilitationsleistungen haben demnach nichtversicherte

1. leibliche Kinder,

2. in den Haushalt aufgenommene Stief - und Pflegekinder,

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

Nichtversicherte Kinder werden über das 18. Lebensjahr hinaus bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres berücksichtigt, wenn sie

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

   oder

2. sich in Schulausbildung oder Berufsausbildung befinden (die Altersbegrenzung erhöht sich bei Unterbrechung oder Verzögerung der Schulausbildung oder Berufsausbildung durch den gesetzlichen Wehrdienst, Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst um die Zeit dieser Dienstleistung, höchstens um einen der Dauer des gesetzlichen Grundwehrdienstes oder Zivildienstes entsprechenden Zeitraum)

   oder

3. sich in einer Übergangszeit von höchstens vier Kalendermonaten befinden, die zwischen zwei Ausbildungsabschnitten oder zwischen einem Ausbildungsabschnitt und der Ableistung des gesetzlichen Wehr- und Zivildienstes oder eines freiwilligen Dienstes liegt,

   oder

4. einen freiwilligen Dienst im Sinne des § 32 Absatz 4 Nummer 2d Einkommensteuergesetz leisten.

Maßgebender Zeitpunkt für die Prüfung, ob eine Person aufgrund ihrer Eigenschaft als Kind berücksichtigt werden kann, ist der Tag der Antragstellung.

Voraussetzung für einen Anspruch des nichtversicherten Ehegatten oder Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz ist das Bestehen einer zum Zeitpunkt der Antragstellung gültigen, nicht geschiedenen Ehe beziehungsweise einer nicht durch gerichtliches Urteil aufgehobenen Lebenspartnerschaft.

Abbildung 7: Anspruchsberechtigte für Nachsorgeleistungen

Beispiel 1:

Am 21.10.2026 wird eine Leistung zur onkologischen Nachsorge für das Kind Tobias Hahn, geboren am 02.12.2008, aus der Versicherung seines Vaters Wolfgang Hahn beantragt. Der Vater hat die allgemeine Wartezeit erfüllt.

Lösung:

Zum Zeitpunkt der Antragstellung hat das Kind des Versicherten das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, es besteht daher Anspruch auf eine Nachsorgeleistung. Der Vater (Versicherter) hat die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt.

Beispiel 2:

Am 08.07.2026 wird eine Leistung zur onkologischen Nachsorge für Sabrina Sommer, geboren am 04.04.2000, aus der Versicherung ihres Vaters, der eine Rente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht, beantragt. Frau Sommer hat bislang noch keine Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt; seit dem Abschluss ihrer Schulausbildung absolviert sie ein Studium der Medizin.

Lösung:

Es besteht Anspruch auf eine Nachsorgeleistung. Zum Zeitpunkt der Antragstellung hat Frau Sommer zwar das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 27. Lebensjahr vollendet, zudem befindet sie sich in Ausbildung. Der Vater (Versicherter) hat auf Grund des Bezuges der Rente wegen Alters die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt.

Beispiel 3:

Am 05.08.2026 beantragt Florian Klein für seine Ehefrau Miriam Klein onkologische Nachsorgeleistungen. Herr Klein ist Verwaltungsangestellter und schon seit über 10 Jahren lückenlos versicherungspflichtig in der gesetzlichen Rentenversicherung. Seine Ehefrau hat in der Zeit von 2010 bis 2013 eine Ausbildung zur Physiotherapeutin absolviert. Dabei war sie versicherungspflichtig zur gesetzlichen Rentenversicherung und hat für 36 Monate Beiträge einbezahlt. Nach der Beendigung der Ausbildung hat sie eine eigene Praxis eröffnet, die sie als selbständige Therapeutin betreibt. Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet sie seither nicht mehr.

Lösung:

Florian Klein hat die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die onkologischen Nachsorgeleistungen erfüllt. Er hat sowohl sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten zwei Jahren als auch die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt. Seine Ehefrau könnte die Rehabilitation erhalten, wenn sie „nichtversichert“ wäre. Da Frau Klein die Voraussetzungen des § 11 SGB VI nicht erfüllt, hat sie keinen vorrangigen Anspruch aus eigener Versicherung, aber damit den Status „nichtversicherte Angehörige“. Die beantragte onkologische Nachsorgeleistung ist zu bewilligen.

2.2.3 Ausschlussgründe:

Nach § 5 der CA- Richtlinien findet § 12 SGB VI auch bei onkologischen Nachsorgeleistungen Anwendung (vergleiche Ausführungen Studientext Nummer 12 "Leistungen zur Teilhabe"). Damit werden onkologische Nachsorgeleistungen nicht erbracht, wenn für die Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird, oder für den Betroffenen (Erkrankten) einer der in § 12 Absatz 1 Nummer 1, 3, 4 oder 5 SGB VI genannten Ausschlussgründe vorliegen.

Beispiel 1:

Der Versicherte Martin Wagner beantragt für seine nichtversicherte Ehefrau onkologische Nachsorgeleistungen. Herr Wagner hat die allgemeine Wartezeit erfüllt. Seine Ehefrau hat keinen Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet. Sie hat nach ihrer Schulausbildung eine Beamtenlaufbahn eingeschlagen und zwischenzeitlich aufgrund von beamtenrechtlichen Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung.

Lösung:

Herr Wagner hat die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für onkologische Nachsorgeleistungen erfüllt, da bei ihm die allgemeine Wartezeit gegeben ist. Seine Ehefrau ist auch eine „nichtversicherte Angehörige“ im Sinne der CA- Richtlinien, da sie keinen Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt hat. Dennoch muss der Antrag abgelehnt werden, da Frau Wagner Beamtin mit Anwartschaft auf Versorgung ist und Rehabilitationsleistungen für diesen Personenkreis ausgeschlossen sind.

2.2.4 Wiederholung von Nachsorgeleistungen sowie Zuständigkeit

Nach § 1 der Ca-Richtlinien werden Nachsorgeleistungen bis zum Ablauf eines Jahres nach beendeter Primärbehandlung (Operation, Bestrahlung, Chemotherapie) gewährt. Darüber hinaus können spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeter Primärbehandlung Maßnahmen im Einzelfall erbracht werden, wenn (weiterhin) erhebliche Funktionsstörungen entweder durch die Tumorerkrankung selbst, oder durch Komplikationen beziehungsweise Therapiefolgen vorliegen.

Innerhalb der Ein- beziehungsweise Zweijahresfrist können onkologische Nachsorgeleistungen auch wiederholt erbracht werden, wenn hierfür jeweils die persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Kommt es aufgrund eines Rezidivs (erneutes Auftreten der Erkrankung) zu einer weiteren Operation oder ist deshalb eine nochmalige Bestrahlungstherapie erforderlich, kommen bei medizinischer Notwendigkeit weitere onkologische Rehabilitationsleistungen in Betracht. Hier beginnen die jeweiligen Fristen dann neu zu laufen.

Beispiel 1:

Bei der Versicherten Karla Schäfer wurde im Herbst 2025 ein Tumor an der linken Brust diagnostiziert. Zwei Wochen später, am 14.11.2025 wurde die Brust operativ entfernt, der Aufenthalt im Akut-Krankenhaus endete am 21.11.2025.

Auf ihren entsprechenden Antrag bewilligte der zuständige RV-Träger der Versicherten eine Leistung zur onkologischen Nachsorge als Anschlussrehabilitation, die in der Zeit vom 27.11.2025 bis 18.12.2025 durchgeführt wurde. Am 07.10.2026 geht erneut ein Antrag auf eine Nachsorgeleistung bei der Deutschen Rentenversicherung ein. Der

ärztliche Dienst der DRV stellt fest, dass die persönlichen Voraussetzungen für eine solche Leistung wieder vorliegen.

Lösung:

Die Leistung muss gewährt werden, da der Rehabilitationsantrag innerhalb der Jahresfrist (22.11.2025 bis 21.11.2026) gestellt wurde.

Beispiel 2:

Die Versicherte Monika Schlosser hat kurz nachdem ihr Tumor operativ entfernt wurde, eine onkologische Nachsorgeleistung in Form einer Anschlussrehabilitation erhalten. Noch innerhalb der Jahresfrist seit Ende der Primärbehandlung stellt sie einen Antrag auf eine weitere onkologische Rehabilitationsleistung. Der ärztliche Dienst des zuständigen Rentenversicherungsträgers stellt aber fest, dass die Beeinträchtigungen durch die Geschwulst- oder Systemerkrankung so gering sind, dass eine erneute Rehabilitation nicht mehr erforderlich ist.

Lösung:

Frau Schlosser hat die onkologische Nachsorgeleistung zwar rechtzeitig beantragt, sie erfüllt aber zwischenzeitlich die persönlichen Voraussetzungen für onkologische Nachsorgeleistungen nicht mehr. Ihr Rehabilitationsantrag muss abgelehnt werden.

Beispiel 3:

Der Versicherte Norbert Köhl erkrankte an Prostatakrebs und musste sich deshalb einer Krankenhausbehandlung unterziehen, die von 05.09.2024 bis 13.09.2024 dauerte. Kurz darauf wurde eine Anschlussrehabilitation (AHB), vom 26.09.2024 bis 24.10.2024 durchgeführt. Am 06.05.2026 stellt der Versicherte erneut ein Antrag auf Leistungen zur onkologischen Nachsorge. Der ärztliche Sachverständige des zuständigen RV-Trägers stellt fest, dass immer noch erhebliche Funktionsstörungen bei Herrn Köhl vorliegen.

Lösung:

Nachdem in diesem Fall erhebliche Funktionsstörungen festgestellt werden, verlängert sich die Frist für eine Wiederholungsbehandlung auf zwei Jahre (14.09.2024 bis 13.09.2026). Der Antrag ist fristgerecht gestellt. Die beantragte Leistung ist zu bewilligen.

Die Zuständigkeit bei diesen Leistungen bestimmt sich wie bei den "Hauptleistungen" nach den §§ 125 ff. SGB VI.

2.2.5 Umfang und Dauer der onkologischen Nachsorgeleistungen

Nach § 5 der Ca-Richtlinien umfassen die Leistungen gezielte diagnostische und therapeutische Maßnahmen zur Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes und zur Beseitigung beziehungsweise zum Ausgleich von Funktionsstörungen.

Soweit aus medizinischen Gründen erforderlich, können auch Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson übernommen werden.

Die Dauer einer onkologischen Rehabilitation richtet sich nach dem Krankheitsbild, der medizinisch-therapeutischen Konzeption und dem individuellen Verlauf. In der Regel wird eine onkologische Nachsorge zunächst für drei Wochen bewilligt. Eine Verlängerung ist bei medizinischer Notwendigkeit möglich.

2.2.6 Ergänzende Leistungen, Zuzahlung und Konkurrenzen

Nach § 5 der Ca-Richtlinien finden die Regelungen zum Übergangsgeld (§§ 20, 21 SGB VI in Verbindung mit §§ 64 ff SGB IX) und zu den weiteren ergänzenden Leistungen (§ 28 SGB VI in Verbindung mit § 64 Absatz 1 Nummer 2 bis 6 und Absatz 2 SGB IX sowie §§ 73 und 74 SGB IX) entsprechend Anwendung.

Dies gilt nach § 5 der Ca- Richtlinien auch für die Regelungen über die Zuzahlung (§ 32 SGB VI). Die Ca - Richtlinien finden auch auf Kinder und Waisenrentenbezieher mit Ca- Erkrankungen Anwendung.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei malignen (= bösartigen) Tumor- und Systemerkrankungen werden vorrangig nach § 15 SGB VI in Verbindung mit § 42 SGB IX erbracht, wenn die persönlichen Voraussetzungen des § 10 SGB VI und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des § 11 SGB VI erfüllt sind und keine Ausschlussgründe nach § 12 SGB VI vorliegen.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

22. Worin liegt hinsichtlich der persönlichen (medizinischen) Voraussetzungen der größte Unterschied zwischen den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI und onkologischen Nachsorgeleistungen?

23. In welche drei Kategorien lassen sich die anspruchsberechtigten Personen für Leistungen nach § 31 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI einordnen?

24. Welchen drei Alternativen zur Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen hinsichtlich onkologischer Nachsorgeleistungen für Versicherte gibt es?

25. Unter welchen Voraussetzungen kann ein Kind, welches bereits das 27. Lebensjahr vollendet hat, aus der Versicherung eines Elternteils eine onkologische Nachsorgeleistung erhalten?

26. Ist die Auffassung richtig, dass ein Versicherter lediglich Anspruch auf eine onkologische Nachsorgeleistung nach Abschluss der Primärbehandlung hat? (Bitte Antwort näher begründen.)

27. Unter welchen Voraussetzungen können onkologische Nachsorgeleistungen innerhalb einer Frist von zwei Jahren nach beendeter Primärbehandlung gewährt werden?

28. Wie lange dauern onkologische Nachsorgeleistungen in der Regel?

29. Haben Versicherte, die an einer onkologischen Nachsorgeleistung teilnehmen, Anspruch auf Übergangsgeld?

30. Müssen Teilnehmer an einer onkologischen Rehabilitation die Zuzahlung nach § 32 SGB VI leisten?

2.3 Zuwendungen für Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern (§ 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI)

LERNZIEL

- Sie können die in Frage kommenden Leistungen sowie Beispiele für eine Institutsförderung nennen.

2.3.1 Richtlinien

Die Rentenversicherungsträger haben im Interesse einer einheitlichen Verfahrensweise „Musterrichtlinien“ nach § 31 Absatz1 Nummer 3 SGB VI (Zuwendungsrichtlinien vom 18.05.2017) beschlossen, die einen empfehlenden Charakter haben.

2.3.2 Begriffsbestimmungen

Zuwendungen sind Geldmittel, die an Einrichtungen außerhalb des Rentenversicherungsträgers zur Erfüllung der Aufgaben im Sinne des § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI geleistet werden. Zuwendungen in diesem Sinne sind daher nicht Leistungen, auf die der Empfänger einen dem Grund und der Höhe nach unmittelbar durch Rechtsvorschriften begründeten Anspruch hat.

Einrichtungen müssen keine juristischen Personen sein. Auch Zuwendungen an natürliche Personen (Privatpersonen) kommen in Betracht.

Rehabilitation ist im Sinne der §§ 9 bis 32 SGB VI zu verstehen, also auch unter Einschluss der sonstigen Leistungen nach § 31 Absatz 1 Nummer 1 bis 2 SGB VI. Soweit die Forschung beziehungsweise Förderung auch andere Bereiche betrifft, insbesondere Rehabilitationsleistungen anderer Sozialleistungsträger, steht dies einer Zuwendung nicht entgegen.

2.3.3 Beispiele für Zuwendungen

Zuwendungen kommen zum Beispiel in Betracht bei:

- Forschung zur Weiterentwicklung der Rehabilitation (insbesondere hinsichtlich des Zusammenhangs von Rehabilitation und Erwerbsminderungsrente, sowie des Wirkungsgrads beziehungsweise der Art von Rehabilitationsleistungen),
- Suchtbekämpfung einschließlich Raucherentwöhnung,
- Förderung der Selbsthilfe.

Es werden zwei Zuwendungsarten unterschieden:

a) Zuwendungen zur Deckung der gesamten Ausgaben oder eines nicht näher abgegrenzten Teils der Ausgaben des Zuwendungsempfängers (institutionelle Förderung)

> **Beispiel 1:**
>
> Nicht selten wird nach Ablauf einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom leitenden Arzt der Rehabilitationsklinik eine ergänzende Leistung verordnet. Eine solche Leistung kann zum Beispiel ein Rheumafunktionstraining sein, also eine angeleitete Gymnastik, welche der Versicherte bei einer Gruppe seines Wohnortes absolviert. (Es handelt sich dabei um eine Leistung nach § 64 Absatz 1 Nummer 4 SGB IX).
>
> Die Organisation, die dafür Sorge trägt, dass solche Gymnastikgruppen unter der fachkundigen Anleitung eines ausgebildeten Therapeuten bestehen, ist häufig die Rheuma-Liga. Es ist also davon auszugehen, dass die Rheuma-Liga (ein Verein) die Rehabilitation fördert. Die Träger der Rentenversicherung können daher an die Rheuma-Liga Zuwendungen leisten, welche dann von der Rheuma-Liga in der Regel dafür verwendet werden, die Therapeuten fortzubilden oder deren Honorare teilweise zu bestreiten.

b) Zuwendungen zur Deckung von Ausgaben des Zuwendungsempfängers für einzelne abgegrenzte Vorhaben (Projektförderung)

> **Beispiel 2:**
>
> Das Forschungsinstitut X bietet einem Rentenversicherungsträger an zu erforschen, in welcher Weise sich die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf die Berentungspraxis der Rentenversicherungsträger auswirkt. Es soll also erforscht werden, inwieweit durch den gezielten Einsatz von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Berentungseintritt hinausgeschoben oder gänzlich vermieden werden kann. Das Forschungsprojekt soll im Zeitrahmen von einem Jahr abgewickelt werden, das Forschungsinstitut setzt hierfür einen wissenschaftlichen Mitarbeiter ein, sowie eine Sekretärin. Dem Forschungsinstitut entstehen insoweit Kosten von circa 150.000,00 Euro. Da es sich eindeutig um eine Forschung auf dem Gebiet der Rehabilitation handelt, kann der zuständige Rentenversicherungsträger die Gesamtkosten für das Forschungsprojekt auf der Grundlage von § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI übernehmen.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

31. Was sind „Einrichtungen“ im Sinne von § 31 Absatz1 Nummer 3 SGB VI?

32. Für welche Initiativen (Themen) kommen Zuwendungen nach § 31 Absatz 1 Nummer 3 beispielhaft in Betracht?

33. Welche Zuwendungsarten werden unterschieden?

3. Zuzahlung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und bei sonstigen Leistungen (§ 32 SGB VI)

3.1 Zuzahlung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

LERNZIELE

- Sie können die zwei Fallgruppen der Zuzahlung benennen sowie deren zeitliche Begrenzung darstellen.
- Sie können die "14-Tage-Fälle" benennen.
- Sie können erklären, unter welchen Bedingungen bereits geleistete Zuzahlung anrechenbar ist.

3.1.1 Zuzahlungspflichtige Leistungen

Nach § 32 Absatz1 Satz 1 SGB VI muss nur bei Teilnahme an stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI zugezahlt werden. Damit sind ambulante (auch ganztägig ambulante) Leistungen ebenso zuzahlungsfrei wie Leistungen zur Prävention und Leistungen zur Kinderrehabilitation.

Aufgrund von § 9 der Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung für die Erbringung von onkologischen Nachsorgeleistungen findet die Vorschrift über die Zuzahlung bei medizinischen Leistungen (§ 32 SGB VI) auch auf onkologische Nachsorgeleistungen Anwendung.

3.1.2 Darstellung der beiden Fallgruppen

Das Gesetz unterscheidet zwei Fallgruppen der Zuzahlung (vergleiche Abbildung 11). Es sind dies:

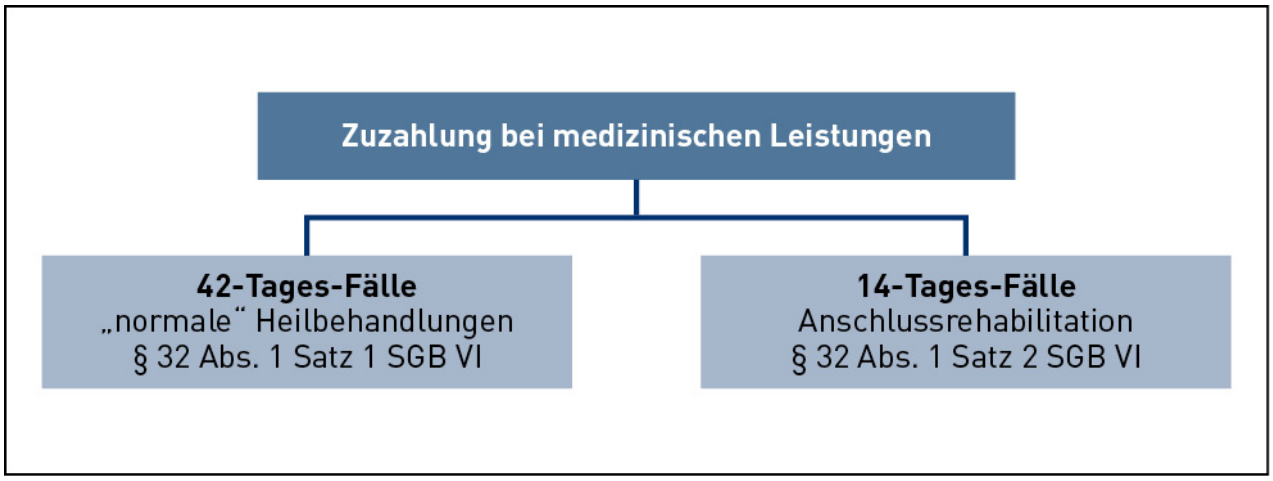
a) allgemeine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation; für diese Fälle sieht der Gesetzgeber keinen die Zuzahlung begrenzenden Zeitraum vor. Da aber in den Richtlinien für die Befreiung von der Zuzahlung eine zeitliche Begrenzung von 42 Tagen (vergleiche Abschnitt 3.4.1, § 3 der Richtlinien) geschaffen wurde, soll im Folgenden von "42-Tage-Fällen" gesprochen werden.

b) stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die sich an eine Krankenhausbehandlung ergänzend anschließen (Anschlussrehabilitation). Bei dieser Fallgruppe sieht das Gesetz eine Begrenzung auf 14 zuzahlungspflichtige Tage vor, weswegen die Bezeichnung "14-Tage-Fälle" entstanden ist.

Bei der Prüfung, ob eine Anschlussrehabilitation (AHB) vorliegt, kommt es darauf an, wie groß der Zeitraum ist, der zwischen der Krankenhausbehandlung und der stationären Rehabilitationsleistung liegt. Grundsätzlich gilt hier eine 14 Tagefrist, entscheidend ist aber auch, dass es einen Zusammenhang zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung gibt. Davon kann regelmäßig ausgegangen werden, wenn dasselbe Krankheitsbild behandelt wird. Geht also einer stationären Entwöhnungsmaßnahme eine Entgiftung, die im Krankenhaus durchgeführt wurde, voraus, so ist die Entwöhnung, was die Zuzahlung angeht, in der Regel als Anschlussrehabilitation zu werten.

In jüngster Zeit werden Operationen, die früher ausschließlich im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthaltes durchgeführt wurden, zunehmend auch ambulant durchgeführt. Dies geschieht, indem sich der Versicherte nur einen Tag – dem Operationstag – im Krankenhaus aufhält. Teilweise werden die Operationen auch in Arztpraxen durchgeführt. Eine nach dieser Operation auf Grund derselben Indikation durchgeführte Leistung zur medizinischen Rehabilitation gilt, was die Zuzahlung angeht, ebenfalls als "Anschlussrehabilitation".

Abbildung 8: Fallgruppen der Zuzahlung



3.1.3 Regelbetrag der Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt bei beiden Fallgruppen grundsätzlich 10,00 Euro täglich vergleiche § 32 Absatz 1 SGB VI in Verbindung mit den §§ 40 Absatz 5 und Absatz 6, 61 Satz 2 SGB V.

3.1.4 Anrechnung bereits geleisteter Zuzahlungen

Die gesetzliche Bestimmung sieht vor, dass die innerhalb eines Kalenderjahres an einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung geleistete Zuzahlung anzurechnen ist. Eine Ergänzung erhält diese Regelung durch die Zuzahlungsrichtlinien (vergleiche Abschnitt 3.4.1, § 3 der Richtlinien); demzufolge sind alle Tage der Zuzahlung an den Rentenversicherungsträger (§ 32 Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 SGB VI) und an Krankenkassen (§§ 39, 40 SGB V) innerhalb eines Kalenderjahres zu berücksichtigen und gegenseitig anzurechnen.

Es ist nicht in jedem Fall erforderlich, dass eine tatsächliche Zahlung erfolgte. So werden Zeiten des Aufenthalts im Krankenhaus auch dann auf die nach § 32 Absatz 1 Satz 2 SGB VI bestehende Zuzahlungspflicht von 14 Tagen angerechnet, wenn wegen Erreichens der Belastungsgrenze in der Krankenversicherung ein Befreiungstatbestand gegeben war (§ 62 Absatz 1 SGB V) und Zahlungen an die Krankenversicherung tatsächlich nicht geleistet wurden.

Beispiel 1:

Krankenhausbehandlung vom 21.10.2026 bis 28.10.2026 = acht Tage; Zuzahlung nach § 39 Absatz 4 SGB V an Krankenkasse geleistet für acht Tage. Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (AHB) vom 04.11.2026 bis 25.11.2026 = 22 Tage.

Lösung:

Die bereits an die Krankenkasse geleistete Zuzahlung ist bei den stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen; deshalb Zuzahlung nach § 32 Absatz 1 Satz 2 SGB VI an den RV-Träger nur noch vom 04.11.2026 bis 09.11.2026 für sechs Tage.

Beispiel 2:

Krankenhausbehandlung vom 17.08.2026 bis 24.08.2026 = acht Tage; Zuzahlung nach § 39 Absatz 4 SGB V an Krankenkasse geleistet für acht Tage. Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (keine AHB) vom 11.11.2026 bis 23.12.2026 = 43 Tage.

Lösung:

Die an die Krankenkasse geleistete Zuzahlung ist zu berücksichtigen, von den maximal 42 Zuzahlungstagen sind acht Tage abzusetzen, daher Zuzahlung nach § 32 Absatz 1 Satz 1 SGB VI vom 11.11.2026 bis 14.12.2026 für 34 Tage.

Beispiel 3:

Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (AHB) - nach ambulanter Operation, daher keine Zuzahlung an Krankenkasse - vom 22.01.2026 bis 19.02.2026 = 29 Tage; Zuzahlung nach § 32 Absatz 1 Satz 2 SGB VI vom 22.01.2026 bis 04.02.2026 = 14 Tage. Weitere stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (keine AHB) vom 21.10.2026 bis 02.12.2026 = 43 Tage.

Lösung:

Zuzahlung nach § 32 Absatz 1 Satz 1 SGB VI vom 21.10.2026 bis 17.11.2026 = 28 Tage, da die für die AHB geleistete Zuzahlung anzurechnen ist.

Beispiel 4:

Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (keine AHB, zum Beispiel Maßnahme wegen einer Stoffwechselerkrankung) vom 14.01.2026 bis 18.02.2026 = 36 Tage; Zuzahlung nach § 32 Absatz 1 Satz 1 SGB VI an den RV-Träger für 35 Tage. (Der Aufnahmetag und der Entlassungstag gelten bei der Festsetzung der Zuzahlung als ein Tag – § 3 Satz 3 der Zuzahlungsrichtlinien). Weitere stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (AHB nach ambulanter Operation, daher keine Zuzahlung an Krankenkasse) vom 21.10.2026 bis 11.11.2026 = 22 Tage.

Lösung:

In diesem Fall müsste während der AHB für maximal 14 Tage zugezahlt werden. Da aber die "jährliche Zuzahlungsverpflichtung" von 42 Tagen überschritten wird, ist nur noch für 7 Tage zuzuzahlen, da 35 "Vortage" anrechenbar sind.

3.1.5 Anrechnung bei stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die über einen Jahreswechsel hinweg andauern

1. Grundsatz

Wenn bei einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Zuzahlungsverpflichtung im alten Jahr erfüllt wurde, ergibt sich für das neue Jahr keine erneute Zuzahlungsverpflichtung.

Beispiel 1:

Stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation (AHB nach ambulanter Operation) vom 17.12.2025 bis 14.01.2026 = 29 Tage. Zuzahlung vom 17.12.2025 bis 30.12.2025 = 14 Tage.

Lösung:

Keine erneute Zuzahlung für die Zeit vom 01.01.2026 bis 14.01.2026

2. Grundsatz

Wurde im alten Jahr auf Grund der geringen Behandlungstage der Zuzahlungsverpflichtung nicht in vollem Umfang nachgekommen, ist für die noch fehlenden Tage im neuen Kalenderjahr eine Zuzahlung zu leisten.

Beispiel 2:

Stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation (AHB nach ambulanter Operation) vom 19.12.2025 bis 09.01.2026 = 22 Tage.

Lösung:

Zuzahlung vom 19.12.2025 bis 31.12.2025 =	13 Tage
und für den 01.01.2026 =	1 Tag
insgesamt	14 Tage

3. Grundsatz

Bei so genannten "einheitlichen Leistungsfällen" entsteht durch den Jahreswechsel keine erneute Zuzahlungsverpflichtung, sofern die Verpflichtung vollständig im alten Jahr "abgeleistet" wurde.

Beispiel 3:

Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 Absatz 4 SGB V vom 02.12.2025 bis 22.12.2025, Zuzahlung geleistet für 21 Tage. Stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (AHB) vom 07.01.2026 bis 28.01.2026 = 22 Tage.

Lösung:

Für die AHB ist eine Zuzahlung nicht zu leisten.
Von einem einheitlichen Leistungsfall kann ausgegangen werden, da die Reha-Leistung aus demselben Grund notwendig wurde wie die Krankenhausbehandlung, und auch ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen den Leistungen besteht; anrechenbar sind daher 21 „Vortage“, damit ist die maximale jährliche „Zuzahlungsverpflichtung“ von 14 Tagen erreicht.

4. Grundsatz

Eine im neuen Kalenderjahr bereits entrichtete Zuzahlung ist anzurechnen, sofern im selben Kalenderjahr erneut eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation erforderlich wird.

> **Beispiel 4:**
>
> Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (keine AHB) vom 15.12.2025 bis 05.01.2026 = 22 Tage; Zuzahlung geleistet für 21 Tage. (Aufnahme- und Entlassungstag gelten bei der Festsetzung der Zuzahlung als ein Tag.) Stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (aufgrund einer neuen - psychischen- Erkrankung, keine AHB) vom 16.09.2026 bis 11.11.2026 = 57 Tage.
>
> **Lösung:**
>
> Die im Januar 2026 bereits geleisteten zwei Tage sind anzurechnen (nachdem Aufnahme- und Entlassungstag als ein Tag zählen, ist unklar, ob man den ersten oder den letzten Tag der Maßnahme als Zuzahlungstag berechnet. Im Zweifel sollte man zu Gunsten des Versicherten entscheiden und in diesem Fall den Entlassungstag als Zuzahlungstag rechnen.) Deshalb ist für die zweite stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation nur noch die Zuzahlung vom 16.09.2026 bis 25.10.2026 = 40 Tage zu leisten.

5. Grundsatz

Sofern bei einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation, die während der letzten Tage eines Kalenderjahres beginnt, keine Zuzahlung zu leisten ist, weil in diesem Kalenderjahr bereits die Zuzahlungsverpflichtung erfüllt wurde, tritt nach dem Jahreswechsel für dieselbe Leistung keine erneute Zuzahlungspflicht ein.

> **Beispiel 5:**
>
> Krankenhausbehandlung vom 10.11.2025 bis 02.12.2025 Zuzahlung nach § 39 Absatz 4 SGB V für 23 Tage. Stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI (AHB) vom 10.12.2025 bis 07.01.2026 = 29 Tage.
>
> **Lösung:**
>
> Für die Leistung zur medizinischen Rehabilitation wird eine Zuzahlungsforderung nicht erhoben, da die maximale jährliche „Zuzahlungsverpflichtung“ von 14 Tagen bereits erreicht wurde. Sofern eine weitere stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Jahr 2025 gewährt wird, entsteht dann aber die vollständige Zuzahlungsverpflichtung.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

34. Worin unterscheiden sich die beiden Fallgruppen der Zuzahlung?

35. Innerhalb welcher Zeiteinheit kann bereits geleistete Zuzahlung berücksichtigt werden?

36. Der Versicherte Lange war in der Zeit vom 11.03.2026 bis 20.03.2026 im Krankenhaus. Hier hatte er die Zuzahlung an die Krankenkasse zu leisten. Vom 26.03.2026 bis 23.04.2026 nahm Herr Lange an einer Anschlussrehabilitation teil. Wie verhält es sich mit seiner Zuzahlungsverpflichtung während der Anschlussrehabilitation?

37. Die Versicherte Petra Kurz nahm in der Zeit vom 14.01.2026 bis 21.02.2026 an einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation wegen einer psychosomatischen Erkrankung teil. Für welche Zeit muss die Versicherte zuzahlen?

38. In der Zeit vom 15.12.2025 bis 31.12.2025 befand sich der Versicherte Gin zur Entgiftung im Krankenhaus. Die Zuzahlung wurde an die Krankenkasse geleistet. Die stationäre Entwöhnungsbehandlung wurde vom 21.01.2026 bis 15.04.2026 durchgeführt.

    Hat Herr Gin während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Zuzahlung zu leisten?

3.2 Zuzahlung bei stationären sonstigen Leistungen zur Teilhabe nach § 31 SGB VI

LERNZIELE

- Sie können die Zuzahlungsverpflichtung bei stationären und sonstigen Leistungen nennen und den Zuzahlungsschuldner feststellen.

Die Zuzahlungsverpflichtung entsteht auch bei sonstigen Leistungen zur Teilhabe, (§ 32 Absatz 2 SGB VI) es handelt sich hierbei um:

- Onkologische Nachsorgeleistungen bei malignen Geschwulst- und Systemerkrankungen (§ 31 Absatz 1 Nummer2 SGB VI).

Der Adressat der Zuzahlung (Zuzahlungsschuldner) ist im Gesetz eindeutig genannt, es ist immer der Versicherte/ Rentenbezieher, aus dessen Versicherung die Leistung gewährt wird.

Beispiel:

Die Ehefrau eines Versicherten beantragt für sich eine onkologische Nachsorgeleistung.

Lösung:

Der Zuzahlungsschuldner ist der Ehemann, an diesen ist der vom Rentenversicherungsträger zu erlassende Zuzahlungsbescheid zu richten.

AUFGABE ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

39. Für die Ehefrau eines Versicherten wird eine onkologische Nachsorgeleistung in der Zeit vom 20.08.2026 bis 10.09.2026 durchgeführt. Für wie viele Tage ist Zuzahlung zu leisten, und wer ist zuzahlungspflichtig?

3.3 Befreiung von der Zuzahlungsverpflichtung "kraft Gesetzes"

LERNZIELE

- Sie können die gesetzlich vorgesehenen Befreiungsmöglichkeiten von der Zuzahlungsverpflichtung benennen.
- Sie können den Zusammenhang zwischen Übergangsgeldbezug und Zuzahlungsverpflichtung darlegen.

In § 32 Absatz 1 und 3 SGB VI sind zwei gesetzliche Befreiungsmöglichkeiten vorgesehen. Es sind dies:

- die "Nichtvollendung" des 18. Lebensjahres des Versicherten/ Rentners, wobei der entscheidungserhebliche Zeitpunkt derjenige der Rehabilitationsantragstellung ist,

  und
- der Bezug von Übergangsgeld, das nach § 66 Absatz 1 Satz 3 SGB IX begrenzt ist.

Sofern also ein Versicherter während einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation ein Übergangsgeld bezieht, bei welchem entsprechend der Bestimmungen des § 66 Absatz 1 Satz 3 SGB IX die Begrenzung auf 75 Prozent beziehungsweise 68 Prozent durchgeführt wurde, besteht neben dem Bezug dieses begrenzten Übergangsgeldes keine Verpflichtung zur Zuzahlung.

In nahezu sämtlichen "Übergangsgeldzahlfällen" ist das Übergangsgeld begrenzt, eine Ausnahme bildet lediglich das Übergangsgeld im Anschluss an eine Leistung der Arbeitsverwaltung im Sinne des § 21 Absatz 4 SGB VI (hier: in der Regel das Arbeitslosengeld).

Beispiel 1:

Eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation (keine AHB) wird in der Zeit vom 19.08.2026 bis 09.09.2026 durchgeführt. Ab Beginn der Leistung besteht Anspruch auf Übergangsgeld, welches nach § 66 Absatz 1 Satz 3 SGB IX begrenzt ist.

Lösung:

Es gilt die vollständige Befreiung von der Zuzahlung, weil ab Beginn der Leistung Übergangsgeld bezogen wird, das nach § 66 Absatz 1 Satz 3 SGB IX begrenzt ist.

Beispiel 2:

Eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation (keine AHB) wird in der Zeit vom 15.07.2026 bis 05.08.2026 durchgeführt. Der Anspruch auf Entgeltfortzahlung endet am 17.07.2026. Ab dem Folgetag erhält der Versicherte Übergangsgeld, welches nach § 66 Absatz 1 Satz 3 SGB IX begrenzt ist.

Lösung:

Für die Zeit vom 15.07.2026 bis 17.07.2026 ist zuzuzahlen. Ab dem 18.07.2026 wird der Versicherte von der Zuzahlung befreit, weil Übergangsgeld bezogen wird, das nach § 66 Absatz 1 Satz 3 SGB IX begrenzt ist.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

40. Welche Personengruppen sind dem Grunde nach zuzahlungspflichtig?

41. Für einen Versicherten wird in der Zeit vom 14.10.2026 bis 04.11.2026 eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation (keine AHB) wegen einer Stoffwechselerkrankung durchgeführt. Der Versicherte hat bis 30.10.2026 einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung und ab 31.10.2026 erhält er Übergangsgeld, welches nach § 66 Absatz 1 Satz 3 SGB IX begrenzt ist.
Wie verhält es sich mit der Zuzahlungsverpflichtung?

3.4 Befreiung von der Zuzahlung in Fällen der unzumutbaren Belastung (§ 32 Absatz 4 SGB VI)

LERNZIELE

- Sie können darlegen, welche Personen auf Antrag völlig von der Zuzahlung befreit werden können.
- Sie können die Voraussetzungen benennen, unter denen Versicherte teilweise von der Zuzahlung befreit werden können.
- Sie können die Höhe der teilweisen Zuzahlung feststellen.

3.4.1 Richtlinien für die Befreiung von der Zuzahlung

Der Gesetzgeber hat die Träger der Rentenversicherung ermächtigt, selbst Kriterien für die Definition von "unzumutbarer Belastung" zu erarbeiten.

Dies haben die Rentenversicherungsträger umgesetzt und folgende Richtlinien erlassen:

Richtlinien für die Befreiung von der Zuzahlung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe vom 01.07.1997 in der Fassung vom 01. Juli 2023

§ 1 Befreiung von Amts wegen

(1) Eine Zuzahlung zu den in Anspruch genommenen stationären Leistungen nach § 15 SGB VI zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen 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, findet § 2 Anwendung;

(2) Sind die in § 2 geregelten Voraussetzungen für eine vollständige oder teilweise Befreiung von der Zuzahlungspflicht nach der Aktenlage offenkundig und bedarf es keiner weiteren Ermittlungen durch den Rentenversicherungsträger, erfolgt die (vollständige/ teilweise) Befreiung von der Zuzahlungspflicht auch ohne Antrag des Versicherten/ Rentners.

§ 2 Befreiung auf Antrag

(1) Vollständige Befreiung

Auf Antrag werden von der Zuzahlungspflicht vollständig befreit Versicherte/ Rentner:

- deren monatliches Netto-Erwerbseinkommen oder deren Erwerbsersatzeinkommen 40% der monatlichen Bezugsgröße nach §18 Absatz 1 SGB IV nicht übersteigt. Erwerbseinkommen und Erwerbsersatzeinkommen sind zusammenzurechnen.
- die Hilfe zum Lebensunterhalt beziehungsweise Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch oder Leistungen zur Grundsicherung nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch beziehen, unabhängig von Art und Höhe dieser Leistungen.

(2) Teilweise Befreiung

Eine teilweise Befreiung gemäß der Zuzahlungstabelle der Rentenversicherungsträger in der jeweils geltenden Fassung kommt in Betracht für Versicherte (§ 66 Absatz 1 Nummer 1 SGB IX),

a) die ein Kind (§ 32 Absatz 1, 3 bis 5 Einkommenssteuergesetz) haben, beziehungsweise die ein Stiefkind (§ 56 Absatz 2 Nummer 1 SGB I) in ihren Haushalt aufgenommen haben,

b) die pflegebedürftig sind, wenn ihr Ehegatte oder Lebenspartner*, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft leben, sie pflegt und deswegen eine Erwerbstätigkeit nicht ausübt,

oder

c) deren Ehegatte oder Lebenspartner*, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft leben, pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat.

Sie hat zu erfolgen, wenn das monatliche Netto-Erwerbseinkommen oder Erwerbsersatzeinkommen der Versicherten/ Rentner 60% der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV nicht erreicht. Die teilweise Befreiung erfolgt in Stufen im Abstand von jeweils 4% der monatlichen Bezugsgröße.
Den Stufen werden feste Zuzahlungsbeträge beginnend mit 5 Euro zugeordnet, die sich je Stufe um einen Euro erhöhen. Erwerbseinkommen und Erwerbsersatzeinkommen sind zusammenzurechnen.

§ 3 Dauer der Zuzahlung und Anrechnung bisher geleisteter Zuzahlungen

Die Zuzahlung muss höchstens für 42 Tage geleistet werden. Wurden mehrere Leistungen erbracht, sind alle Tage der Zuzahlung an den Rentenversicherungsträger und an die Krankenkassen innerhalb eines Kalenderjahres zu berücksichtigen und gegenseitig anzurechnen. Der Aufnahmetag und der Entlassungstag gelten bei der Festsetzung der Zuzahlung als ein Tag.

§ 4 Nachweise

Der Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung ist unter Beifügung einer Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers oder einer behördlichen Bescheinigung (zum Beispiel Rentenbescheid) mit dem Antrag auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI beziehungsweise mit dem Antrag auf sonstige stationäre Leistungen einzureichen. Maßgebend sind grundsätzlich die Verhältnisse im Kalendermonat vor der Antragstellung auf die Rehabilitationsleistung.

§ 5 Zuzahlung für Ehegatten oder Lebenspartner

(1) Bei sonstigen Leistungen für Ehegatten oder Lebenspartner* sind bei der Prüfung der Befreiung von der Zuzahlung die Einkommensverhältnisse der Versicherten/ Rentner maßgebend.

(2) Für die Anrechnung nach § 32 Absatz 1 Satz 3 SGB VI und § 3 Satz 2 dieser Richtlinien sind ausschließlich die Tage der Krankenhausbehandlung beziehungsweise einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI beziehungsweise einer stationären sonstigen Leistung zur Teilhabe des Ehegatten oder Lebenspartners zu berücksichtigen.

* Im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes – LpartG vom 16.02.2001

3.4.2 Befreiungsmöglichkeiten im Einzelnen

(1) § 1 der Befreiungsrichtlinien

Über diese erweiterte Befreiungsmöglichkeit für Übergangsgeldbezieher ist nunmehr sichergestellt, dass jeder Bezieher von Übergangsgeld von der Zuzahlung zu befreien ist. Eine Einschränkung gilt allerdings beim Personenkreis der Selbständigen. Hier kann es vorkommen, dass zeitgleich Übergangsgeld und Erwerbseinkommen bezogen werden. In diesen Fällen kann eine Befreiung von der Zuzahlung nach § 1 der Richtlinien nicht ausgesprochen werden. Es bleibt zu prüfen, ob die Befreiung nach § 2 der Richtlinien erfolgen kann.

(2) § 2 Absatz 1 und 2 der Befreiungsrichtlinien

§ 2 der Befreiungsrichtlinien sieht eine teilweise oder völlige Befreiung von der Zuzahlung für Betreute vor, deren Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder vergleichbare Entgeltersatzleistungen bestimmte Grenzen nicht erreichen. Dabei sind die genannten Einkommen zusammenzurechnen. Bezieht beispielsweise ein Versicherter eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung in Höhe von netto 450,00 Euro und geht er darüber hinaus einer Beschäftigung nach, bei der er ein monatliches Nettoentgelt von 870,00 Euro erzielt, dann beträgt das für die Zuzahlung maßgebliche Einkommen insgesamt 1.320,00 Euro.

Die häufigsten Entgeltersatzleistungen sind:

- Versichertenrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Verletztenrenten, soweit sie einen der Grundrente nach dem BVG entsprechenden Betrag übersteigen,
- Kurzarbeiter- oder Überbrückungsgeld,
- Pensionen,
- Betriebsrenten,
- Mutterschaftsgeld,
- Krankengeld (soweit es nicht ausschließlich auf eigener Beitragsleistung beruht),
- Verletztengeld
- Übergangsgeld,
- Arbeitslosengeld/ Arbeitslosengeld II beziehungsweise Bürgergeld beziehungsweise Grundsicherung,
- Unterhaltsgeld nach dem SGB III.

Grundrenten nach dem BVG sowie Hinterbliebenenrenten stellen keine Entgeltersatzleistungen dar.

(3) Befreiung wegen geringfügiger Einnahmen (§ 2 Absatz 1 der Richtlinien)

Die Befreiung erfolgt auf Antrag des Versicherten/ Rentners, sofern seine vorerwähnten Einnahmen 40 Prozent der Bezugsgröße nicht übersteigen.

Im Jahr 2026 gilt die Grenze von 1.583 Euro. Damit sind Versicherte, die weder Erwerbseinkommen noch Ersatzeinkommen bezogen haben, das diese Grenze übersteigt und die aus ihrer eigenen Versicherung eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erhalten, vollständig von der Zuzahlung zu befreien. Dies gilt für alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussrehabilitation. Zudem entfällt die Zuzahlung bei Leistungsbezug nach dem SGB II.

(4) Teilweise Befreiung (§ 2 Absatz 2 der Befreiungsrichtlinien)

Die teilweise Befreiung kommt nur für Versicherte in Betracht die ein Kind im Sinne des § 32 Absatz 1, 3 bis 5 Einkommenssteuergesetz haben, oder bei denen ein "Pflegetatbestand" nach § 66 Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 SGB IX vorliegt.

Für diesen Personenkreis hat die teilweise Befreiung von der Zuzahlung zu erfolgen, wenn das monatliche Netto-Erwerbseinkommen oder Netto-Erwerbsersatzeinkommen der Versicherten oder Rentner 40 % der monatlichen Bezugsgröße übersteigt und 60 % der monatlichen Bezugsgröße nicht erreicht (2026: 3.955,00 Euro x 60 % = 2.373,00 Euro).

Die teilweise Befreiung erfolgt in Stufen im Abstand von jeweils 4 % der monatlichen Bezugsgröße. Den Stufen werden feste Zuzahlungsbeträge beginnend mit 5,00 Euro zugeordnet, die sich je Stufe um einen Euro erhöhen.

Beispiel 1:

Ein Versicherter mit 16-jährigem Kind bezieht ein monatliches Nettoentgelt in Höhe von 2.009,50 Euro. Er führt im Jahr 2026 eine medizinische Rehabilitation durch.

Zunächst ist zu prüfen, ob der Versicherte vollständig von der Zuzahlung zu befreien ist. Hierzu wird geprüft, ob sein monatliches Nettoentgelt den Grenzbetrag 40 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 (1) SGB IV erreicht. Die monatliche Bezugsgröße 2026 beträgt 3.955,00 Euro, hiervon 40% sind 1.582,00 Euro. Sein Nettoeinkommen beträgt 2.009,50 Euro, dies übersteigt den Grenzbetrag. Somit kann keine vollständige Befreiung erfolgen.

Der Versicherte hat jedoch ein Kind im Sinne des § 32 Absatz 1, 3 bis 5 des Einkommenssteuergesetz, somit kann eine teilweise Befreiung von der Zuzahlung geprüft werden.

Außerdem liegt sein Nettoeinkommen unter 60% der Bezugsgröße (2026 = 2.373 Euro)

Die Stufen zwischen 40% und 60% erfolgt in 4% Schritten, für 2026 bedeutet dies 4% von 3.955,00 Euro entspricht 158,20 Euro.

Man errechnet zum Grenzbetrag **(**2026 = 1.582,00 Euro) so oft die 4% hinzu, bis das Nettoentgelt des Versicherten erreicht wird.

1.582,00 Euro + 158,20 Euro = 1.740,20 Euro Zuzahlung 5,00 Euro

1.740,20 Euro + 158,20 Euro = 1.898,40 Euro Zuzahlung 6,00 Euro

1.898,40 Euro + 158,20 Euro = 2.056,60 Euro Zuzahlung 7,00 Euro

Im vorliegenden Fall hat der Versicherte ein Nettoeinkommen von 2.009,50 Euro und übersteigt somit 1.898,40 Euro, jedoch nicht den nächsten Betrag von 2.056,60 Euro.

Daher beträgt seine Zuzahlungsbetrag 7,00 Euro

Die Prüfung der teilweisen Befreiung kann insoweit auch anhand der Tabelle 1 erfolgen.

Tabelle 1: Staffelbeträge

Medizinische Leistungen			
mtl. Nettoeinkommen	**mit** Kind/ Pflegebedürftigkeit	mtl. Nettoeinkommen	**ohne** Kind/ Pflegebedürftigkeit
unter 1.583,00 Euro*	keine Zuzahlung	unter 1.583,00 Euro*	keine Zuzahlung
ab 1.583,00 Euro	5,00 Euro	ab 1.583,00 Euro	10,00 Euro
ab 1.740,20 Euro	6,00 Euro		
ab 1.898,40 Euro	7,00 Euro		
ab 2.056,60 Euro	8,00 Euro		
ab 2.214,80 Euro	9,00 Euro		
ab 2.373,00 Euro	10,00 Euro		

*) Bezugsgröße für 2026 nach § 18 SGB IV = 3.955,00 Euro monatlich, Grenzbetrag demzufolge = 1.583,00 Euro.

(5) § 4 der Befreiungsrichtlinien

Grundsätzlich sind die wirtschaftlichen Verhältnisse bei Beginn der Leistung maßgebend. Da jedoch nach § 4 der Befreiungsrichtlinien der Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung mit dem Antrag auf Leistung zur medizinischen Rehabilitation einzureichen ist, soll bei der Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse in der Regel auf den Monat vor der Antragstellung abgestellt werden. Es ist jedoch zu beachten, dass sich bis zum Beginn der Leistung Änderungen hinsichtlich der Einnahmen und auch der Bezugsgröße ergeben können. Ergibt sich hierdurch für den Versicherten möglicherweise eine Befreiung von der Zuzahlung beziehungsweise eine Minderung der Zuzahlungsverpflichtung ("Änderung zu Gunsten des Versicherten") ist bei einer erneuten Antragstellung auf die Verhältnisse bei Beginn der Leistung abzustellen.

Beispiel 2:

Ein lediger, kinderloser Versicherter erhält auf seinen Antrag vom 14.08.2026 eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom 23.09.2026 bis 14.10.2026 = 22 Tage.
Im Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung wird für den Monat Juli vom Arbeitgeber ein Nettoverdienst von 1.620,00 Euro bescheinigt.

Nach der Rehabilitation teilt der Versicherte dem Rentenversicherungsträger mit, dass er seit dem 01.08.2026 bei einem neuen Arbeitgeber beschäftigt ist. Der neue Arbeitgeber bescheinigt für den August einen Nettoverdienst von 1.577,00 Euro.

Lösung:

Die wirtschaftlichen Verhältnisse vor der Antragstellung würden dazu führen, dass der Versicherte eine Zuzahlung von 10,00 Euro für 21 Tage zu leisten hätte. Durch die Veränderung in den wirtschaftlichen Verhältnissen bei Beginn der Rehabilitation liegt das Nettoentgelt unter 40% der Bezugsgröße und somit unter 1.583,00 Euro, daher wird der Versicherte vollständig von der Zuzahlung befreit.

(6) § 5 der Befreiungsrichtlinien

Wird eine onkologische Nachsorgeleistung für einen Angehörigen durchgeführt, so ist der Versicherte/ Rentner der Zuzahlungsschuldner. Für die (teilweise) Befreiung von der Zuzahlung sind daher allein die Verhältnisse des Versicherten/ Rentners maßgebend.

Beispiel 3:

Einer Frau wird eine onkologische Nachsorgeleistung aus der Versicherung ihres Ehemannes gewährt. Die Frau war selbst nie in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert. Sie ist selbständig und bezieht ein Erwerbseinkommen von ca. 3.000,00 Euro pro Monat. Der Ehemann ist lediglich teilzeitbeschäftigt und bezieht aus dieser Beschäftigung ein Nettoentgelt von 670,00 Euro monatlich.

Lösung:

Maßgeblich sind die Einkommensverhältnisse des **Versicherten**. Nach dem Gesetzeswortlaut ist lediglich zu prüfen, inwieweit der Versicherte unzumutbar belastet ist. Im vorliegenden Fall verfügt der Versicherte über Erwerbseinkommen. Einschlägig sind insoweit die Befreiungsrichtlinien. Da die Einkünfte des Versicherten unter dem Betrag von 1.583,00 Euro liegen, hat eine vollständige Befreiung von der Zuzahlung zu erfolgen.

Beispiel 4:

Eine weibliche Versicherte erhält eine onkologische Nachsorgeleistung. Die Versicherte verfügt derzeit selbst über keine Einkünfte. Sie hat auf Grund einer früheren Beschäftigung die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die beantragte Leistung zur Teilhabe erfüllt. Die Versicherte ist verheiratet, in der häuslichen Gemeinschaft lebt neben dem Ehemann noch ein Kind. Der Ehemann erzielt ein Nettoarbeitsentgelt von monatlich 1.600,00 Euro, das Kind verfügt über keine Einkünfte.

Lösung:

Es handelt sich um eine Leistung aus der eigenen Versicherung der Frau. Es kommt daher bei der Zuzahlung allein auf die Einkommensverhältnisse der Frau an. Sie verfügt über keine Einkünfte, unterschreitet damit die Grenze von 1.583,00 Euro und ist somit vollständig von der Zuzahlung befreit.

Durch mehrere Urteile wurde festgestellt, dass die Zuzahlungsrichtlinien nicht abschließend regeln, wann eine Zuzahlung den Versicherten unzumutbar belastet. Macht ein Versicherter daher nachvollziehbar geltend, dass er trotz Überschreiten der Entgeltgrenze unzumutbar belastet ist, so kann durch eine Ermessensentscheidung im Einzelfall, eine Befreiung von der Zuzahlung erfolgen.

AUFGABEN ZUR SELBSTÜBERPRÜFUNG

42. Welcher "Wert" wird bei der Prüfung der Befreiung von der Zuzahlung auf Antrag des Versicherten in der Regel herangezogen?

43. Welche der nachfolgenden Leistungen werden als Entgeltersatzleistungen im Sinne der Befreiungsrichtlinien herangezogen?

    a) Versichertenrenten

    b) Hinterbliebenenrenten

    c) Unfallrenten

    d) Übergangsgeld

44. Ein Versicherter bezieht eine Nettorente wegen teilweiser Erwerbsminderung in Höhe von 685,22 Euro, zusätzlich erzielt er ein Nettoarbeitsentgelt in Höhe von 1.210,17 Euro. Welches monatliche Einkommen ist hinsichtlich der Zuzahlung maßgebend?

45. Für den in Stuttgart lebenden Versicherten Paul Richter wurde in der Zeit vom 17.11.2026 bis 08.12.2026 eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation (keine AHB) durch geführt. Laut Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung verdient Herr Richter monatlich netto 1.860,17 Euro. Er hat eine zehnjährige Tochter. Sein Entgeltfortzahlungsanspruch endet am 30.11.2026.
    Für welche Zeit und in welcher Höhe hat der Versicherte die Zuzahlung zu leisten?

46. Was ist der entscheidungserhebliche Zeitraum für die Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse im Hinblick auf die Zuzahlung?

Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung

1. Alle in § 74 Absatz 1 SGB IX genannten Voraussetzungen müssen erfüllt sein.

2. Grundsätzlich darf das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet sein. Bei behinderten Kindern gibt es keine Altersbegrenzung.

3. Für die Prüfung des Alters des Kindes ist der Beginn der Haushaltshilfe ausschlaggebend.

4. Für die Feststellung, in welcher Höhe Kosten erstattet werden.

5. Haushaltshilfe wird in angemessener Höhe gewährt. Hierunter versteht man einen täglichen Höchstsatz von 2,5 Prozent der monatlichen Bezugsgröße, auf- oder abgerundet auf den nächsten geraden Euro -Betrag. Außerdem gibt es eine Höchstgrenze der Einsatzstunden von täglich acht Stunden.

6. Wenn die besonderen familiären Verhältnisse eine Fachkraft erforderlich machen. So zum Beispiel, wenn mehrere Kleinkinder im Haushalt leben. Oder wenn sich der Versicherte eine Ersatzkraft nicht selbst beschaffen kann.

7. Prüfung der Voraussetzungen nach § 74 Absatz 1 SGB IX:

   - Teilnahme an Rehabilitation in der Zeit vom 16.09.2026 bis 07.10.2026.
   - Weiterführung des Haushaltes durch die Versicherte dadurch nicht möglich.
   - Nachdem der Ehemann berufstätig ist, ist eine andere im Haushalt lebende Person gehindert, diesen weiterzuführen.
   - Im Haushalt lebt die Tochter, die bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

   Nachdem alle Voraussetzungen erfüllt sind, besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe. Nach § 38 Absatz 4 SGB V ist Haushaltshilfe in angemessenem Umfang zu erstatten. Die Forderung beträgt für acht Stunden 75,00 Euro. Der Höchstanspruch (2026 = 98,00 Euro) wird nicht überschritten, folglich sind die 75,00 Euro täglich pro Werktag zu erstatten.

8. Nachdem der Versicherte täglich pendelt, erhält er für jeden km 0,20 Euro.
   Daraus ergibt sich folgende Berechnung:
   2 x 13 km = 26 km x 0,20 Euro = 5,20 Euro
   Anspruch pro Tag: 5,20 Euro x 23 Tage = 119,60 Euro

9. Bei Kinderrehabilitation.

10. Bei einer Reisedauer von mehr als acht Stunden zwischen Wohn-/ Aufenthaltsort und Rehabilitationseinrichtung.

11. Bei einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, die drei Monate dauert, werden 6 Familienheimfahrten bezahlt.

12. Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nach Ablauf von acht Wochen zwei Familienheimfahrten im Monat gewährt. Bei einer Reha-Dauer von insgesamt 12 Wochen wären es also zwei Familienheimfahrten.

13. Beim Reha-Sport ist die medizinische Notwendigkeit gegeben.

14. Da der Reha-Sport nach einer Operation notwendig wird, ist die Krankenversicherung für die Kostenübernahme zuständig.

15. Der Reha-Sport wird im Normalfall längstens für sechs Monate, im Ausnahmefall für zwölf Monate gewährt.

16. Es müssen dieselben Voraussetzungen erfüllt sein wie für Leistungen nach §§ 15 ff SGB VI (versicherungsrechtliche und persönliche Voraussetzungen nach §§ 10 und 11 SGB VI). Es dürfen keine Ausschussgründe nach § 12 SGB VI vorliegen.

17. Rehabilitationsvorbereitung und weitere Eingliederungsleistungen.

18. Auf der Basis der gesetzlichen Bestimmung (§ 31 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI) und auf Grund der "Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung für Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben".

19. Leistungen nach den §§ 14, 15, 15a, 16 und 17 SGB VI, sowie ergänzende Leistungen nach § 64 SGB IX

20. Vorgespräch, vorbereitende Informationsveranstaltungen, Übernahme von Kosten für Kurse zur Gesundheitsbildung.

21. Maßnahmen zur Verhaltensänderung oder Konfliktbearbeitung für Angehörige, Sprech-, Stimm-, und Sprachtherapie, Ergotherapie und neuropsychologisches Training, begleitende Hilfen, die den Versicherten die Teilnahme an der Rehabilitation ermöglichen sollen.

22. Allgemeine Leistungen werden gewährt, wenn die Erwerbsfähigkeit der Versicherten wiederhergestellt werden kann. Bei Nachsorgeleistungen genügt es, dass die Einschränkungen, die sich aus der Krankheit ergeben, positiv beeinflussbar sein sollen.

23. Versicherte, Bezieher einer Rente, nichtversicherte Angehörige von Versicherten oder Rentenbeziehern.

24 a) Sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung in den letzten zwei Jahren.

24 b) Erfüllung der allgemeinen Wartezeit.

24 c) Bis zur Antragstellung Ausübung einer Beschäftigung oder Tätigkeit, die innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung aufgenommen wurde, oder Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zur Antragstellung.

25. Wenn bei dem Kind die Schul- oder Berufsausbildung durch den gesetzlichen Wehrdienst, Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst unterbrochen oder verzögert wurde.

26. Die Auffassung ist falsch. Es können mehrere onkologische Nachsorgeleistungen gewährt werden (zum Beispiel – in Ausnahmefällen – auch drei solche Maßnahmen).

27. Innerhalb von zwei Jahren nach beendeter Primärbehandlung kommen onkologische Nachsorgeleistungen in Betracht, wenn erhebliche Funktionsstörungen entweder infolge der Ca- Erkrankung selbst oder aufgrund von Komplikationen beziehungsweise Therapiefolgen vorliegen.

28. Onkologische Nachsorgeleistungen dauern in der Regel drei Wochen.

29. Versicherte, die an einer onkologischen Nachsorgeleistung teilnehmen haben Anspruch auf Übergangsgeld, sofern sie die Voraussetzungen des § 20 SGB VI erfüllen.

30. Teilnehmer an onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen müssen grundsätzlich die Zuzahlung leisten. Zuzahlungspflichtig ist auch bei Leistungen für Angehörige immer der Versicherte. Es sind allerdings die Befreiungsmöglichkeiten, die für allgemeine medizinische Rehabilitationsleistungen gelten, zu beachten.

31. „Einrichtungen“ im Sinne von § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI sind natürliche und juristische Personen.

32. Erforschung von Krankheiten, Suchtbekämpfung, Förderung von Selbsthilfegruppen, Beratung über Lebensführung.

33. Unterschieden werden die Zuwendungsarten: „Projektförderung“ und „institutionelle Förderung“

34. In der Dauer der Zuzahlungsverpflichtung. 42 Tage sind bei allgemeinen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu leisten, 14 Tage bei Leistung zur medizinischen Rehabilitation, die sich an einen Krankenhausaufenthalt anschließen (Anschlussrehabilitation).

35. Innerhalb eines Kalenderjahres.

36. Da er eine AHB erhält, handelt es sich nach § 32 Absatz 1 Satz 2 SGB VI um einen "14-Tage-Fall". Nachdem er im selben Kalenderjahr bereits für zehn Tage Zuzahlung geleistet hat, muss er während der Rehabilitation noch für vier Tage Zuzahlung leisten.

37. Bei der Rehabilitation handelt es sich um eine Leistung mit einer Zuzahlungsverpflichtung nach § 32 Absatz 1 Satz 1 SGB VI. Die Versicherte muss für längstens 42 Tage zuzahlen. Die Rehabilitation dauert einschließlich An- und Abreise 39 Tage (wobei An- und Abreisetag als ein Tag gelten). Frau Kurz muss für 38 Tage Zuzahlung leisten.

38. Durch die vorausgegangene Entgiftung im Akutkrankenhaus gilt die Entwöhnung als Anschlussrehabilitation. Bei der Entgiftung und der Entwöhnungsbehandlung handelt es sich um sogenannte "einheitliche Leistungsfälle".

    Der Versicherte hat während der Entgiftung in der Zeit vom 15.12.2025 bis 31.12.2025 bereits für 17 Tage eine Zuzahlung geleistet. Durch den Jahreswechsel entsteht für die Entwöhnungsbehandlung keine erneute Zuzahlungsverpflichtung, weil Herr Gin die Zuzahlung im alten Jahr vollständig abgeleistet hat.

39. Bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation handelt es sich, nachdem keine Krankenhausbehandlung vorausgegangen ist, um keine Anschlussrehabilitation und somit um einen "42-Tage-Fall". Es ist für 21 Tage zuzuzahlen (An- und Abreisetag gelten als ein Tag).
    Zuzahlungspflichtig ist auf Grund des Wortlautes des Gesetzes immer der Versicherte/ Rentenbezieher, nicht dessen Angehörige.

40. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI in Anspruch nehmen, (§ 32 Absatz 1 SGB VI) sowie Versicherte oder Rentenbezieher, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und für sich, ihre Ehegatten oder Lebenspartner sonstige stationäre Leistungen in Anspruch nehmen. (§ 32 Absatz 2 SGB VI)

41. Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitationen wegen einer Stoffwechselerkrankung sind höchstens 42 Tage Zuzahlung zu leisten. Da der Versicherte jedoch ab 31.10.2026 Übergangsgeld bezieht, welches nach § 66 Absatz 1 S. 3 SGB IX begrenzt ist, ist er ab diesem Zeitpunkt von der Zuzahlung befreit. Er muss also vom 14.10.2026 bis 30.10.2026 = 17 Tage zuzahlen.

42. Die jeweils aktuelle Bezugsgröße nach § 18 SGB IV.

43. Versichertenrenten und Übergangsgeld.

44. Das für die Zuzahlung maßgebliche Einkommen beträgt 1.895,39 Euro.

45. Auf Grund der Rehabilitation muss der Versicherte grundsätzlich 10,00 Euro für längstens 42 Tage Zuzahlung leisten. Der Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung ist jedoch zu prüfen.

    Sein Nettoeinkommen beträgt mehr als 40%, jedoch weniger als 60 % der Bezugsgröße. Die Bezugsgröße 2026 beträgt 3.955,00 Euro, davon 40 % sind 1.582,00 Euro, 60 % sind 2.373,00 Euro.

    Der untere Grenzbetrag wird jeweils um 4% der Bezugsgröße = 158,20 Euro erhöht. Der geringste Zuzahlungsbetrag beläuft sich auf 5 Euro, dieser ist für ein Nettoeinkommen zwischen 1.583,00 Euro und 1.740,20 Euro maßgebend. Bei Erreichen der nächsten Einkommensstufe erhöht sich der Zuzahlungsbetrag auf 6 Euro. Der Versicherte befindet sich im „Einkommenskorridor“ zwischen 1.740,20 Euro und 1.898,40 Euro. Er muss daher 6 Euro Zuzahlung leisten.

    Ab 01.12.2026 erhält er Übergangsgeld, welches nach § 66 Absatz 1 Satz 3 SGB IX begrenzt ist. Damit ist er ab diesem Zeitpunkt von der Zuzahlung befreit. Er muss für die Zeit vom 17.11.2026 bis 30.11.2026 = 14 Tage je 6 Euro zuzahlen, also 84,00 Euro.

46. Grundsätzlich ist der Monat vor der Antragstellung auf Leistungen zur Rehabilitation heranzuziehen.

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Übersicht zu ergänzenden Leistungen 5

Abbildung 2: Haushaltshilfe 6

Abbildung 3: Voraussetzungen für Anspruch auf Haushaltshilfe 7

Abbildung 4: Verwandtschaft und Schwägerschaft 14

Abbildung 7: Sonstige Leistungen zur Teilhabe 26

Abbildung 8: Leistungen zur Eingliederung 30

Abbildung 9: Anspruchsberechtigte für Nachsorgeleistungen 34

Abbildung 10: Fallgruppen der Zuzahlung 43

Tabelle 1: Staffelbeträge 56

Verfügbare Titel der Studientext-Reihe

Nummer 1	Dietzel	Sozialversicherung
Nummer 2	Schindler	Versicherungspflicht
Nummer 3	Czok * Hillig	Beitrags- und Meldewesen
Nummer 4	Loukidou	Selbständige
Nummer 5	Rosenbusch	Versicherungsfreiheit
Nummer 6	Sibum	Freiwillige Versicherung
Nummer 7	Jungbauer	Nachversicherung
Nummer 8	Schulte	Wirksamkeit der Beitragszahlung
Nummer 9	Hiller	Beitragserstattung
Nummer 10	Raps	Anerkennung von Beitragszeiten
Nummer 11	Kühl	Fremdrentenrecht
Nummer 12	Prietzel	Leistungen zur Teilhabe
Nummer 13	Küppenbender	Übergangsgeld
Nummer 14	Böwing	Ergänzende und sonstige Leistungen, Zuzahlung
Nummer 15	Mellmann * Knobloch	Rentenantragsverfahren
Nummer 16	Lennecke * Limbeck	Renten wegen Alters
Nummer 17	Benen	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
Nummer 18	Brettschneider	Renten wegen Todes
Nummer 19	Strotmann	Wartezeiten
Nummer 20	Begert	Rentenrechtliche Zeiten
Nummer 21	Beckwermert	Rentenberechnung
Nummer 22	Viergutz	Zusammentreffen von Renten und Einkommen
Nummer 23	Klüpfel	Versorgungsausgleich
Nummer 24	Gries	Pfändung, Abtretung, Aufrechnung von Renten
Nummer 25	Seliger-Hartmann * Steupert	Rentenzahlverfahren, Vorschüsse und Verzinsung
Nummer 26	Stempfhuber	Erstattungsansprüche der Leistungsträger
Nummer 27	Dopheide * Bartelt	Verwaltungsverfahren I (SGB I)
Nummer 28	Reinartz	Verwaltungsverfahren II (SGB X)
Nummer 29	Zepke	Krankenversicherung der Rentner
Nummer 30	Gutzler	Über- und zwischenstaatliches Recht, Auslandsrenten
Nummer 31	Ruder * Seeg	Datenverarbeitung in der Rentenversicherung

Nummer 32	Schulmeister	Datenschutz in der Rentenversicherung
Nummer 33	Brüßeler	Arbeits- und Dienstrecht
Nummer 34	Becker	Knappschaftsrecht I: Versicherung und Beitrag
Nummer 35	Stehr ∗ Böttcher	Knappschaftsrecht II: Leistungen
Nummer 36	Schmidt-Kühlewind	Sozialgerichtsgesetz
Nummer 37	-	Wird nicht mehr aufgelegt
Nummer 38	Jäger * Reich	Lern- und Arbeitstechniken
Nummer 39	Jäger * Reich	Kommunikation – Kooperation
Nummer 40	Tippelmann	Altersvorsorge

Impressum

1. Auflage 1993
31. Auflage 2026
Rechtsstand 01.01.2026

Autorin Petra Böwing - Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Fachgutachterin Carolin Heukelbach - Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Herausgeber © Deutsche Rentenversicherung Bund
Personal, People & Development
Produktcenter Personalentwicklung
Prozesse, Standards und IT
Hohenzollerndamm 46/47
10704 Berlin

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Liebe Leser*innen außerhalb der Deutschen Rentenversicherung:

Für Auskünfte zu diesem und allen anderen fachlichen Themen rund um Versicherung, Rente, Reha und Altersvorsorge wenden Sie sich bitte an unsere Expert*innen am **Servicetelefon** der Deutschen Rentenversicherung unter:

0800 1000 4800 (Montag bis Donnerstag von 7:30 bis 19:30 Uhr, Freitag bis 15:30 Uhr)

Oder nehmen Sie auf anderem Wege Kontakt auf:

Kontakt | Deutsche Rentenversicherung (deutsche-rentenversicherung.de)