



Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft

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





Wieder fit fürs Arbeitsleben

Niemand ist davor geschützt: Krankheit kann jeden treffen und das Leben stark beeinträchtigen. 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 offenbleiben – wir sind für Sie da.



Inhaltsverzeichnis

- 4 Medizinische Rehabilitation – wieder mitten im Leben**
- 7 Stationäre Rehabilitation – mehr als ein Klinikaufenthalt**
- 9 Ganztägig ambulante Rehabilitation – in der Reha und doch zu Hause**
- 12 Mehr Selbstbestimmung – Sie haben die Wahl**
- 14 Reha rechnet sich – ein Plus für alle**
- 20 Der Weg zur Rehabilitation – erste Schritte**
- 24 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 erheblich 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 ganztägig ambulant durchgeführt und dauern grundsätzlich drei Wochen. Sie können verkürzt, wenn es medizinisch notwendig erscheint, aber auch verlängert werden.

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen zur bloßen Stärkung der Gesundheit oder die Behandlung akuter Krankheiten gehören nicht zu den Aufgaben der Rentenversicherung. Hier ist die Kranken- oder 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 (beispielsweise Arthrosen und andere rheumatische Erkrankungen, Bandscheibenschäden),
- Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (zum Beispiel Herzinfarkt, Zustand nach Bypass-Operation oder Schlaganfall),
- psychische Erkrankungen (zum Beispiel Neurosen, depressive Störungen und Suchterkrankungen) sowie
- Krebserkrankungen.

Unser Tipp:

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

Anschlussrehabilitation

Als Anschlussrehabilitation werden stationäre oder ganztägig ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bezeichnet, die sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung anschließen.

Die Dauer einer Anschlussrehabilitation ist von der Indikation beziehungsweise der 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 dage-

gen, wenn das Rehabilitationsziel früher erreicht wird oder auch wenn sich keine Besserung abzeichnet.

Dass ein Versicherter möglichst schnell vom Krankenhaus in eine spezielle Rehabilitationseinrichtung verlegt werden und die Anschlussrehabilitation sich nahtlos anschließen kann, darum kümmert sich der Sozialdienst des Krankenhauses. Er informiert Sie, welches Verfahren der zuständige Rentenversicherungsträger für die Einleitung einer Anschlussrehabilitation vorsieht.

Ausführliche Informationen zum Antragsverfahren erhalten Sie im Kapitel „Der Weg zur Rehabilitation – erste Schritte“.

Der Sozialdienst händigt Ihnen auch die Antragsunterlagen aus. Darunter befindet sich auch ein Formular für eine Verdienstbescheinigung. Diese benötigt Ihre Rentenversicherung für die Prüfung, ob Sie während der Anschlussrehabilitation sogenanntes Übergangsgeld bekommen können.

Unser Tipp:

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



Stationäre Rehabilitation – mehr als ein Klinikaufenthalt

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden überwiegend stationär angeboten und durchgeführt. Stationär bedeutet: Sie sind ganz-tätig mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung untergebracht.

Ihre Rentenversicherung verfügt bundesweit über zahlreiche Rehabilitationseinrichtungen. Diese sind jeweils auf verschiedene Indikationen spezialisiert. Bei der Auswahl einer geeigneten Einrichtung werden alle medizinischen und individuellen Gegebenheiten beachtet. Dazu zählen unter anderem Ihre Erkrankung oder Behinderung, Ihre persönliche Lebens- und Familiensituation, 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 Anleitungen, wie Sie mit den Funktionseinschränkungen durch Ihre Erkrankung oder Behinderung im Alltag verantwortlich umgehen und Ihre Lebensführung 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 17.

Die Kosten für die Rehabilitation übernimmt 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 gesundheitsschädigender 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 jedoch nicht nach und gefährden damit Ihre Erwerbsfähigkeit beziehungsweise den Erfolg der Rehabilitation, können Sozialleistungen – beispielsweise eine Rente wegen Erwerbsminderung – sogar versagt oder entzogen werden.

Ganztägig ambulante Rehabilitation – in der Reha und doch zu Hause

Die Rehabilitation ist flexibler geworden. Neben der stationären Rehabilitation werden seit einiger Zeit verstärkt auch ganztägig 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 ganztägig ambulante Rehabilitation in Frage kommt. Ganztägig ambulant bedeutet, dass Sie sich nur tagsüber in einer Rehabilitationseinrichtung aufhalten und zum Abend nach Hause zurückkehren. So können Sie sich nach einem 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 Sie 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.

Bedingung für die Teilnahme an einer ganztägig 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.

Wofür die Rentenversicherung Kosten übernimmt und Übergangsgeld zahlt, können Sie im Kapitel „Reha rechnet sich – ein Plus für alle“ auf Seite 14 nachlesen.

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

Rehabilitationssport und Funktionstraining

Um den Rehabilitationserfolg nachhaltig und langfristig zu sichern, finanziert die Rentenversicherung ambulanten Rehabilitationssport im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Das ist jedoch an Bedingungen geknüpft: Bereits der Arzt in der Rehabilitationseinrichtung muss den ambulanten Rehabilitationssport für den Patienten verordnen. Dabei muss der Arzt die Diagnose angeben, die Notwendigkeit des Rehabilitationssports begründen, geeignete Sportarten nennen und die Trainingsdauer festlegen. Ihr behandelnder Arzt oder Hausarzt erhält von der Verordnung eine Durchschrift.

In Frage kommt ambulanter Rehabilitationssport vor allem bei Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems sowie nach Operationen oder Unfallfolgen an den Bewegungsorganen. Bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen kann ein Funktionstraining hilfreich sein. Auch hier ist eine Verordnung durch den Arzt der Rehabilitationseinrichtung erforderlich. Anschließend erhält Ihr behandelnder Arzt davon eine Mitteilung.



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.

Die Kostenzusage der Rentenversicherung für den Rehabilitationssport/das Funktionstraining gilt in der Regel für sechs Monate. Beginnen müssen Sie innerhalb von drei Monaten nach Ende der Rehabilitationsleistung.

**Bitte beachten Sie:
Die örtlichen Sportgruppen werden ehrenamtlich koordiniert. Eine Teilnahme sollten Sie daher rechtzeitig anmelden.**

Rehabilitationsnachsorge

Nach einer abgeschlossenen medizinischen Rehabilitationsleistung kann der Arzt in der Rehabilitationseinrichtung Versicherten bei Bedarf Leistungen zur Rehabilitationsnachsorge empfehlen. Vor allem bei Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, Krankheiten des Bewegungsapparates, Stoffwechselerkrankungen, psychischen Störungen und neurologischen Erkrankungen ist dies eine Möglichkeit, den Erfolg der Rehabilitation langfristig zu sichern.

Die Rentenversicherung übernimmt die Kosten dieser Nachsorgeleistungen. Die ärztliche Empfehlung enthält individuell auf die Erkrankung abgestimmte medizinische Leistungen und benennt eine Nachsorgeeinrichtung in Wohnort- oder Arbeitsplatznähe, damit Sie die Leistung neben Ihrer beruflichen Tätigkeit in Anspruch nehmen können.

Die ambulante Nachsorge sollte sich möglichst nahtlos an die Rehabilitation anschließen. Nähere Auskünfte dazu erhalten Sie von Ihrem Rentenversicherungsträger. Für den jeweiligen Behandlungstag erhalten Sie einen pauschalen Fahrkostenzuschuss von der Einrichtung.



Mehr Selbstbestimmung – Sie haben die Wahl

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 diese so weit wie möglich berücksichtigen.

Bitte weisen Sie uns bei Antragstellung auf Ihren Wunsch hin.

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 beziehungsweise 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 beziehungsweise 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 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.

Kann oder veranlasst er dies nicht, 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 sogenannte 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 bei Bedarf die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe.

Übergangsgeld können Sie sowohl bei stationären als auch ganztägig ambulanten Rehabilitationsleistungen erhalten. Als Unterhaltersatz im Zeitraum Ihrer Rehabilitation soll es Einkommenslücken überbrücken. 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 Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt und Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt haben. Falls Sie selbständig tätig sind, müssen im Vorjahr des Rehabeginns Beiträge zur Rentenversicherung vorliegen.

Der Berechnung des Übergangsgeldes werden 80 Prozent Ihres Bruttogehalts, aber maximal das Nettoarbeitsentgelt, zugrunde gelegt. Je nach familiärer Situation – beispielsweise ob ein Kind im Haushalt lebt oder ein Familienmitglied pflegebedürftig ist – beträgt das Übergangsgeld 75 oder 68 Prozent Ihres letzten Nettoverdienstes.

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 Bemessungs-

grundlage 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. Den Beitragszuschlag für Kinderlose zur Pflegeversicherung müssen Sie jedoch selbst zahlen.

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

Reisekosten

Erforderliche Reisekosten, 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 ganztägig ambulant durchgeführte Rehabilitationen gleichermaßen. Wenn Sie mit Ihrem privaten Kraftfahrzeug fahren, wird Ihnen eine Wegstreckenentschädigung gezahlt.



Unser Tipp:

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

Haushaltshilfe und Kinderbetreuung

Der Rehabilitationsträger kann auch Kosten für eine Haushaltshilfe übernehmen. Das ist möglich, wenn der Versicherte wegen der Teilnahme an der Rehabilitation den Haushalt nicht weiterführen und auch eine andere im Haushalt lebende Person diese Arbeiten nicht übernehmen kann. Außerdem muss ein im Haushalt lebendes Kind zu Beginn der Haushaltshilfe unter zwölf Jahre alt oder behindert und auf Hilfe angewiesen 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.

Liegen die Voraussetzungen für die Haushaltshilfe nicht vor, weil das Kind beispielsweise älter ist als zwölf Jahre, können möglicherweise Kosten für die Betreuung des Kindes übernommen werden. Kostenübernahmen für die Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung müssen vorher beantragt werden.

Zuzahlung – Ihr Kostenanteil

Wer stationär in einer Rehabilitationseinrichtung 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 Reha-Aufenthaltes. Sie wird jedoch längstens für 42 Tage im Kalenderjahr berechnet. Zurzeit sind das maximal zehn Euro pro Kalendertag.

Zuzahlungen innerhalb eines Kalenderjahres, 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. Wird die Rehabilitation ganztägig ambulant durchgeführt, müssen Sie nicht zuzahlen.

Bitte machen Sie hierzu Angaben in Ihrem Rehabilitationsantrag.

Unser Tipp:

Die Informationen zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe – Rehabilitationsantrag – enthalten den jeweils aktuellen Zuzahlungsbetrag und weitere wertvolle Hinweise hierzu.

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

Unter bestimmten Voraussetzungen (beispielsweise bei geringem Einkommen) können Sie von der Zuzahlung teilweise oder vollständig befreit werden. Die Befreiung müssen Sie jedoch beantragen. Die Einkommensgrenze für die Zuzahlungsbefreiung wird jährlich neu festgelegt. Wenn Sie im Jahr 2011 monatlich unter 1 023 Euro (netto) verdienen, können Sie vollständig von der Zuzahlung befreit werden. Erwerbseinkommen und Erwerbsersatz Einkommen werden zusammengenommen.

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

Vollständig von der Zuzahlung befreit werden Sie auch, wenn Sie Hilfe zum Lebensunterhalt beziehungsweise Leistungen zur Grundsicherung (beispielsweise Arbeitslosengeld II) 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 (für das Anspruch auf Kindergeld besteht) 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 und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat.

Versicherte, die kein Erwerbseinkommen haben und auch keine Sozialleistungen erhalten, müssen keine Zahlungen 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 in Frage, wenn Ihre Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist und voraussichtlich durch Rehabilitationsleistungen

- bei erheblich gefährdeter Erwerbsfähigkeit die drohende Minderung abgewendet werden oder
- die bereits geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert, wiederhergestellt oder eine wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann.

Für diese Prüfung müssen Sie eine ärztliche Stellungnahme (Befundbericht oder Gutachten) zu Ihrem Gesundheitszustand einholen.

Die unterschiedlichen Verfahren der einzelnen Rentenversicherungsträger

Ist Ihr zuständiger Rentenversicherungsträger die Deutsche Rentenversicherung Bund, können Sie wählen, ob Ihr Haus- oder Betriebsarzt einen Befundbericht erstellt oder Sie sich von einem Gutachter untersuchen lassen.

Anschriftenverzeichnisse von Gutachtern liegen bei den Krankenkassen und Versicherungsämtern aus.

Bei der Deutschen Rentenversicherung Rheinland oder Westfalen ist ein medizinisches Gutachten notwendig. Das wird vom Rentenversicherungsträger oder der Stelle, die Ihren Antrag entgegennimmt, in Auftrag gegeben. Allen anderen Rentenversicherungsträgern genügt ein Befundbericht von Ihrem Haus- oder Betriebsarzt für die Antragstellung.

Füllen Sie trotzdem bitte in jedem Fall den Selbstauskunftsbogen aus, der Ihnen als Anlage zum „Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag“ ausgehändigt wird. Für den Befundbericht leiten Sie bitte das dafür vorgesehene Formular 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.

Wie muss Ihr Versicherungskonto aussehen?

Um eine Rehabilitation erhalten zu können, müssen Versicherte vorher Beiträge in die Rentenversicherung eingezahlt haben. Dafür reicht es aus, wenn Sie einen der folgenden Punkte erfüllen:

- In den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung liegen sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vor oder
- Sie haben innerhalb von zwei Jahren nach einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit 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.

Auf die Wartezeit von 5 und 15 Jahren werden Pflichtbeiträge oder freiwillige Beiträge, Kindererziehungszeiten und Zeiten aus dem Versorgungsausgleich angerechnet.

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
- eine Versorgung beziehen und wegen Erreichens einer Altersgrenze versicherungsfrei sind oder
- bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind und bis zum Beginn Ihrer Altersrente zunächst andere Leistungen erhalten oder
- sich gewöhnlich im Ausland aufhalten.

Der Antrag

Rehabilitationsleistungen müssen Sie beantragen. Antragsformulare erhalten Sie nicht nur direkt bei der Rentenversicherung, sondern auch bei den Auskunft- und Beratungsstellen und gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation. Außerdem können Sie Ihren Antrag auch bei den gesetzlichen Krankenkassen und Versicherungsämtern stellen. Alle genannten Stellen sind Ihnen auch gern beim Ausfüllen der Formulare behilflich.

Die Anschriften der Rentenversicherungsträger finden Sie auf den Seiten 24 bis 26.

Die gesetzliche Rentenversicherung bietet Ihnen die Antragsformulare 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: Bei Ihnen sind noch Fragen offengeblieben? Wir sind für Sie da: In unseren Auskunfts- und Beratungsstellen ganz in Ihrer Nähe. Wir helfen Ihnen kompetent, neutral und natürlich kostenlos. Besuchen Sie uns zu einem persönlichen Gespräch. In den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation informieren wir Sie auch über die Angebote anderer Kostenträger.

Versichertenberater/-innen und Versichertenälteste: Die bundesweit ehrenamtlich tätigen Versichertenberaterinnen und -berater beziehungsweise Versichertenältesten beraten Sie und helfen Ihnen beim Ausfüllen von Anträgen.

Wo Sie uns finden: Alle Adressen finden Sie auf der Internetseite www.deutsche-rentenversicherung.de und auf den Seiten Ihres Rentenversicherungsträgers. Unter info@deutsche-rentenversicherung.de können Sie uns außerdem gern eine E-Mail schicken. Oder Sie nutzen dazu unser Formular „Kontakt“ im Internet.

Kostenloses Servicetelefon

Wählen Sie zum Nulltarif die Nummer der Deutschen Rentenversicherung: Unter 0800 10004800 erreichen Sie unsere Experten.

Wir sind für Sie da: Montag bis Donnerstag von 7.30 bis 19.30 Uhr, Freitag von 7.30 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 als unsere Partner

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

Die Träger der Deutschen Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Gartenstraße 105
76135 Karlsruhe
Telefon 0721 825-0

Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Am Alten Viehmarkt 2
84028 Landshut
Telefon 0871 81-0

Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Bertha-von-Suttner-Straße 1
15236 Frankfurt/Oder
Telefon 0335 551-0

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Lange Weihe 2
30880 Laatzen
Telefon 0511 829-0

Deutsche Rentenversicherung Hessen

Städelstraße 28
60596 Frankfurt/Main
Telefon 069 6052-0

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Georg-Schumann-Straße 146
04159 Leipzig
Telefon 0341 550-55

Deutsche Rentenversicherung Nord

Ziegelstraße 150
23556 Lübeck
Telefon 0451 485-0

Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

Wittelsbacherring 11
95444 Bayreuth
Telefon 0921 607-0

Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Huntestraße 11
26135 Oldenburg
Telefon 0441 927-0

**Deutsche Rentenversicherung
Rheinland**

Königsallee 71
40215 Düsseldorf
Telefon 0211 937-0

**Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz**

Eichendorffstraße 4-6
67346 Speyer
Telefon 06232 17-0

**Deutsche Rentenversicherung
Saarland**

Martin-Luther-Straße 2-4
66111 Saarbrücken
Telefon 0681 3093-0

**Deutsche Rentenversicherung
Schwaben**

Dieselstraße 9
86154 Augsburg
Telefon 0821 500-0

**Deutsche Rentenversicherung
Westfalen**

Gartenstraße 194
48147 Münster
Telefon 0251 238-0

**Deutsche Rentenversicherung
Bund**

Ruhrstraße 2
10709 Berlin
Telefon 030 865-0

**Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See**

Pieperstraße 14-28
44789 Bochum
Telefon 0234 304-0



Die gesetzliche Rente ist und bleibt der wichtigste Baustein für die Alterssicherung.

Kompetenter Partner in Sachen Altersvorsorge ist die Deutsche Rentenversicherung. Sie betreut 52 Millionen Versicherte und mehr als 20 Millionen Rentner.

Die Broschüre ist Teil unseres umfangreichen Beratungsangebotes.

Wir informieren.

Wir beraten. Wir helfen.

Die Deutsche Rentenversicherung.



**Deutsche
Rentenversicherung**
Sicherheit
für Generationen