



Mit Rehabilitation wieder fit für den Job

- Ihr Weg zu einer Rehabilitation
- Hilfen bei längerer Krankheit
- Rehabilitationsleistungen für Angehörige





Eine neue Chance

Sie befürchten, dass Sie aus gesundheitlichen Gründen bald nicht mehr arbeiten können? Sie sind bereits wegen einer Krankheit nicht mehr berufstätig? Dann ist es möglicherweise Zeit für eine medizinische Rehabilitation. Die Kosten übernimmt unter Umständen Ihr Rentenversicherungsträger – eventuell sogar ohne Zuzahlung von Ihnen. Ob stationär oder ganztägig ambulant: Sie bekommen in jedem Fall die Leistungen, die für Ihre Genesung erforderlich sind. Der Rentenversicherung stehen dafür eine Vielzahl von Spezialeinrichtungen aller medizinischen Fachrichtungen zur Verfügung.

Sie können trotz medizinischer Rehabilitation nicht weiter in Ihrem erlernten Beruf arbeiten? Sie finden keinen Arbeitsplatz, der Ihren gesundheitlichen Problemen angepasst ist? Auch hier hat die Rentenversicherung ein passendes Angebot für Sie: berufliche Rehabilitation – auch „Teilhabe am Arbeitsleben“ genannt. Das können beispielsweise spezielle Arbeitsplatzausstattungen oder berufsqualifizierende Maßnahmen sein.

Diese Broschüre erklärt, wie Sie eine Rehabilitation erhalten können. Und wenn noch Fragen offen sind – wir sind für Sie da.



Inhaltsverzeichnis

- 4 Was Rehabilitation bedeutet**
- 5 Ihr Weg zu einer medizinischen Rehabilitation**
- 16 Eine neue Chance in anderem Beruf**
- 19 Persönliches Budget – eine besondere Leistungsform**
- 20 Wenn das Einkommen wegfällt**
- 26 Rehabilitation für Angehörige**
- 30 Wie wirkt sich eine Rehabilitation auf die Rente aus?**
- 32 Nur einen Schritt entfernt: Ihre Rentenversicherung**

Was Rehabilitation bedeutet

Jährlich erfahren etwa eine Million Menschen, dass ihr Körper den Belastungen am Arbeitsplatz nicht mehr gewachsen ist oder dass die gesundheitlichen Probleme eine berufliche Neuorientierung erforderlich machen. Mit einer Rehabilitation können Sie den Neustart erfolgreich meistern.

Das Ziel jeder Rehabilitation ist es, dass Versicherte mit – vor allem chronischen – Erkrankungen wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren oder in einen anderen Beruf einsteigen können. Eine Rehabilitation der Rentenversicherung kann sich dabei von einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation über eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben – zum Beispiel eine Umschulung – bis hin zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben erstrecken.

Reha vor Rente

Die Rehabilitation soll laut Gesetz die „Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit“ beseitigen beziehungsweise das „vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben“ verhindern oder hinausschieben. Darum haben Leistungen zur Rehabilitation immer Vorrang vor der Zahlung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Nur wenn eine Rehabilitationsleistung dieses Ziel voraussichtlich nicht erreichen kann, kann eine vorzeitige Rente gezahlt werden.

Auch wenn Sie bereits eine Erwerbsminderungsrente erhalten, wird nachträglich geprüft, ob eine Rehabilitation für Sie zumutbar und geeignet ist, um Ihre Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen. Im Interesse aller Versicherten gilt in der Rentenversicherung der Grundsatz „Reha vor Rente“. Für Sie als Rehabilitand heißt das, dass Sie aktiv an der Rehabilitation und an der Wiederherstellung Ihrer Gesundheit beteiligt werden.



Ihr Weg zu einer medizinischen Rehabilitation

Damit Sie aus gesundheitlichen Gründen nicht vorzeitig in Rente gehen müssen, bietet Ihnen die Rentenversicherung bei Bedarf eine medizinische Rehabilitationsleistung an. Neben stationären Leistungen gibt es auch ganztägig ambulante Rehabilitationsmöglichkeiten.

Wenn Sie körperlich geschwächt sind, kann eine medizinische Rehabilitation Sie wieder fit für den Beruf machen. In erster Linie gehört dazu die stationär durchgeführte Rehabilitation. Dabei sind Sie mehrere Wochen auswärtig in einer Rehabilitationseinrichtung untergebracht. Stationäre Rehabilitationsleistungen gibt es für alle Krankheitsbilder.

Ganztägig ambulante Rehabilitation

Sie wünschen sich eine medizinische Rehabilitation in Wohnortnähe? Dann könnte eine ganztägig ambulante Leistung das Richtige für Sie sein. Sie unterscheidet sich von einem stationären Aufenthalt dadurch, dass Sie als Patient nicht „rund um die Uhr“ betreut werden. Sie suchen die wohnortnahe Rehabilitationseinrichtung tagsüber während der Therapiezeiten auf und verbringen die Abende und Wochenenden zu Hause. Diese Form der Rehabilitation ist vor allem dann interessant, wenn eine auswärtige stationäre Unterbringung aus persönlichen Gründen für Sie nicht in Frage kommt.

Die ganztägig ambulante Rehabilitation ist eine vollwertige Alternative zur stationären Rehabilitation.

Die ganztägig ambulante Rehabilitation kann anstelle einer stationären Rehabilitation oder zu deren Verkürzung in Betracht kommen, wenn medizinische Gründe nicht entgegenstehen. So kann auch während einer Leistung ein Wechsel von der stationären in die ganztägig ambulante Rehabilitation stattfinden. Natürlich erhalten Sie weiter alle erforderlichen ärztlichen und therapeutischen Leistungen wie bei einer stationären Rehabilitation.

Weitere Informationen finden Sie auf den Seiten 20 und 22.

Wovon lebe ich während der Rehabilitation?

Ihr Lebensunterhalt ist auch während der Rehabilitation gesichert. Wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind, bekommen Sie in dieser Zeit Übergangsgeld. Die Rentenversicherung ersetzt Ihnen auch die erforderlichen Reisekosten.

Wie lange dauert eine Rehabilitation?

Eine medizinische Rehabilitation dauert meist drei Wochen. Sie kann bei Bedarf verlängert werden, wenn es aus medizinischer Sicht erforderlich ist.

Die Behandlungsdauer basiert auf den Erkenntnissen der modernen Rehabilitationsmedizin und bezieht Ihre aktive Mitarbeit ein. Die verschiedenen Behandlungsvorgänge werden von erfahrenen Ärzten ausgewählt und gezielt angewendet.

Welche Rehabilitationseinrichtungen gibt es?

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verfügt die Deutsche Rentenversicherung unter anderem über eigene Spezial- und Schwerpunktzentren – ausgestattet mit modernen Geräten für Diagnostik und Therapie.

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

Die Bewilligung einer medizinischen Rehabilitation hängt von bestimmten persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ab.



Persönliche Voraussetzungen

Die persönlichen Voraussetzungen liegen vor, wenn Ihre Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist und eine Rehabilitationsleistung Ihre Gesundheit voraussichtlich wiederherstellen oder zumindest soweit stabilisieren kann, dass Sie wieder arbeiten können. Ihr Arzt wird mit Ihnen gemeinsam klären, ob eine Rehabilitation für Sie in Frage kommt.

Aber auch wenn Sie bereits eine Erwerbsminderungsrente beziehen, können Sie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten. Voraussetzung ist auch hier die begründete Einschätzung, dass Sie durch die Rehabilitation voraussichtlich wieder arbeiten können.

Wie muss mein Versicherungskonto aussehen?

Wenn Sie einen Antrag auf eine medizinische Rehabilitation stellen, müssen Sie eine bestimmte Mindestversicherungszeit – auch Wartezeit genannt – nachweisen. Sie sind anspruchsberechtigt, wenn Sie

- die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
- eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder
- eine große Witwen-/Witwerrente wegen Erwerbsminderung erhalten.

Näheres zu den Wartezeiten erfahren Sie in der Broschüre „Rente: Jeder Monat zählt“.



- Sie erfüllen die Voraussetzungen auch, wenn Sie
- in den letzten zwei Jahren vor dem Antrag für sechs Kalendermonate Pflichtbeiträge für eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit gezahlt haben oder
 - innerhalb von zwei Jahren nach einer Ausbildung bis zum Antrag eine versicherte Beschäftigung ausgeübt haben oder nach einer Beschäftigung arbeitsunfähig oder arbeitslos waren oder
 - vermindert erwerbsfähig sind beziehungsweise dieser Zustand einzutreten droht. Voraussetzung: Die Wartezeit von fünf Jahren ist erfüllt.

Beispiel: Voraussetzung für eine Rehabilitation

Dieter S. stellt auf Anraten seines Hausarztes am 8. Januar 2016 einen Rehabilitationsantrag. Er ist seit dem 17. Juli 2014 rentenversichert. Obwohl Dieter S. weder die Wartezeit von 15 beziehungsweise 5 Jahren nachweisen kann, noch eine Rente wegen Erwerbsminderung bezieht, bewilligt ihm sein Rentenversicherungsträger die Rehabilitation, weil er im Zweijahreszeitraum vom 8. Januar 2014 bis 7. Januar 2016 die erforderlichen sechs Pflichtbeiträge (Juli 2014 bis Dezember 2015) nachweisen kann.

Kann eine Rehabilitation wiederholt werden?

Grundsätzlich haben Sie erst nach Ablauf von vier Jahren erneut Anspruch auf eine medizinische Rehabilitation.

Ausnahme: Eine Rehabilitation kann auch innerhalb der Vierjahresfrist bewilligt werden, wenn sie aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist.

Rehabilitation ausgeschlossen

Sie haben keinen Anspruch auf Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung, wenn Sie

- wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts gleichartige Leistungen von einem anderen Rehabilitationsträger (beispielsweise von der Unfallversicherung) erhalten können,
- bereits eine Altersrente (mindestens zwei Drittel der Vollrente) beziehen oder beantragt haben,
- Beamter oder eine den Beamten gleichgestellte Person mit Versorgungsansprüchen sind oder bereits eine Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze erhalten,
- dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind und bis zum Altersrentenbeginn zum Beispiel eine betriebliche Versorgungsleistung, die auf die Altersrente hinführt, bekommen oder
- sich gewöhnlich im Ausland aufhalten.

Bitte beachten Sie:

Grundsätzlich ausgeschlossen sind medizinische Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung bei akuter Krankheit – wenn also zum Beispiel zunächst eine Krankenhausbehandlung notwendig ist.

Was muss ich bei einer medizinischen Rehabilitation zuzahlen?

An den Kosten für Unterkunft und Verpflegung bei einer stationären Rehabilitation müssen Sie sich grundsätzlich für jeden Tag Ihres Rehabilitationsaufenthaltes mit zehn Euro beteiligen, allerdings höchstens 42 Tage im Kalenderjahr.

Eine Anschlussrehabilitation erfolgt direkt nach einer Akutbehandlung. Lesen Sie hierzu bitte auch Seite 14.

Bei stationären Leistungen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussrehabilitation) beträgt Ihre Zuzahlung ebenfalls zehn Euro pro Tag. Sie müssen jedoch längstens für 14 Tage pro Kalenderjahr zuzahlen. Haben Sie innerhalb des Kalenderjahres bereits solche Zuzahlungen an eine gesetzliche Krankenkasse geleistet, beispielsweise wegen eines Krankenhausaufenthaltes, prüft Ihr Rentenversicherungsträger, ob er die bereits geleistete Zuzahlung anrechnen kann.

Bei einer ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation müssen Sie nichts zuzahlen.

Kann ich von der Zuzahlung befreit werden?

Sie müssen zu einer stationären medizinischen Rehabilitation nichts zuzahlen, wenn Sie

- zum Zeitpunkt der Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- Übergangsgeld oder Hilfe zum Lebensunterhalt beziehungsweise Leistungen zur Grundsicherung (beispielsweise Arbeitslosengeld II) beziehen oder
- eine Kinderrehabilitation erhalten.

Zum Thema Übergangsgeld lesen Sie bitte auch die Seiten 20 und 21, über Kinderrehabilitation Seite 26.

Rehabilitation auch für Geringverdiener?

Auf Antrag können Sie von der Zuzahlung befreit werden, wenn Ihre monatlichen Nettoeinkünfte bei Antragstellung im Jahr 2016 unter 1 163 Euro liegen. Darüber



hinaus können Sie – immer abhängig von der Höhe Ihrer Nettoeinkünfte und weiteren Voraussetzungen – teilweise von der Zuzahlung befreit werden. Das kann beispielsweise der Fall sein, wenn in Ihrem Haushalt ein Kind lebt, für das Sie Kindergeld erhalten.

Tägliche Zuzahlung zu stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen bei Antragstellung im Jahr 2016

Monatliches Nettoeinkommen	Tägliche Zuzahlung
unter 1 163 EUR	keine
ab 1 163 EUR	9,50 EUR
ab 1 200 EUR	10,00 EUR

Individuell abgestimmte Leistungen

Damit die Rehabilitation individuell auf Ihre gesundheitlichen Verhältnisse abgestimmt werden kann, gibt es einen breit gefächerten Katalog an Leistungen.

Zur medizinischen Rehabilitation lesen Sie bitte die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“.

Dazu gehören Behandlung und Therapie durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, Krankengymnastik, Psychotherapie, Bestrahlungen, Elektrotherapie, Belastungserprobung und Arbeitstherapie, aber auch die gesundheitliche Aufklärung über Risikofaktoren wie Übergewicht, Rauchen und Alkohol.

Ihr Weg zur medizinischen Rehabilitation

Antrag

Antragsformulare und nähere Informationen gibt es bei den

- Rentenversicherungsträgern
- Auskunfts- und Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger
- Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation
- Versichertenberatern und Versichertenältesten
- Krankenkassen
- Versicherungsämtern

und im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de

Sie tragen zur Beschleunigung des Verfahrens bei, wenn Sie dem Antrag einen Befundbericht von Ihrem Hausarzt beifügen. Ob Ihr Rentenversicherungsträger anstelle eines Befundberichtes ein ärztliches Gutachten benötigt, sollten Sie vorab dort erfragen.



Sozialmedizinischer Dienst des Rentenversicherungsträgers

Dieser beurteilt anhand der eingereichten Unterlagen, ob eine Rehabilitation medizinisch notwendig ist oder veranlasst eine weitere ärztliche Untersuchung.



Zuständigkeit

Bei Erwerbstätigen ohne Berufskrankheit oder Versorgungsleiden ist die Rentenversicherung zuständig.



Auswahl der Rehabilitationseinrichtung

Wenn alle Voraussetzungen vorliegen, wird entsprechend der Diagnose eine geeignete Rehabilitationseinrichtung ausgesucht und die Dauer der Rehabilitation festgelegt. Dabei werden Ihre Wünsche so weit wie möglich berücksichtigt.



Bewilligungsbescheid

Bitte informieren Sie Ihren Arbeitgeber (Personalbüro) und Ihren behandelnden Arzt, wenn Ihre Rehabilitation bewilligt wurde.



Wie lange dauert es bis zur Entscheidung?

Wenn Sie einen Antrag stellen, wird umgehend geprüft, welcher Leistungsträger für Ihr Anliegen zuständig ist. Ist die Rentenversicherung zuständig, erfahren Sie innerhalb von drei Wochen, ob Ihre Rehabilitation bewilligt wird. Es gibt jedoch eine Ausnahme: Wenn ein ärztliches Gutachten notwendig ist, kann es länger dauern. Nähere Auskunft hierüber erhalten Sie beim Rentenversicherungsträger.

Stellt die Rentenversicherung fest, dass ein anderer Leistungsträger zuständig ist, leitet sie den Antrag unverzüglich an den zuständigen Träger weiter.

Werden meine Wünsche berücksichtigt?

Der zuständige Rentenversicherungsträger entscheidet über Art, Dauer, Umfang und Durchführung der Rehabilitation. Er legt auch die Rehabilitationseinrichtung fest, die für die Art Ihrer Erkrankung am besten geeignet ist. Dabei werden Ihre Wünsche so weit wie möglich berücksichtigt.

Was passiert nach der Bewilligung des Rehabilitationsantrages?

Nach der Bewilligung erhalten Sie von der Rehabilitationseinrichtung

- eine Mitteilung über den Beginn der Rehabilitation und

→ Informationen über die Anreise, den Gepäcktransport und das richtige Verhalten während Ihres Aufenthalts.

Legen Sie das Schreiben über den Beginn der Leistung bitte umgehend dem Arbeitgeber (Personalbüro) vor, damit dieser eventuell die Entgeltfortzahlung in die Wege leiten kann. Gleichzeitig sollten Sie von Ihrem Arbeitgeber die Ihnen mit dem Rehabilitationsbescheid übersandte Entgeltbescheinigung ausfüllen lassen. Die Daten Ihres Arbeitgebers benötigt der Rentenversicherungsträger so schnell wie möglich, denn anhand dieser Angaben prüft er, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe Ihnen Übergangsgeld gezahlt werden kann.

Wann gibt es Übergangsgeld?

Sie haben während einer stationären oder ganztägig ambulanten Rehabilitation gegebenenfalls Anspruch auf Übergangsgeld. Es soll Ihren eigenen Lebensunterhalt und den Ihrer Familienangehörigen während der Dauer der Rehabilitation sichern. Allerdings ist das Übergangsgeld eine Entgeltersatzleistung, auf die Ihr Arbeitsentgelt angerechnet wird. Deshalb können Sie frühestens nach Ablauf der Entgeltfortzahlung Übergangsgeld erhalten. Höhe und Beginn der Übergangsgeldzahlung werden Ihnen schriftlich mitgeteilt.

Näheres zum Übergangsgeld lesen Sie auf den Seiten 20 und 21.

Kürzt eine Rehabilitationsleistung meinen Urlaub?

Arbeitgeber dürfen – von tarifvertraglichen Sonderregelungen abgesehen – die Rehabilitationszeit nicht auf den Erholungsurlaub des Arbeitnehmers anrechnen. Sind Sie aus einer medizinischen Rehabilitation arbeitsfähig entlassen worden, so muss Ihnen Ihr Arbeitgeber auf Wunsch noch zustehenden Urlaub gewähren.

Sie sollten alle Fragen rund um eine Rehabilitation rechtzeitig mit Ihrem Arbeitgeber abstimmen.

Was ist eine Anschlussrehabilitation?

Eine besondere Form der Rehabilitation ist die Anschlussrehabilitation. Sie bietet Ihnen die Möglichkeit, unmittelbar nach der Akutbehandlung in einem Krankenhaus – zum Beispiel nach einem Herzinfarkt oder einer

Operation – an einer medizinischen Rehabilitation teilzunehmen.

Spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen mit moderner Ausstattung und qualifiziertem Personal sorgen mit der Anschlussrehabilitation dafür, dass die Folgeerscheinungen schwerer Erkrankungen besser überwunden, der Genesungsprozess beschleunigt und die Wiederherstellung Ihrer Erwerbsfähigkeit gefördert werden. Ihr Rentenversicherungsträger sorgt dafür, dass die Krankenhausbehandlung und die Anschlussrehabilitation nahtlos aneinander anschließen. Wesentlichen Anteil haben dabei die behandelnden Ärzte der Akut-Krankenhäuser. Von ihnen kommt der Anstoß zu einer Anschlussrehabilitation.

Der Sozialdienst des jeweiligen Krankenhauses hilft Ihnen weiter.

Gibt es auch Rehabilitationen bei Suchtkrankheiten?

Wenn Sie an einer Abhängigkeitserkrankung leiden (beispielsweise Alkoholismus, Drogensucht oder Medikamentenmissbrauch), können Sie von der Rentenversicherung ebenfalls eine Rehabilitation bekommen. Während für die Entzugsbehandlung (Entgiftung) als Akutbehandlung die Krankenkasse zuständig ist, fällt eine sich anschließende Entwöhnungsbehandlung in den Bereich der Rentenversicherung.

Eine stationäre Kurzzeittherapie dauert meist acht Wochen. Eine Standardtherapie kann 12 bis 15 Wochen stationär durchgeführt werden. Bei Drogenabhängigkeit sind stationäre Therapien bis zu 26 Wochen möglich. Eine ambulante Entwöhnungsbehandlung dauert sechs bis zwölf Monate.

Weitere Informationen finden Sie in der Broschüre „Entwöhnungsbehandlung – ein Weg aus der Sucht“.

Die Rentenversicherung legt Wert darauf, dass Sie vor Beginn einer Entwöhnungsbehandlung eine Suchtberatungsstelle aufsuchen. Die Suchtberatungsstelle empfiehlt in ihrem Sozialbericht dann eine passende Rehabilitationsform.



Eine neue Chance in anderem Beruf

Nicht immer können Sie nach einer medizinischen Rehabilitation sofort wieder arbeiten gehen. Manche Erkrankungen oder Behinderungen erfordern weitere Maßnahmen. Oder die Leistungen der medizinischen Rehabilitation bringen noch nicht den gewünschten Erfolg, weil darüber hinaus besondere Hilfen nötig sind. Für diese Fälle gibt es Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – früher auch „berufliche Rehabilitation“ genannt.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe Seite 17) sollen Ihre Leistungsfähigkeit verbessern oder wiederherstellen – damit Sie wieder dauerhaft den beruflichen Anforderungen gewachsen sind.

Habe ich Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben?

Auch für eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen Sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Die persönlichen Voraussetzungen sind die gleichen wie bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (siehe Seite 7). Die versicherungspflichtigen Voraussetzungen sind erfüllt, wenn

- Sie die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
- Sie eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen oder diese Rente ohne Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu zahlen wäre oder
- eine medizinische Leistung allein nicht reicht, um den angestrebten Erfolg zu erreichen oder

- Sie Bezieher einer großen Witwen-/Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind.

Auch auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben haben Sie keinen Anspruch, wenn sie ausgeschlossen ist (siehe Seite 9).

Leistungen zur beruflichen Eingliederung

- Arbeitgeber können Zuschüsse erhalten, damit sie Ihnen einen geeigneten Arbeitsplatz oder eine Probebeschäftigung anbieten.
- Mit Arbeitsplatzausstattungen, Hilfsmitteln zur Berufsausübung, Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung können Arbeitsplätze erhalten oder geschaffen werden.
- Spezielle berufsvorbereitende Maßnahmen – zum Beispiel behinderungsbedingte Grundausbildungen oder individuelle betriebliche Qualifizierungen im Rahmen unterstützter Beschäftigung – sollen helfen, Ihre schulischen Grundkenntnisse aufzufrischen, Wissenslücken zu schließen oder berufsspezifisches Grundwissen zu vermitteln.
- Aus- oder Weiterbildungsmaßnahmen sowie berufliche Anpassungen können Ihnen neue berufliche Perspektiven eröffnen. Sie erhalten freie Unterkunft und Verpflegung, wenn für die Teilnahme an den Qualifizierungsmaßnahmen Ihre Unterbringung außerhalb des eigenen oder elterlichen Haushalts notwendig ist.
- Sollten Sie arbeitslos sein und sich selbständig machen wollen, können Sie unter Umständen einen Gründungszuschuss erhalten.
- Für die Anschaffung eines behinderungsgerechten Kraftfahrzeugs können Sie einen Kostenzuschuss erhalten, wenn Sie wegen Ihrer Behinderung für die Fahrt zwischen Wohnung und Arbeitsplatz auf ein eigenes Kraftfahrzeug angewiesen sind. Neben den Kosten für behinderungsbedingt erforderliche

Zusatzausstattungen können auch Zuschüsse für den Erwerb einer Fahrerlaubnis oder die Kosten einer notwendigen Beförderung erbracht werden.

- Auf Wunsch vermittelt die Deutsche Rentenversicherung Kontakte zu örtlichen Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen.
- Bei Bedarf schaltet die Rentenversicherung auch Integrationsfachdienste ein, die Sie beraten, unterstützen und auf geeignete Arbeitsplätze vermitteln. Diese Dienste informieren und beraten auch Arbeitgeber.

Berufliche Neuorientierung

Bildungsmaßnahmen sollen Ihnen den Weg zu einer beruflichen Neuorientierung ebnen. Ob diese tatsächlich gelingt, hängt aber wesentlich von Ihrer Mitarbeit ab.

Sie rechtzeitig und umfassend zu beraten, ist daher von großer Bedeutung. In Beratungsgesprächen und einem besonderen Auswahlverfahren erörtert Ihr Rentenversicherungsträger mit Ihnen eingehend die Möglichkeiten und Aussichten der einzelnen Maßnahmen. Dabei werden Ihre persönlichen Wünsche weitgehend berücksichtigt.

Wie lange wird gefördert?

Sie erhalten die Leistungen in der Regel so lange, bis das angestrebte Berufsziel erreicht ist. Weiterbildungen, die zu einem neuen Beruf führen, sollen grundsätzlich nicht länger als zwei Jahre dauern.

Im Internet können Sie die Broschüre unter www.deutsche-rentenversicherung.de bestellen oder herunterladen.

Unser Tipp:

Weitergehende Informationen finden Sie in der Broschüre „Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance“. Die Broschüre erhalten Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger.



Persönliches Budget – eine besondere Leistungsform

Für den Bereich der Rehabilitation gilt grundsätzlich das Sachleistungsprinzip. Geldleistungen sind die Ausnahme. Dennoch gibt es das Persönliche Budget.

Erfüllen Sie die Anspruchsvoraussetzungen für eine Rehabilitationsleistung, können Ihnen auf Wunsch auch die Geldmittel dafür bereitgestellt werden, mit denen Sie dann die erforderlichen Leistungen selbst bezahlen – Ihr Persönliches Budget. Es bietet Ihnen die Möglichkeit, die Teilhabeleistungen eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu organisieren. Ihr Rentenversicherungsträger wird mit Ihnen eine Vereinbarung darüber treffen, in welcher Form Sie das Persönliche Budget verwenden können. So wird sichergestellt, dass mit dem Persönlichen Budget das jeweilige Rehabilitationsziel auch erreicht werden kann.

Welche Leistungen der Rentenversicherung Sie in Form eines Persönlichen Budgets erhalten können und was Sie beachten müssen, erfahren Sie bei

- Ihrem Rentenversicherungsträger,
- den Auskunfts- und Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger und
- den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation.



Wenn das Einkommen wegfällt

Damit Ihre Familie auch während Ihrer Rehabilitation finanziell gesichert ist, zahlt Ihr Rentenversicherungsträger Übergangsgeld, wenn die Entgeltfortzahlung ausläuft. Daneben übernimmt er im Bedarfsfall auch weitere Leistungen wie etwa die Kosten für eine notwendige Fahrt von der Rehabilitationseinrichtung zu Ihrem Wohnort oder für eine Haushaltshilfe.

Die Rentenversicherung finanziert neben Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gegebenenfalls auch weitere Hilfen, um den Rehabilitationserfolg zu erreichen oder zu sichern. Zu diesen ergänzenden Leistungen gehören

- Übergangsgeld,
- Beiträge zur gesetzlichen Renten-, Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung,
- Reisekosten,
- Rehabilitationssport/Funktionstraining sowie
- Haushaltshilfe.

Was ist eigentlich Übergangsgeld?

Das Übergangsgeld ersetzt Ihre durch die Rehabilitation fehlenden Einkünfte und soll Sie und Ihre Familie während der gesamten Dauer einer Rehabilitation wirtschaftlich absichern. Übergangsgeld können Sie unter bestimmten Voraussetzungen nicht nur während der Leistung zur Teilhabe selbst, sondern auch für Zeiten

danach sowie für die Zeit zwischen zwei Leistungen bekommen.

Für Arbeitnehmer zahlt die Rentenversicherung nach Wegfall einer Entgeltfortzahlung Übergangsgeld, wenn Sie zuvor Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt haben. Solange Sie Mutterschaftsgeld erhalten, ruht der Anspruch auf Übergangsgeld.

Bei der Berechnung des Übergangsgeldes wird unterschieden, ob Sie vor dem Beginn der Rehabilitation oder einer vorherigen Arbeitsunfähigkeit entweder

- Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt und Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt haben oder
- eine Entgeltersatzleistung (zum Beispiel Arbeitslosengeld) erhalten haben, denen Einkünfte zugrunde liegen, aus denen Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt wurden.

Darüber hinaus ist eine weitere Berechnung des Übergangsgeldes auf der Grundlage eines fiktiven oder ortsüblichen Arbeitsentgelts durchzuführen, wenn Sie an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen.

Damit Ihr zuständiger Rentenversicherungsträger das Übergangsgeld rechtzeitig festsetzen und auszahlen kann, muss er die erforderlichen Nachweise für die Berechnung des Übergangsgeldes so schnell wie möglich erhalten – spätestens bei Antritt der Rehabilitation. Deshalb sollten Sie die vordruckte Entgeltbescheinigung unverzüglich vom Arbeitgeber (Personalbüro) ausfüllen lassen und Ihrem Rentenversicherungsträger übersenden.

Wie läuft die stufenweise Wiedereingliederung?

Sie können auch Übergangsgeld für die Zeit erhalten, in der Sie nach einer abgeschlossenen medizinischen Rehabilitation zunächst eine stufenweise Wiedereingliederung benötigen.

Voraussetzung hierfür ist, dass die stufenweise Wiedereingliederung vom Arzt der Rehabilitationseinrichtung verordnet wurde und innerhalb von vier Wochen nach Ende der medizinischen Rehabilitation beginnt. In allen anderen Fällen (zum Beispiel, wenn die stufenweise Wiedereingliederung nach Ablauf der Vier-Wochen-Frist beginnt) ist Ihre Krankenkasse zuständig.

Was ist mit Sozialversicherungsbeiträgen?

Während des Bezuges von Übergangsgeld bleiben Sie sozialversichert, die Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung zahlt der Rentenversicherungsträger für Sie, bei medizinischer Rehabilitation auch die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Während der Teilnahme an der Rehabilitation sind Sie außerdem unfallversichert.

Den Beitragszuschlag für Kinderlose in der Pflegeversicherung müssen Sie allein zahlen.

Wer trägt die Reisekosten?

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten für die Anreise zu einer Rehabilitation sowie für die Abreise in Höhe der Tarife für öffentliche Verkehrsmittel. Er kommt auch für Reisekosten auf, wenn Sie während einer länger dauernden Rehabilitation – zum Beispiel während einer Umschulung in einem Berufsförderungswerk – Ihre Familie besuchen möchten.

Während einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben („berufliche Rehabilitation“) erstattet der Rentenversicherungsträger in der Regel für zwei Familienheimfahrten pro Monat die Reisekosten.

Bei einer medizinischen Rehabilitation trägt der Rentenversicherungsträger Ihre Reisekosten für Familienheimfahrten erstmals nach acht Wochen, wenn die Behandlung voraussichtlich einen weiteren Monat dauern wird. Sollte aus medizinischen Gründen – wegen einer besonders schweren Krankheit oder Behinderung – keine Familienheimfahrt möglich sein, übernimmt der Rentenversicherungsträger gegebenenfalls die Reisekosten für einen Angehörigen, der Sie besucht. Wenn Sie mit Ihrem

Nutzen Sie Fahrpreisvergünstigungen, denn nur die tatsächlich erforderlichen Fahrtkosten werden erstattet.



privaten Kraftfahrzeug fahren, wird Ihnen eine Wegstreckenentschädigung gezahlt.

Rehabilitationssport/Funktionstraining

Auch Rehabilitationssport und Funktionstraining sollen dazu beitragen, dass Sie Ihr Rehabilitationsziel erreichen und langfristig sichern. Das geschieht durch Übungen, die auf Art oder Schwere der Behinderung sowie auf Ihren gesundheitlichen Allgemeinzustand abgestimmt sind. Deshalb übernimmt Ihr Rentenversicherungsträger unter Umständen auch für einen bestimmten Zeitraum nach der Rehabilitation die Kosten für Rehabilitationssport in einer Sportgemeinschaft sowie für bewegungstherapeutische Übungen in Gruppen für Funktionstraining (beispielsweise in Rheuma-Gruppen).

Wer kümmert sich während einer Rehabilitation um den Haushalt?

Die medizinische oder berufliche Rehabilitation soll nicht daran scheitern, dass ein im Haushalt lebendes Kind unter zwölf Jahren oder ein behindertes und auf Hilfe angewiesenes Kind durch Ihre Abwesenheit ohne häusliche Versorgung bleiben würde. Ihr Rentenversicherungsträger kann in solchen Fällen die Kosten für eine Haushaltshilfe übernehmen, wenn eine andere im Haushalt lebende Person diese Aufgabe nicht übernehmen kann. Die Aufgabe der Haushaltshilfe besteht darin, die Kinder zu beaufsichtigen und sich um den Haushalt zu kümmern.

Dazu gehören zum Beispiel das Zubereiten von Mahlzeiten oder die Pflege der Wohnräume.

Die Kosten für eine Haushaltshilfe werden übernommen, wenn

- Ihnen wegen der Rehabilitation die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und
- eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und
- im Haushalt ein Kind lebt, das zu Beginn der Haushaltshilfe unter zwölf Jahre alt oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.



Beispiel: Hilfe im Haushalt

Hildegard B., Hausfrau, hat eine zehnjährige Tochter. Frau B. nimmt vom 14. Januar 2016 bis 4. Februar 2016 an einer stationären Rehabilitation teil. Ihr Ehemann ist ganztags von Montag bis Freitag jeweils acht Stunden beschäftigt und kann seine Tochter tagsüber nicht versorgen. Die Familie benötigt eine Haushaltshilfe. Die Rentenversicherung übernimmt die Kosten für die Haushaltshilfe für die Arbeitstage des Ehemannes (Montag bis Freitag). Für die in der Zeit der Rehabilitation liegenden Wochenenden erstattet sie die Kosten für die Haushaltshilfe aber nicht. Denn der Ehemann kann sich an den arbeitsfreien Tagen selbst um den Haushalt und das Kind kümmern.

Wie werden Kosten für eine Haushaltshilfe erstattet?

Die Rentenversicherung geht davon aus, dass die Haushaltsführung und Kinderbetreuung durch Verwandte erfolgen sollte. Ist das nicht möglich, so können auch andere Personen eingesetzt werden. Verwandte und Schwägernte bis zum zweiten Grad können allerdings nur anfallende Fahrkosten und eventuellen Verdienstausfall erstattet bekommen.

Die Kosten für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe werden für unbedingt notwendige Einsatzstunden (pro Tag höchstens acht Stunden) in angemessener Höhe übernommen. Das sind im Jahr 2016 bis zu maximal 9 Euro pro Stunde, jedoch höchstens bis zu 72 Euro pro Einsatztag.

Für Einsatzkräfte karitativer und vergleichbarer Einrichtungen gelten besondere Vergütungssätze.

Entsteht der Betreuungsperson ein Verdienstausschlag, kann dieser alternativ für höchstens zwei Monate in Höhe des nachgewiesenen Netto-Verdienstausschlags, begrenzt auf die jeweils geltende Beitragsbemessungsgrenze, erstattet werden. Unmittelbar vor der Leistung liegende Zeiten des Bezugs von Netto-Verdienstausschlag bei der Krankenkasse werden mit berücksichtigt.

Kann ich meine Kinder mitnehmen?

Statt eine Haushaltshilfe zu bezahlen, kann der Rentenversicherungsträger unter bestimmten Voraussetzungen auch die Kosten für die Unterbringung Ihres Kindes in der Rehabilitationseinrichtung oder in einer anderen Unterkunft übernehmen.

Unser Tipp:

Wenn Sie Ihr Kind zur Rehabilitation mitnehmen möchten, erkundigen Sie sich bitte vorher rechtzeitig bei Ihrem Rentenversicherungsträger, ob das möglich ist.

Einzelheiten dazu erfahren Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger.

Liegen die Voraussetzungen für eine Haushaltshilfe nicht vor, weil Ihr Kind zum Beispiel schon älter als zwölf Jahre ist, können dennoch Kosten für die Betreuung des Kindes bezuschusst werden.

Bitte beachten Sie:

Haushaltshilfen sollten möglichst vor Beginn der Rehabilitation beantragt werden. Vordrucke erhalten Sie bei den Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen. Im Internet können Sie den Antrag unter www.deutsche-rentenversicherung.de herunterladen.



Rehabilitation für Angehörige

Auch Kinder und Jugendliche können eine Rehabilitation erhalten, wenn deren spätere Erwerbsfähigkeit durch eine chronische Erkrankung bedroht ist. Darüber hinaus finanziert die Rentenversicherung unter Umständen für Angehörige onkologische Rehabilitationen nach Krebserkrankungen.

Eine Kinderrehabilitation ist möglich, wenn durch sie voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt wird oder die bereits beeinträchtigte Gesundheit des Kindes wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Das heißt: Die Rehabilitation soll die spätere Erwerbsfähigkeit Ihres Kindes sichern.

Kinderrehabilitationen werden vor allem für folgende Erkrankungen angeboten:

- Krankheiten der Atemwege
- allergische Krankheiten
- Hautkrankheiten
- Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems
- Leber-, Magen- und Darmkrankheiten
- Nieren- und Harnwegskrankheiten
- Stoffwechselkrankheiten
- Krankheiten des Bewegungsapparates
- neurologische Krankheiten
- psychosomatische und psychomotorische Störungen

- Verhaltensstörungen
- Übergewicht in Verbindung mit weiteren Risikofaktoren und anderen Krankheiten
- Adipositas (bei bestimmten Body-Maß-Indexen)

Bei akuten Krankheiten, Infektionskrankheiten (zum Beispiel Diphtherie oder Scharlach) und wenn eine spätere Erwerbsfähigkeit nicht verbessert werden kann, ist eine Kinderrehabilitation der Rentenversicherung allerdings ausgeschlossen.

Wann bekomme ich eine Rehabilitation für mein Kind?

Eine Kinderrehabilitation kann bewilligt werden, wenn Ihr Kind selbst nicht versichert ist und Sie als Mutter oder Vater

- in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit gezahlt haben,
- innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer Beschäftigung bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos waren,
- die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben oder
- eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder eine Altersrente erhalten.

Anspruch auf eine Kinderrehabilitation haben darüber hinaus Kinder und Jugendliche, die eine Waisenrente beziehen.

Grundsätzlich können Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr eine Kinderrehabilitation erhalten; bei Schul- oder Berufsausbildung oder dem Ableisten eines freiwilligen sozialen/ökologischen Jahres bis zum vollendeten 27. Lebensjahr. Die Altersgrenze von 18 Jahren gilt nicht bei Jugendlichen, die wegen einer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu versorgen.

Wie lange dauert eine Rehabilitation für Kinder?

Eine stationäre Kinderrehabilitation dauert in der Regel vier Wochen. Falls es für den Rehabilitationserfolg erforderlich ist, kann sie auch verlängert werden.

Sie selbst müssen sich nicht durch eine Zuzahlung an den Kosten beteiligen.

Ihr Rentenversicherungsträger trägt sämtliche anfallenden Kosten, wie Unterkunft und Verpflegung, ärztliche Betreuung, Versorgung mit Hilfsmitteln und Medikamenten, Überbrückungsunterricht für Schulkinder sowie die erforderlichen Reisekosten in voller Höhe. Wenn medizinisch begründet, übernimmt er auch die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson.

Übrigens: Die Wiederholung einer Kinderrehabilitation ist nach vier Jahren möglich, in besonderen Fällen auch früher.

Bitte beachten Sie:

Eine Kinderrehabilitation bekommen Sie beziehungsweise Ihr Kind nur auf Antrag. Wenn Sie einen Antrag auf eine Kinderrehabilitation stellen möchten, beachten Sie bitte die Hinweise auf Seite 12. Bitte senden Sie den Befundbericht Ihres Haus- oder Kinderarztes mit den Antragsunterlagen ein.

Viele weitere Informationen können Sie in der Broschüre „Rehabilitation für Kinder und Jugendliche“ nachlesen.

Moderne Rehabilitationseinrichtungen

Für die Durchführung der Rehabilitation stehen den Rentenversicherungsträgern von Nordsee und Ostsee bis zu den Alpen eine Reihe modern ausgestatteter Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung. Wie bei Rehabilitationen für Erwachsene auch, wählt der zuständige Träger die Rehabilitationseinrichtung aus. Nach Möglichkeit werden dabei die Empfehlungen des behandelnden Arztes und Ihre eigenen Wünsche berücksichtigt.



Lesen Sie hierzu bitte auch die Seiten 7 und 8.

Bei allen Fragen zu einer onkologischen Rehabilitation wenden Sie sich bitte zunächst an Ihren Arzt.

Onkologische Rehabilitationen für Angehörige

Onkologische Rehabilitationen können auch von Ihren nichtversicherten Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnern und Kindern in Anspruch genommen werden. Bedingung dafür ist: Sie als Versicherter erfüllen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen.

Bei dieser Rehabilitation steht die Nachsorge nach bösartigen Krebserkrankungen im Vordergrund. Sie wird unter der zusätzlichen Voraussetzung, dass der Beginn innerhalb eines Jahres (in Ausnahmefällen innerhalb von zwei Jahren) nach Ende der Erstbehandlung liegt, durchgeführt. Auch hier ist – wie bei medizinischen Rehabilitationen – ein Antrag erforderlich.



Wie wirkt sich eine Rehabilitation auf die Rente aus?

Als Rehabilitand müssen Sie für Ihre spätere Rente keine größeren Einbußen befürchten. Auch wenn Sie über längere Zeit oder mehrfach eine Rehabilitation in Anspruch nehmen, wirkt sich dies nicht erheblich auf Ihre Rentenhöhe aus.

Auch während einer Rehabilitation sind Sie in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert. Zeiten einer Rehabilitation sind Beitragszeiten, wenn Sie als Versicherter Übergangsgeld beziehen und im letzten Jahr vor der Rehabilitation zuletzt pflichtversichert waren.

Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, können Sie die Versicherungspflicht bei Bezug von Übergangsgeld beantragen.

Anrechnungszeiten sind Zeiten, in denen Sie keine Beiträge gezahlt haben. Sie können aber dennoch für Ihre spätere Rente zählen.

Sind Sie nicht versicherungspflichtig, werden die Zeiten der Rehabilitation als Anrechnungszeiten berücksichtigt, wenn durch die Rehabilitation eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit unterbrochen wird.

Wird durch eine Rehabilitation die Rente niedriger?

Rehabilitationen werden als Beitragszeiten bei der Rentenberechnung berücksichtigt und erhöhen damit

Ihre spätere Rente. Zudem zählen sie bei der Wartezeit für alle Rentenansprüche mit.

Einen Entgeltpunkt erhalten Sie, wenn Sie ein Jahr Rentenbeiträge auf der Basis des statistischen Durchschnittsverdienstes (2016 = 36267 Euro) gezahlt haben.

Aber auch wenn Ihre Rehabilitation als Anrechnungszeit bewertet wird, bekommen Sie dafür Entgeltpunkte gutgeschrieben, die sich rentensteigernd auswirken. Außerdem helfen Anrechnungszeiten Ihnen dabei, die erforderliche Wartezeit (Mindestversicherungszeit) von 35 Jahren für die Altersrente für langjährig Versicherte oder die Altersrente für schwerbehinderte Menschen zu erfüllen. Eine Rehabilitation führt also nicht zu einer Lücke in Ihrem Versicherungsverlauf.

Nur einen Schritt entfernt: Ihre Rentenversicherung



Sie haben noch Fragen? Sie benötigen Informationen oder wünschen eine individuelle Beratung? Wir sind für Sie da: kompetent, neutral, kostenlos.

Mit unseren Informationsbroschüren

Unser Angebot an Broschüren ist breit gefächert. Was Sie interessiert, können Sie auf www.deutsche-rentenversicherung.de bestellen oder herunterladen. Hier weisen wir auch auf besondere Beratungsangebote hin.

Am Telefon

Ihre Fragen beantworten wir am kostenlosen Servicetelefon. Dort können Sie auch Informationsmaterial und Formulare bestellen oder den passenden Ansprechpartner vor Ort erfragen. Sie erreichen uns unter 0800 1000 4800.

Im Internet

Unser Angebot unter www.deutsche-rentenversicherung.de steht Ihnen rund um die Uhr zur Verfügung. Sie können sich über viele Themen informieren sowie Vordrucke und Broschüren herunterladen oder bestellen. Mit unseren Online-Diensten können Sie sicher von zu Hause aus Ihre Angelegenheiten erledigen.

Im persönlichen Gespräch

Ihre nächstgelegene Auskunfts- und Beratungsstelle finden Sie auf der Startseite unseres Internets oder Sie erfragen sie am Servicetelefon. Dort können Sie auch bequem einen Termin vereinbaren oder Sie buchen ihn online. Mobil hilft Ihnen unsere App iRente.

Versichertenberater und Versichertenälteste

Auch unsere ehrenamtlich tätigen Versichertenberater und Versichertenältesten sind in unmittelbarer Nachbarschaft für Sie da und helfen Ihnen beispielsweise beim Ausfüllen von Antragsformularen.

Ihr kurzer Draht zu uns

0800 1000 4800 (kostenloses Servicetelefon)

www.deutsche-rentenversicherung.de

info@deutsche-rentenversicherung.de

Unsere Partner

In den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation beraten und unterstützen wir Sie in allen Fragen zur Rehabilitation zusammen mit anderen Leistungsträgern.

Auch bei den Versicherungsämtern der Städte und Gemeinden können Sie Ihren Rentenantrag 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 6
30880 Laatzen
Telefon 0511 829-0

Deutsche Rentenversicherung Hessen

Städelstraße 28
60596 Frankfurt am 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

QR Code ist eine eingetragene Marke der Denso Wave Incorporated.



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.