

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation

- Der Weg zur Reha
- Stationäre und ambulante Rehabilitation
- Reha rechnet sich





Medizinische Rehabilitation – Wieder fit fürs Arbeitsleben

Niemand ist davor geschützt: Krankheit kann jeden treffen und das Leben ganz schön beeinträchtigen. Immer dann, wenn sie die Erwerbsfähigkeit eines Arbeitnehmers erheblich gefährdet oder bereits vermindert hat, kann die gesetzliche Rentenversicherung meist Abhilfe schaffen. Sie bietet Ihnen verschiedene Rehabilitationsleistungen an.

Die medizinische Rehabilitation dient in erster Linie der Behandlung von Gesundheits- und Funktionsstörungen. Sie soll Ihnen helfen, wieder fit zu werden oder trotz Erkrankung möglichst lange im Berufsleben zu bleiben.

Scheuen Sie sich nicht, eine Rehabilitation zu beantragen, wenn Sie den Anforderungen der Arbeitswelt gesundheitlich nicht mehr gewachsen sind. Denn Rehabilitation rechnet sich – für Sie und für uns. Warum das so ist, erfahren Sie in dieser Broschüre.

Sollten Fragen offen bleiben – wir sind für Sie da.



Inhaltsverzeichnis

- 4 Medizinische Rehabilitation – Wieder mitten im Leben**
- 8 Stationäre Rehabilitation – Mehr als ein Klinikaufenthalt**
- 10 Ambulante Rehabilitation – In der Reha und doch zu Hause**
- 14 Sie haben die Wahl – Mehr Selbstbestimmung**
- 16 Reha rechnet sich – Ein Plus für alle**
- 22 Der Weg zur Rehabilitation – Erste Schritte**
- 26 Wir informieren. Wir beraten. Wir helfen.**



Medizinische Rehabilitation – Wieder mitten im Leben

„Rehabilitation“ stammt aus dem Lateinischen und bedeutet „wiederherstellen“. Die gesetzliche Rentenversicherung führt unter dieser Bezeichnung Leistungen mit dem Ziel durch, die gefährdete oder bereits geminderte Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen, zumindest aber eine Verschlechterung abzuwenden.

Im Rahmen dieser Leistungen bietet sie Behandlungen bei schwerwiegenden Erkrankungen und dadurch verursachten Funktionsstörungen an. Damit soll vor allem ein vorzeitiges Ausscheiden der Betroffenen aus dem Berufsleben vermieden werden. Doch eine erfolgreiche Rehabilitation bewirkt mehr. Sie verbessert Ihre Lebensqualität insgesamt, und Sie können Ihren Platz in Beruf, Gesellschaft und Familie wieder ausfüllen.

Die Leistungen werden stationär, zunehmend aber auch ambulant durchgeführt und dauern in der Regel drei Wochen. Sie können, wenn es medizinisch notwendig erscheint, auch verlängert werden.

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen zur bloßen Stärkung der Gesundheit oder die Behandlung akuter Krankheiten gehören nicht zu den Aufgaben der Rentenversicherung. Hier sind die Kranken- bzw. die Unfallversicherung Ihr richtiger Ansprechpartner. Eine Leistung

zur medizinischen Rehabilitation vom Rentenversicherungsträger ist grundsätzlich nur bei Krankheiten und Behinderungen möglich, die die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen, Erfolgsaussicht vorausgesetzt.

Zu den häufigsten rehabilitationsbedürftigen Erkrankungen gehören

- abnutzungsbedingte Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen (Arthrosen und andere rheumatische Erkrankungen, Bandscheibenschäden u. Ä.),
- Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (Herzinfarkt, Zustand nach Bypass-Operation oder Schlaganfall u. Ä.),
- psychische Erkrankungen (Neurosen, depressive Störungen und Suchterkrankungen u. Ä.)
- Krebserkrankungen.

Unser Tipp:

Über die Rehabilitation bei Tumorerkrankungen informieren wir ausführlich in unserer Broschüre „Onkologische Rehabilitation“. Zur Rehabilitation bei Suchterkrankungen erfahren Sie Näheres in unserer Broschüre „Entwöhnungsbehandlungen – Ein Weg aus der Sucht“.

Anschlussheilbehandlung

Als so genannte Anschlussheilbehandlungen werden stationäre oder ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bezeichnet, die sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung anschließen.

Die Dauer einer Anschlussheilbehandlung ist von der Indikation bzw. Diagnose sowie dem Verlauf der Behandlung abhängig. Sie beträgt in der Regel ebenfalls drei Wochen. Wenn es medizinisch notwendig ist, können Leistungen auch für einen längeren Zeitraum durchgeführt werden. Verkürzt werden kann sie dagegen, wenn das Rehabilitationsziel früher erreicht wird oder sich keine Besserung abzeichnet.

Damit ein Versicherter möglichst schnell vom Krankenhaus in eine spezielle Rehabilitationseinrichtung verlegt werden und die Anschlussheilbehandlung sich nahtlos anschließen kann, hat Ihre Rentenversicherung gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen ein spezielles Antragsverfahren entwickelt: Für gesetzlich Krankenversicherte kann bereits der behandelnde Arzt im Krankenhaus feststellen, ob eine Anschlussheilbehandlung aus medizinischer Sicht geeignet erscheint. Ob auch die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, prüft der Sozialdienst des Krankenhauses. Der Antrag kann ebenfalls gleich vor Ort gestellt werden.

Das Krankenhaus leitet die Antragsunterlagen dann an die jeweilige Rehabilitationseinrichtung weiter und organisiert die Verlegung des Patienten. Die Rentenversicherung erhält den Antrag dann von dort übersandt. Im Idealfall können Sie als Patient also sofort vom Krankenhaus in die Rehabilitationseinrichtung wechseln.

Unter den Antragsunterlagen, die Ihnen der Sozialdienst des Krankenhauses aushändigt, befindet sich auch ein Formular für eine Verdienstbescheinigung. Diese benötigt Ihre Rentenversicherung für die Prüfung, ob Sie während der Anschlussheilbehandlung so genanntes Übergangsgeld bekommen können.

Ausführliche Informationen zum Antragsverfahren erhalten Sie auf unseren [Seiten 22 ff.](#)

Unser Tipp:

Wenn Sie erwerbstätig sind, sollten Sie diese Bescheinigung schellstmöglich von Ihrem Arbeitgeber ausfüllen lassen und an die Rentenversicherung schicken. Nur so können wir gewährleisten, dass Sie auch während der Rehabilitation – ohne dass Versorgungslücken entstehen – finanziell gesichert sind.



Anschlussgesundheitsmaßnahme

Eine medizinische Rehabilitationsleistung kann auch als so genannte Anschlussgesundheitsmaßnahme durchgeführt werden. Sie entspricht im Wesentlichen einer Anschlussheilbehandlung und kommt immer dann in Frage, wenn der Patient nicht gesetzlich, sondern privat oder gar nicht krankenversichert ist. Möglich ist sie auch, wenn eine Anschlussheilbehandlung aus medizinischen oder anderen Gründen nicht durchgeführt werden kann.

Im Unterschied zu einer Anschlussheilbehandlung muss der Rentenversicherungsträger hier jedoch vorab prüfen, ob Sie die Voraussetzungen für diese Rehabilitation erfüllen. Der Arzt oder Sozialdienst des Krankenhauses ist hierzu nicht berechtigt. Eine direkte Verlegung des Patienten vom Krankenhaus in die Rehabilitationseinrichtung ist somit nicht möglich. Die Anträge werden von der Rentenversicherung jedoch bevorzugt bearbeitet, so dass auch hier eine möglichst zeitnahe Behandlung in einer Rehabilitationsklinik stattfinden kann.



Stationäre Rehabilitation – Mehr als ein Klinikaufenthalt

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wurden in den vergangenen Jahren überwiegend stationär angeboten und durchgeführt. Stationär bedeutet: Sie sind ganztätig mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung untergebracht.

Ihre Rentenversicherung unterhält bundesweit zahlreiche Rehabilitationseinrichtungen, die jeweils auf verschiedene Indikationen spezialisiert sind. Die Auswahl einer geeigneten Einrichtung erfolgt unter Beachtung aller medizinischen und individuellen Gegebenheiten. Dazu zählen unter anderem Ihre Erkrankung oder Behinderung, Ihre persönliche Lebens- und Familiensituation, das Alter und Geschlecht.

Auch die Behandlungen und Therapien werden individuell gestaltet und auf Ihre Erkrankung abgestimmt. Sie werden also nicht nur von Ärzten, sondern – je nach Bedarf – auch von Psychologen, Krankengymnasten, Bewegungstherapeuten oder Diätassistenten betreut. So werden zum einen Ihre Beschwerden gelindert. Zum anderen erhalten Sie Hinweise und Anleitung, wie Sie mit den Funktionseinschränkungen durch Ihre Erkrankung oder Behinderung im Alltag verantwortlich umgehen und Ihre Lebensführung am besten darauf einstellen können.

Das Angebot in der Rehabilitationseinrichtung reicht dabei vom Kochkurs in der Diätküche über tägliche Gymnastik, Schwimmen oder Rückenschule bis hin zu Mal- oder Gesprächstherapien. Auch Informationsveranstaltungen über Erkrankungen, deren Ursachen, Therapiemöglichkeiten, den Stand der medizinischen Forschung und Ähnliches gehören dazu.

Ausführliche Informationen zur Zuzahlung erhalten Sie ab [Seite 19ff.](#)

Die Kosten für die Rehabilitation übernimmt komplett Ihr Rentenversicherungsträger. Gegebenenfalls müssen Sie etwas zuzahlen.

Für eine erfolgreiche Rehabilitation ist Ihre aktive Mitarbeit als Rehabilitand erforderlich. Wir erwarten, dass Sie während der einzelnen Behandlungsschritte eigenverantwortlich mitwirken und Therapieabsprachen einhalten. Außerdem sollten Sie bereit sein, die in der Rehabilitation gewonnenen neuen Erkenntnisse im Alltag auch umzusetzen. Das kann auch eine Umstellung bisheriger gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen erfordern, um Risikofaktoren wie Übergewicht, Rauchen und Alkohol zu minimieren oder auszuschalten.

Unterstützt werden Sie dabei von einem qualifizierten Reha-Team. Kommen Sie der Mitwirkungspflicht nicht nach und gefährden damit Ihre Erwerbsfähigkeit bzw. den Erfolg der Rehabilitation, können Sozialleistungen – beispielsweise eine Rente wegen Erwerbsminderung – sogar versagt oder entzogen werden.



Ambulante Rehabilitation – In der Reha und doch zu Hause

Die Rehabilitation ist flexibler geworden. Neben der stationären Rehabilitation werden seit einiger Zeit verstärkt auch ambulante Leistungen angeboten. Diese sind medizinisch-therapeutisch gleichwertig und werden bei den Versicherten immer beliebter.

So prüft der Rentenversicherungsträger immer häufiger, ob für Patienten auch eine ambulante Rehabilitation in Frage kommt. Ambulant bedeutet, dass Sie sich nur tagsüber in einer Rehabilitationsklinik aufhalten und zum Abend nach Hause zurückkehren.

So können Sie sich nach einem anstrengenden Behandlungs- oder Therapietag in gewohnter Umgebung entspannen oder auch neu Erlerntes gleich im Alltag umsetzen. Problemlos können Familienangehörige bei Bedarf in die Therapie einbezogen werden. Und Ihr behandelnder Arzt kann den Rehabilitationsprozess beobachten und anschließend nahtlos weiterbetreuen.

Vorteilhaft ist außerdem die Arbeitsplatznähe, die für berufliche Wiedereingliederungsversuche wichtig sein kann. Auch ein Kontakt zu Selbsthilfegruppen am Wohnort kann so allmählich aufgebaut oder fortgeführt werden.

Wofür und in welcher Höhe die Rentenversicherung Kosten übernimmt und Übergangsgeld zahlt, können Sie im Kapitel „Reha rechnet sich – Ein Plus für alle“ auf Seite 16 nachlesen.

Bedingung für die Teilnahme an einer ambulanten Rehabilitation ist jedoch, dass Sie die Rehabilitationseinrichtung in einer bestimmten Zeit von Ihrem Wohnort aus erreichen können. Sie sollten nicht weiter als eine Fahrstrecke von 45 Minuten entfernt wohnen.

Zu einer ambulanten Rehabilitation müssen Sie nichts zuzahlen. Die täglichen Fahrkosten werden Ihnen erstattet. Einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber bzw. auf Zahlung von Übergangsgeld von der Rentenversicherung haben Sie bei einer Rehabilitation, die ambulant durchgeführt wird.

Rehabilitationssport und Funktionstraining

Um den Rehabilitationserfolg nachhaltig und langfristig zu sichern, finanziert die Rentenversicherung ambulanten Rehabilitationssport im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Dies ist jedoch an einige Bedingungen geknüpft: Bereits der Arzt in der Rehabilitationseinrichtung muss den ambulanten Rehabilitationssport für den Patienten empfehlen.

Dabei muss der Arzt die Diagnose angeben, die Notwendigkeit des Rehabilitationssports begründen, eine oder mehrere geeignete Sportarten benennen und die Trainingsdauer festlegen. Ihr behandelnder Arzt bzw. Hausarzt muss den Rehabilitationssport anschließend noch verordnen.

In Frage kommt ambulanter Rehabilitationssport vor allem bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie nach Operationen oder Unfallfolgen an den Bewegungsorganen. Im Unterschied zum Rehabilitationssport kann bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ein Funktionstraining hilfreich sein. Auch hier ist eine Empfehlung vom Ärzteteam der Rehabilitationseinrichtung sowie die anschließende ärztliche Verordnung durch Ihren behandelnden Arzt erforderlich.

Die Kostenzusage der Rentenversicherung für den Rehasport bzw. das Funktionstraining gilt längstens sechs Monate. Beginnen müssen Sie mit dem Sport oder Training innerhalb von drei Monaten nach Ende der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Unser Tipp:

Kontaktadressen von Sportgemeinschaften erhalten Sie bei den gesetzlichen Krankenkassen, den Landesverbänden für Behindertensport, für Rehabilitationssport oder Rehabilitationssport in Herzgruppen. Für das Funktionstraining können Sie die Adresse der örtlichen Arbeitsgemeinschaften der Deutschen Rheuma-Liga (DRL) bei den Landesverbänden erfragen.



Rehabilitationsnachsorge

Nach einer abgeschlossenen Rehabilitation kann das Ärzteteam der Reha-Klinik Patienten bei Bedarf Leistungen zur Rehabilitationsnachsorge empfehlen. Vor allem bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Stoffwechselerkrankungen, psychischen und neurologischen Erkrankungen ist dies eine Möglichkeit, den Erfolg der Rehabilitation zu sichern.

Die Rentenversicherung übernimmt auch die Kosten dieser Nachsorgebehandlungen. Eine ärztliche Empfehlung enthält individuell auf die Erkrankung abgestimmte medizinische Leistungen und benennt eine Nachsorgeeinrichtung in Wohnort- oder Arbeitsplatznähe, damit Sie die Behandlung neben Ihrer beruflichen Tätigkeit in Anspruch nehmen können. Ob Sie das Angebot annehmen, ist Ihnen freigestellt.

Die ambulante Nachsorge sollte sich möglichst nahtlos an die Rehabilitation anschließen und spätestens drei Monate nach Rehabilitationsende beginnen. Danach erlischt die Kostenzusage Ihrer Rentenversicherung. Für den jeweiligen Behandlungstag erhalten Sie übrigens einen Fahrkostenzuschuss von der Einrichtung.



Sie haben die Wahl – Mehr Selbstbestimmung

Gern können Sie uns Ihre Wünsche zur Region, zum Ort oder zu einer speziellen Rehabilitationseinrichtung nennen. Bei der Auswahl der Rehabilitationsleistung und der geeigneten Einrichtung werden wir sie so weit wie möglich berücksichtigen.

Voraussetzung ist, dass das Rehabilitationsziel dort mit der gleichen Wirkung und zumindest ebenso wirtschaftlich erreicht werden kann wie in einer Einrichtung, die der Rentenversicherungsträger für Sie ausgewählt hat. Ausschlaggebend für die Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung ist also immer das Ziel der Rehabilitation – die wesentliche Besserung oder Wiederherstellung Ihrer Erwerbsfähigkeit. Selbstverständlich berücksichtigen wir hierbei auch Ihre persönliche Lebens- und Familiensituation.

Rehabilitation im Ausland

Rehabilitationsleistungen werden normalerweise im Inland durchgeführt. Doch wenn Sie im Ausland eine Rehabilitationseinrichtung finden, die Ihnen Leistungen in vergleichbarer Qualität und mit gleicher Wirksamkeit kostengünstiger anbietet, kann die gesetzliche Rentenversicherung auch die Kosten für diese Rehabilitation übernehmen.

Die ausländische Rehabilitationseinrichtung muss allerdings den gleichen Anforderungen, die der Rentenversicherungsträger an inländische Einrichtungen stellt,

entsprechen. Das betrifft sowohl das medizinisch-therapeutische Konzept als auch die räumliche und medizintechnische Ausstattung der Einrichtung.

Selbst beschaffte Leistungen

Grundsätzlich können Sie sich auch selbst eine Rehabilitation organisieren bzw. besorgen und die entstandenen Kosten anschließend vom Rehabilitationsträger erstattet bekommen. Dies ist aber nur dann möglich, wenn

- der Rehabilitationsträger nicht in angemessener Zeit über Ihren Antrag entschieden bzw. Ihnen keinen Grund dafür mitgeteilt hat oder
- eine Leistung dringend notwendig und nicht aufschiebbar ist, aber vom Rehabilitationsträger nicht erbracht werden kann oder
- Ihre Rehabilitationsleistung zu Unrecht abgelehnt worden ist.

Trifft der erste oder zweite Fall zu, müssen Sie den Rehabilitationsträger auffordern, innerhalb der nächsten zwei bis drei Wochen über Ihren Antrag zu entscheiden, und ihm mitteilen, dass Sie sich ansonsten selbst eine Rehabilitation beschaffen.

Wenn er dies nicht kann oder nicht tut, muss er Ihnen die entstandenen Kosten für die selbst besorgte Rehabilitation erstatten. Sie bekommen jedoch nur den Anteil Ihrer Aufwendungen zurück, der tatsächlich erforderlich war, um das Rehabilitationsziel zu erreichen.

Bitte beachten Sie:

Darin liegt ein gewisses Risiko für Sie. Denn Sie müssen im Vorfeld richtig einschätzen können, welche Leistungen im Einzelnen überhaupt notwendig sind. Ansonsten bleiben Sie womöglich auf Kosten sitzen.



Reha rechnet sich – Ein Plus für alle

Rehabilitationsleistungen sind zwar nicht billig für die Rentenversicherung, ersparen ihr aber deutlich höhere Folgekosten. Und auch für die Rehabilitanden sind sie ein Gewinn. Untersuchungen haben ergeben, dass etwa zwei Drittel der Versicherten nach einer medizinischen Rehabilitation wieder lückenlos erwerbstätig waren.

Reha vor Rente

Der Grundsatz der Rentenversicherung lautet dann auch: Reha vor Rente. Denn Rehabilitation rechnet sich für alle Beteiligten. Die Versicherten können länger im Erwerbsleben bleiben, und die Rentenversicherung vermeidet vorzeitige Rentenzahlungen und erhält sich zugleich aktive Beitragszahler.

Übergangsgeld

Damit Sie und Ihre Familie auch während der Rehabilitation finanziell gesichert sind, bietet die Rentenversicherung so genannte ergänzende Leistungen an. Hierbei handelt es sich um finanzielle Hilfen, die Sie im Zusammenhang mit der Rehabilitationsleistung erhalten können. Dazu gehören die Zahlung eines Übergangsgeldes, das den wirtschaftlichen Unterhalt für Ihre Familie in dieser Zeit gewährleisten soll, die Erstattung von Reisekosten und die bei Bedarf die Kosten übernehmen für eine Haushaltshilfe.

Übergangsgeld können Sie sowohl bei stationären als auch ambulanten Rehabilitationsleistungen erhalten. Als Unterhaltersatz im Zeitraum Ihrer Rehabilitation soll es Versorgungslücken überbrücken bzw. von vornherein ausschließen. Im Allgemeinen richtet es sich nach den letzten Arbeitseinkünften und Beitragszahlungen zur gesetzlichen Rentenversicherung sowie den familiären Verhältnissen.

Einen Anspruch auf Übergangsgeld haben Sie jedoch nur, wenn Sie unmittelbar vor Beginn der Rehabilitation oder – falls Sie krank sind und nicht mehr arbeiten können – unmittelbar vor Ihrer Arbeitsunfähigkeit Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt haben. Dabei ist unerheblich, ob dies Pflichtbeiträge aus Ihrer Beschäftigung als Arbeitnehmer sind oder ob Sie als Selbständiger Beiträge aus Ihrem Arbeitseinkommen entrichtet haben.

Der Berechnung des Übergangsgeldes werden 80 Prozent Ihres Bruttogehalts, aber maximal das Nettoarbeitsentgelt zugrunde gelegt. Wenn Kinder oder pflegebedürftige Familienmitglieder im Haushalt leben, beträgt das Übergangsgeld etwa 75 Prozent der so ermittelten Berechnungsgrundlage, in allen anderen Fällen etwa 68 Prozent. Unterm Strich erhalten Sie so zwischen 54 und 60 Prozent Ihres letzten Bruttoverdienstes.

Bitte beachten Sie:

Wenn Sie arbeitsunfähig sind, zahlt Ihnen Ihr Arbeitgeber das Gehalt zunächst für sechs Wochen weiter. Das Übergangsgeld, das den während der Rehabilitation wegfallenden Verdienst ersetzen soll, bekommen Sie direkt im Anschluss an diese Entgeltfortzahlung.

Waren Sie vor der Rehabilitation arbeitslos, erhalten Sie unter bestimmten Voraussetzungen Übergangsgeld in

Höhe Ihrer bisherigen Leistung von der Arbeitsagentur. Haben Sie Krankengeld bezogen, ist die Bemessungsgrundlage dieser Leistung auch für das Übergangsgeld maßgeblich.

Bei Selbständigen oder freiwillig Versicherten wird das Übergangsgeld aus den Beiträgen im letzten Kalenderjahr vor Beginn der medizinischen Rehabilitation ermittelt.

Bitte beachten Sie:

Während des Bezuges von Übergangsgeld sind Sie sozialversichert. Die Beiträge zahlt Ihr Rehabilitationsträger für Sie. Inbegriffen ist auch der Unfallversicherungsschutz. Dieser schließt den Weg zur Rehabilitationseinrichtung und zurück mit ein.

Mit der Einladung zur Rehabilitation übersendet Ihnen die Einrichtung Informationsmaterial, dem Sie weitere Einzelheiten entnehmen können.

Reisekosten

Reise- und Fahrkosten, die Ihnen wegen einer medizinischen Rehabilitation entstehen, übernimmt Ihr Rehabilitationsträger. Erstattet werden grundsätzlich die Kosten für die Fahrt zwischen Ihrem Wohnort und der Rehabilitationseinrichtung in Höhe der Tarife öffentlicher Verkehrsmittel. Das gilt für stationär und ambulant durchgeführte Behandlungen gleichermaßen.

Wenn Sie mit Ihrem privaten Pkw fahren, wird Ihnen eine Kilometerpauschale gezahlt.

Unser Tipp:

In Ihrem eigenen Interesse sollten Sie besser nicht Ihr Privatfahrzeug nutzen. Zum einen kann Ihnen kein Parkplatz zugesichert und zum anderen das Autofahren sogar ärztlich untersagt werden.

Haushaltshilfe und Kinderbetreuung

Wenn eine Behandlung nicht anders möglich ist, kann der Rehabilitationsträger auch Kosten für eine Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung übernehmen. Das gilt, wenn der Patient während der Rehabilitation auswärtig untergebracht ist und auch andere im Haushalt lebende Personen die Kinder nicht versorgen können. Außerdem muss das Kind unter zwölf Jahren oder behindert sein.

Bei der Suche nach einer geeigneten Person haben die Versicherten freie Wahl. Unter Umständen kann das Kind auch in die Rehabilitationseinrichtung mitgenommen werden, wenn keine medizinischen Einwände bestehen.

Zuzahlung – Ihr Kostenanteil

Wer stationär in einer Klinik untergebracht ist, muss etwas zuzahlen. Sie werden damit zwar an den Kosten für Übernachtung und Verpflegung beteiligt, doch das nur in sehr geringem Umfang. Die Zuzahlung richtet sich nach der Dauer des Klinikaufenthaltes. Sie wird jedoch längstens für 42 Tage im Kalenderjahr berechnet. Zurzeit sind das maximal 10 EUR pro Kalendertag.

Wird die Rehabilitation ambulant durchgeführt, müssen Sie nicht zuzahlen.

Zuzahlungen, die Sie gegebenenfalls schon bei einer anderen Rehabilitation oder stationären Krankenhausbehandlung geleistet hatten, werden mitgezählt. Dabei spielt es keine Rolle, ob dies für eine Rehabilitation von der gesetzlichen Krankenversicherung oder Rentenversicherung war.

Bitte machen Sie hierzu Angaben in Ihrem Reha-Antrag.

Unser Tipp:

Das Informationsblatt zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation enthält den jeweils aktuellen Zuzahlungsbetrag und weitere wertvolle Hinweise hierzu.

Bei Rehabilitationsleistungen, die sich aus medizinischer Sicht unmittelbar, das heißt innerhalb von zwei Wochen an eine Krankenhausbehandlung anschließen (Anschlussheilbehandlung), müssen Sie längstens für 14 Tage zuzahlen. Auch hier werden Zuzahlungen, die Sie im selben Kalenderjahr bereits für eine andere Krankenhausbehandlung oder Anschlussrehabilitation geleistet haben, berücksichtigt.

Den Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse, beim Versicherungsamt oder Ihrer Rentenversicherung.

Unter bestimmten Voraussetzungen (beispielsweise bei geringem Einkommen) können Sie von der Zuzahlung teilweise oder vollständig befreit werden. Die Befreiung müssen Sie jedoch beantragen.

Wenn Sie monatlich nicht mehr als 980 EUR (netto) verdienen, können Sie vollständig von der Zuzahlung befreit werden. Bekommen Sie neben dem Übergangsgeld gleichzeitig Erwerbseinkommen und Erwerbsersatz Einkommen, werden beide Einkommensarten zusammengerechnet.

Die Einkommensgrenze für die Zuzahlungsbefreiung wird jährlich neu festgelegt.

Vollständig von der Zuzahlung befreit werden Sie auch, wenn Sie Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bekommen, unabhängig von der Art und Höhe dieser Leistungen. Doch auch hier müssen Sie einen entsprechenden Antrag stellen.

Eine teilweise Befreiung von der Zuzahlung ist möglich, wenn Sie ein Kind haben oder selbst pflegebedürftig sind und bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschreiten. Gleiches gilt auch, wenn Ihr Ehe- oder Lebenspartner, mit dem Sie in häuslicher Gemeinschaft leben, pflegebedürftig ist.

Versicherte, die überhaupt kein Einkommen haben und auch keine Sozialleistungen erhalten, müssen keine Zuzahlungen leisten.

Unser Tipp:

Ihrem Rehabilitationsantrag sollten Sie deshalb eine aktuelle Entgeltbescheinigung oder den aktuellen Bescheid der Stelle, von der Sie Sozialleistungen erhalten, beifügen.



Der Weg zur Rehabilitation – Erste Schritte

Rehabilitationsleistungen müssen Sie beantragen. Ihr Rentenversicherungsträger prüft dann, ob Sie die Voraussetzungen für die Durchführung einer Leistung erfüllen.

Wann kann eine medizinische Rehabilitation durchgeführt werden?

Eine medizinische Rehabilitation kommt dann in Frage, wenn Ihre Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist und durch Rehabilitationsleistungen

- bei erheblich gefährdeter Erwerbsfähigkeit die drohende Minderung abgewendet werden kann oder
- die bereits geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert, wiederhergestellt oder eine wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann oder
- bei teilweise geminderter Erwerbsfähigkeit ohne Aussicht auf wesentliche Besserung der Arbeitsplatz erhalten werden kann.

Für diese Prüfung müssen Sie eine ärztliche Stellungnahme (Befundbericht oder Gutachten) zu Ihrem Gesundheitszustand einholen. Sie können wählen, ob Sie hierfür Ihren behandelnden Arzt aufsuchen oder sich lieber von einem Gutachter der Rentenversicherung untersuchen

lassen. Entsprechende Anschriftenverzeichnisse von Gutachtern liegen bei den Krankenkassen und Versicherungsämtern aus.

Füllen Sie trotzdem bitte in jedem Fall den Selbstausskunftsbogen aus, der Ihnen als Anlage zum Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation ausgehändigt wird. Für den Befundbericht leiten Sie bitte den dafür vorgesehenen Vordruck der Rentenversicherung an Ihren Arzt weiter.

Unser Tipp:

Wenn Sie den Arzt nur wegen der Erstellung des Befundberichts aufsuchen, müssen Sie keine Praxisgebühr zahlen. Die Kosten für ein Gutachten übernimmt Ihre Rentenversicherung.



Wenn Sie bereits eine Rente wegen Erwerbsminderung erhalten, beauftragt die Rentenversicherung in jedem Fall einen Gutachter, bei dem Sie sich vorstellen.

Welche Voraussetzungen muss das Versicherungskonto erfüllen?

Um eine Rehabilitation bekommen zu können, müssen Versicherte vorher Beiträge in die Rentenversicherung eingezahlt haben.

Auf die Wartezeit von 15 Jahren werden Pflichtbeiträge oder freiwillige Beiträge, Kindererziehungszeiten und Zeiten aus dem Versorgungsausgleich angerechnet.

Dafür reicht es aus, wenn Sie einen der folgenden Punkte erfüllen:

- In den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung liegen sechs Kalendermonate mit Pflichtbeitragszeiten vor oder
- Sie haben innerhalb von zwei Jahren nach einer Ausbildung eine Beschäftigung aufgenommen und dann ununterbrochen ausgeübt oder waren bis zum Tag der Antragstellung ununterbrochen arbeitsunfähig oder arbeitslos oder

- falls Sie bereits erwerbsgemindert sind oder dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, genügt es, wenn Sie die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren zurückgelegt haben.

Wenn Sie zum Zeitpunkt der Antragstellung entweder die Wartezeit von 15 Jahren zurückgelegt haben, eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder eine Hinterbliebenenrente wegen Erwerbsminderung bekommen, können Sie auch eine Rehabilitation erhalten.

Rehabilitation ausgeschlossen

Grundsätzlich ausgeschlossen sind Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung bei akuten Erkrankungen. Hierfür ist in der Regel Ihre Krankenkasse zuständig.

Rehabilitationsleistungen kommen außerdem nicht in Frage, wenn Sie

- wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung durch dritte Personen Anspruch auf eine gleichartige Leistung von einem anderen Rehabilitationsträger haben (zum Beispiel von der Unfallversicherung) oder
- bereits eine Altersrente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente erhalten oder beantragt haben, oder
- Beamter oder Empfänger von Versorgungsbezügen im Ruhestand sind oder
- bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind und bis zum Beginn Ihrer Altersrente zunächst andere Leistungen erhalten (zum Beispiel Arbeitslosengeld).

Der Antrag

Rehabilitationsleistungen müssen Sie beantragen. Antragsformulare erhalten Sie nicht nur direkt bei der Rentenversicherung, sondern auch bei den Auskunft- und Beratungsstellen ([siehe Seite 26](#)) und gemeinsamen Ser-

vicestellen für Rehabilitation (**siehe Seite 26**). Außerdem können Sie Ihren Antrag auch bei den gesetzlichen Krankenkassen und Versicherungsämtern stellen. Alle genannten Stellen sind Ihnen auch gern beim Ausfüllen der Vordrucke behilflich.

Die gesetzliche Rentenversicherung bietet Ihnen die Antragsvordrucke außerdem in Ihrem Internetportal unter www.deutsche-rentenversicherung.de im Formularcenter unter dem Stichwort Rehabilitation an.

Bitte beachten Sie:

Um die Zuständigkeit der einzelnen Stellen brauchen Sie sich nicht zu kümmern. Diese klären die Rehabilitationsträger unter sich und leiten Ihren Antrag an die jeweils richtige Adresse weiter. Sie werden selbstverständlich darüber informiert.

Wir informieren. Wir beraten. Wir helfen.

Beratung ganz in Ihrer Nähe

Auskunfts- und Beratungsstellen: Unsere fachkundigen Mitarbeiter helfen Ihnen gern und natürlich kostenlos. Besuchen Sie uns zu einem persönlichen Gespräch. Viele Auskunfts- und Beratungsstellen sind auch Servicestellen für Rehabilitation. Hier erhalten Sie Information und Unterstützung beim Beantragen von Rehabilitationsleistungen für alle Reha-Einrichtungen der Deutschen Rentenversicherung.

Versichertenberater/-innen und Versichertenälteste: Die bundesweit ehrenamtlich tätigen Versichertenberater/-innen bzw. Versichertenältesten geben Auskunft, beraten Sie und helfen beim Ausfüllen von Anträgen.

Wo Sie uns finden: Alle Adressen finden Sie auf unserer Internetseite www.deutsche-rentenversicherung.de. Gern können Sie uns auch eine E-Mail schicken: info@deutsche-rentenversicherung.de.

Kostenloses Service-Telefon

Wählen Sie zum Nulltarif die Nummer der Deutschen Rentenversicherung: Unter 0800 1000 4800 erreichen Sie unsere Experten.

Wir sind für Sie da: Mo-Do 7:30 Uhr bis 19:30 Uhr, Fr 7:30 Uhr bis 15:30 Uhr

Internet

Unter www.deutsche-rentenversicherung.de erreichen Sie uns rund um die Uhr. Sie können Vordrucke oder Broschüren herunterladen, bequem eine Renteninformation anfordern und sich über viele Themen in der Rentenversicherung informieren.

Versicherungsämter der Stadt- und Landkreise als unsere Partner

In den meisten Regionen können Sie auch hier Ihren Rentenantrag stellen, Vordrucke erhalten oder Ihre Versicherungsunterlagen weiterleiten lassen.

Die gesetzliche Rentenversicherung ist und bleibt die wichtigste Säule der Alterssicherung in Deutschland. Sie betreut über 50 Millionen Versicherte und mehr als 19 Millionen Rentner.

Die Deutsche Rentenversicherung ist der kompetente Ansprechpartner für Versicherte, Rentner und Arbeitgeber.

Diese Broschüre ist Teil unseres umfangreichen Beratungsangebotes.

Wir informieren.
Wir beraten. Wir helfen.
Die Deutsche Rentenversicherung.



Deutsche
Rentenversicherung
Sicherheit
für Generationen