



Rehabilitation nach Tumorerkrankungen

- Das medizinische Angebot
- Die Voraussetzungen
- Finanzielle Unterstützung





Wie die Rentenversicherung Krebspatienten hilft

Krankheit kann jeden treffen. Gut zu wissen, dass es Hilfe in Form von Rehabilitationsleistungen gibt.

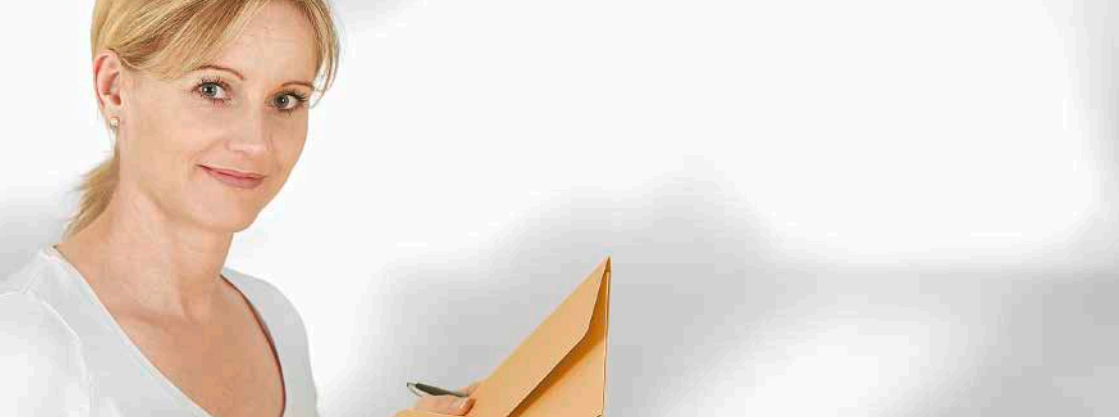
Für die Deutsche Rentenversicherung gehört die Rehabilitation zu ihren wichtigsten Aufgaben. Dazu zählen auch sogenannte onkologische Nachsorgeleistungen im Anschluss an die Erstbehandlung einer Tumorerkrankung.

Wie wir Ihnen oder Ihren Angehörigen helfen können, welche Voraussetzungen für eine onkologische Rehabilitation erfüllt sein müssen, wie Sie die Leistung beantragen können und wie Sie in dieser Zeit finanziell gesichert sind, erfahren Sie in unserer Broschüre.



Inhaltsverzeichnis

- 4 Das medizinische Angebot**
- 7 Die Einrichtungen**
- 9 Die Voraussetzungen**
- 12 Der Antrag**
- 13 Die Unterstützung**
- 17 Die Kosten**
- 20 Nur einen Schritt entfernt: Ihre Rentenversicherung**



Das medizinische Angebot

Zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Rentenversicherung gehört auch die onkologische Rehabilitation. Dabei stehen medizinische Leistungen nach einer Erstbehandlung bösartiger Krebserkrankungen im Vordergrund.

Die onkologische Rehabilitation umfasst gezielte diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Diese sollen die körperlichen und seelischen Folgen der Tumorerkrankung mildern oder beseitigen helfen.

Je nach Art der Erkrankung oder Form der Therapie können die Folgestörungen sehr unterschiedlich sein. Deshalb werden die Ziele einer onkologischen Rehabilitation an Ihre persönlichen Bedürfnisse angepasst.

So stehen zum Beispiel nach einem chirurgischen Eingriff an der Brust die Beweglichkeit und der Lymphabfluss des Armes im Vordergrund der Therapie, nach einer Entfernung des Kehlkopfes ist es die Sprachschulung. Hautveränderungen, die durch Bestrahlungen entstehen können, erfordern ebenfalls eine spezielle Behandlung.

Das Spektrum der Nebenwirkungen und Folgestörungen der vorhergegangenen Erstbehandlung kann vielfältig

sein: Es reicht von Blutbildveränderungen über Haarverlust bis hin zu allgemeiner Schwäche. Mit Hilfe eines individuellen krankheitsgerechten Konzeptes erhält jeder Rehabilitand die für ihn notwendigen medizinischen Leistungen.

Während der onkologischen Rehabilitation werden auch psychologische Hilfen zur Bewältigung der Erkrankung sowie Informationen über die Krankheit und ihre Folgen angeboten. Natürlich unterstützen wir Sie auch beim beruflichen Wiedereinstieg. Immer profitieren Sie von der Zusammenarbeit der verschiedenen Fachtherapeuten.

Onkologische Rehabilitationsleistungen werden stationär oder ganztägig ambulant durchgeführt. Die Dauer ist von der Indikation beziehungsweise Diagnose und dem Verlauf der Behandlung abhängig. Sie beträgt normalerweise drei Wochen. Wenn es medizinisch notwendig ist, können Leistungen auch für einen längeren Zeitraum erbracht werden.

Bis zum Ablauf eines Jahres nach einer abgeschlossenen Erstbehandlung können Sie Leistungen zur onkologischen Rehabilitation in Anspruch nehmen. Wenn erhebliche Funktionsstörungen vorliegen, kann in Ausnahmefällen auch bis zum Ablauf von zwei Jahren nach der Erstbehandlung eine (erneute) Rehabilitation stattfinden.

Bitte beachten Sie:

Die Leistungen zur Rehabilitation müssen beantragt werden. Wie Sie Ihren Antrag stellen, erfahren Sie auf Seite 12.

Ein etwaiger
Zwischenaufenthalt
zu Hause sollte
nicht länger als
14 Tage dauern.

Anschlussrehabilitation (AHB)

Onkologische Rehabilitationsleistungen können Sie auch als Anschlussrehabilitation erhalten. Sie zeichnet sich zum Beispiel dadurch aus, dass sie möglichst unmittelbar einer stationären Krankenhausbehandlung folgt und in ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt wird. Auch diese Form der Rehabilitation kann stationär oder ganztätig ambulant durchgeführt werden. Die vorausgegangene Erstbehandlung (Operation, Bestrahlung) muss jedoch vorher abgeschlossen sein.

Bitte beachten Sie:

Eine bereits begonnene ambulante Chemotherapie ist grundsätzlich kein Hinderungsgrund – weder für eine Anschlussrehabilitation noch für eine reguläre onkologische Rehabilitation.

Damit Sie schnellstmöglich mit der AHB beginnen können, erhalten Sie bereits während Ihres Aufenthaltes im Krankenhaus vom dortigen Sozialdienst die notwendigen Antragsformulare.

Unser Tipp:

Bei den Antragsformularen befindet sich auch der Vordruck „Entgeltbescheinigung zur Berechnung von Übergangsgeld“. Wenn Sie erwerbstätig sind, sollten Sie diese Bescheinigung schnellstmöglich von Ihrem Arbeitgeber ausfüllen lassen und an Ihren Rentenversicherungsträger schicken. Er prüft anhand der Angaben, ob Ihnen während der AHB Übergangsgeld gezahlt werden kann. Mehr zum Übergangsgeld erfahren Sie ab Seite 13.

Der Sozialdienst des Krankenhauses informiert Sie auch darüber, wann Ihre AHB beginnt und in welcher Einrichtung sie durchgeführt wird.



Die Einrichtungen

Die Deutsche Rentenversicherung belegt im gesamten Bundesgebiet Rehabilitationseinrichtungen, die jeweils auf bestimmte Indikationen ausgerichtet sind.

Eine Begleitperson kann in die Rehabilitationseinrichtung mit aufgenommen werden, wenn es medizinisch notwendig ist.

Ihr Rentenversicherungsträger entscheidet im Antragsverfahren über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Rehabilitationsleistungen. Zusätzlich wird auch die jeweilige Rehabilitationseinrichtung ausgewählt und gegebenenfalls darüber entschieden, ob Sie während Ihrer Rehabilitation aus medizinischen Gründen jemand begleiten muss.

Wunsch- und Wahlrecht

Wenn Sie eine Region, einen Ort oder eine spezielle Rehabilitationseinrichtung bevorzugen, können Sie uns das gern mitteilen. Wir werden Ihre Wünsche so weit wie möglich berücksichtigen.

Rehabilitation im Ausland

Rehabilitationsleistungen werden im Inland durchgeführt. Von diesem Grundsatz kann nur dann abgewichen werden, wenn die von Ihnen gewünschte Rehabilitationseinrichtung im Ausland die Leistungen in vergleichbarer Qualität und mit gleicher Wirksamkeit kostengünstiger anbietet.

Die Deutsche Rentenversicherung stellt dabei an die ausländischen Rehabilitationseinrichtungen die gleichen Anforderungen wie an inländische Einrichtungen. Das betrifft sowohl das medizinische und therapeutische Konzept als auch die räumliche und medizinische Ausstattung der Einrichtung.

Selbst beschaffte Leistungen

Der zuständige Träger entscheidet in der Regel innerhalb von drei Wochen über Ihren Antrag, nachdem dieser bei ihm eingegangen ist.

Grundsätzlich können Sie sich auch selbst um Ihre Rehabilitation kümmern und die entstandenen Kosten von der Rentenversicherung erstattet bekommen. Das ist jedoch nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Beispielsweise dann, wenn der Rentenversicherungsträger nicht in einer angemessenen Zeit über Ihren Antrag entschieden und Ihnen keinen hinreichenden Grund für die Verzögerung mitgeteilt hat.

In diesem Fall müssten Sie Ihren Rentenversicherungsträger auffordern, innerhalb der nächsten zwei bis drei Wochen über Ihren Antrag zu entscheiden, und ihm mitteilen, dass Sie sich ansonsten selbst um die Rehabilitation kümmern. Handelt der Rentenversicherungsträger in dieser Zeit 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:

Bei dieser Variante müssen Sie im Vorfeld richtig einschätzen können, welche Leistungen im Einzelnen überhaupt notwendig sind. Andernfalls könnten Ihnen einige Kosten nicht erstattet werden; Sie müssten diese dann selbst tragen.



Die Voraussetzungen

Für eine onkologische Rehabilitation müssen bestimmte persönliche und sogenannte versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein.

Wann kann eine onkologische Rehabilitation durchgeführt werden?

Die persönlichen Voraussetzungen liegen vor, wenn aus medizinischer Sicht folgende Punkte erfüllt sind:

- die entsprechende Diagnose liegt vor,
- die Erstbehandlung (operative Behandlung oder Strahlentherapie) ist abgeschlossen,
- die körperlichen, seelischen, sozialen oder beruflichen Behinderungen, die durch die Erkrankung entstanden sind, sind therapierbar beziehungsweise positiv zu beeinflussen und
- der Patient ist für die onkologische Rehabilitation ausreichend belastbar.

Laufende Chemotherapien sind grundsätzlich kein Hinderungsgrund.

Welche Voraussetzungen muss Ihr Versicherungskonto erfüllen?

Es reicht aus, wenn eine der folgenden drei Voraussetzungen erfüllt ist:

- in den letzten zwei Jahren vor dem Antrag liegen sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vor oder

Es handelt sich hier um die sogenannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen.

Die allgemeine Wartezeit ist erfüllt, wenn mindestens 60 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen oder freiwilligen Beiträgen belegt sind.

- zum Zeitpunkt der Antragstellung haben Sie die allgemeine Wartezeit erfüllt oder
- innerhalb von zwei Jahren nach einer Ausbildung haben Sie eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zur Antragstellung ausgeübt; oder Sie waren nach Aufnahme dieser Beschäftigung beziehungsweise Tätigkeit bis zur Antragstellung arbeitsunfähig (Krankheit) oder arbeitslos.

Onkologische Rehabilitation auch für Rentner und Angehörige

Onkologische Rehabilitationsleistungen können Sie auch erhalten, wenn Sie bereits eine Rente beziehen (zum Beispiel eine Altersrente oder eine Erwerbsminderungsrente).

Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) vom 16. Februar 2001.

Ehe- oder Lebenspartner von Versicherten und von Rentenbeziehern sowie Hinterbliebene können ebenfalls diese Rehabilitationsart erhalten, wenn sie selbst noch keinen Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet haben oder die oben genannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen noch nicht erfüllen. Auch für Kinder ist eine onkologische Rehabilitation bis zum vollendeten 18. Lebensjahr möglich. Das gilt für erkrankte Kinder von Versicherten oder Rentnern genauso wie für in den Haushalt aufgenommene Stief- oder Pflegekinder sowie für Enkel oder Geschwister von Versicherten oder Rentnern, wenn sie in deren Haushalt aufgenommen sind oder vorwiegend von ihnen unterhalten werden.

Absolvieren Kinder eine Schul- oder Berufsausbildung, ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder den Bundesfreiwilligendienst, können sie bis zum vollendeten 27. Lebensjahr eine onkologische Rehabilitation erhalten. Das Gleiche gilt, wenn Kinder wegen einer Behinderung nicht selbst für sich sorgen können.

Keine Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung

Nicht in jedem Fall kann eine onkologische Rehabilitation von der gesetzlichen Rentenversicherung erbracht werden. Keinen Anspruch hat, wer

- in seiner Beschäftigung Anwartschaften auf eine spätere Versorgung erwirbt (zum Beispiel als Beamter),
- bereits eine Altersversorgung (zum Beispiel als Beamter) erhält und deshalb versicherungsfrei in der gesetzlichen Rentenversicherung ist,
- eine gleichartige Leistung auch von einem anderen Rehabilitationsträger erhalten kann – zum Beispiel von der gesetzlichen Unfallversicherung wegen einer Berufskrankheit,
- sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe befindet.

Die gleichen Einschränkungen gelten auch für Angehörige, die onkologische Rehabilitationsleistungen beantragen wollen.

Halten sich Versicherte und Rentner gewöhnlich im Ausland auf, erhalten sie die Rehabilitation nur dann, wenn sie für den Kalendermonat, in dem sie ihren Antrag stellen, Pflichtbeiträge gezahlt haben – oder nur deshalb nicht gezahlt haben, weil sie im Anschluss an eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit arbeitsunfähig waren. Für nichtversicherte Angehörige kommt es nicht auf ihren eigenen Aufenthalt an, sondern auf den des Versicherten oder Rentners, aus dessen Versicherung die Rehabilitation erbracht werden soll.

Unser Tipp:

Sind für Sie Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung ausgeschlossen, erbringt möglicherweise die gesetzliche oder Ihre private Krankenversicherung eine onkologische Rehabilitation für Sie. Bitte fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach.



Der Antrag

Onkologische Rehabilitationsleistungen müssen Sie beantragen. Antragsformulare erhalten Sie direkt bei der Deutschen Rentenversicherung, in den Auskunfts- und Beratungsstellen, den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation, bei den gesetzlichen Krankenkassen, Versicherungsämtern und von den Versichertenberatern. Diese Stellen sind Ihnen auch beim Ausfüllen des Antrages behilflich.



Die Gemeinsamen
Reha-Servicestellen

Um die Zuständigkeit brauchen Sie sich nicht zu kümmern. Diese klären die Rehabilitationsträger unter sich und leiten Ihren Antrag gegebenenfalls an die zuständige Stelle weiter. Sie werden selbstverständlich darüber informiert.

Ihrem Antrag auf eine onkologische Rehabilitation müssen Sie eine ärztliche Stellungnahme beifügen. Das kann ein aktueller Befundbericht, ein Gutachten oder auch ein aktueller Krankenhausbericht sein.

Sollten Sie Ihre onkologische Rehabilitationsleistung als sogenannte Anschlussrehabilitation erhalten, gelten besondere Antragsformalitäten. Lesen Sie hierzu bitte Seite 6.

Unser Tipp:

Das komplette Antragspaket mit allen erforderlichen Formularen können Sie auch im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de herunterladen: Services; Formulare & Anträge; Versicherte, Rentner, Selbständige; Rehabilitation.



Die Unterstützung

Damit Sie und Ihre Familie während der onkologischen Rehabilitation finanziell versorgt sind, zahlt die Rentenversicherung – ergänzend zur Rehabilitationsleistung – finanzielle Hilfen. Dazu gehören das Übergangsgeld, die Erstattung von Reisekosten, die Finanzierung einer Haushaltshilfe oder auch die Übernahme von Kinderbetreuungskosten.

Als Angehöriger haben Sie keinen Anspruch auf Übergangsgeld.

Was als „unmittelbar“ gilt und auf welchen „Bemesungszeitraum“ es ankommt, können Sie von Ihrem Rentenversicherungsträger erfahren.

Anspruch auf Übergangsgeld

Übergangsgeld können Sie für stationäre wie auch für ganztägig ambulant durchgeführte Leistungen erhalten. Als Unterhaltersatz soll es Einkommenslücken für die Dauer Ihrer Rehabilitation überbrücken.

Einen Anspruch auf Übergangsgeld haben Sie 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 im sogenannten Bemesungszeitraum Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt haben.

Haben Sie hingegen eine Entgeltersatzleistung (zum Beispiel wegen Krankheit oder Arbeitslosigkeit) erhalten, müssen dieser Leistung Einkünfte zugrunde gelegen haben, aus denen Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt worden sind.

Bitte beachten Sie:

Arbeitnehmern wird ihr Gehalt bei Arbeitsunfähigkeit im Regelfall sechs Wochen vom Arbeitgeber weitergezahlt. Übergangsgeld, das den während der Rehabilitation wegfallenden Verdienst ersetzen soll, können Sie deshalb erst erhalten, wenn die Entgeltfortzahlung abgelaufen oder der Anspruch durch gleiche Vorerkrankungen aufgebraucht ist.

Höhe des Übergangsgeldes

Die Höhe des Übergangsgeldes richtet sich im Allgemeinen nach den letzten Arbeitsentgelten beziehungsweise Beitragszahlungen zur gesetzlichen Rentenversicherung sowie den familiären Gegebenheiten.

Entgelt aus einer geringfügigen Beschäftigung wird nur berücksichtigt, wenn Sie selbst einen Beitragsanteil getragen haben, Sie also nicht versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind.

Haben Sie zuletzt Arbeitsentgelt erzielt, für das Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet wurden, werden für die Berechnung des Übergangsgeldes 80 Prozent Ihres Bruttogehalts im maßgeblichen Bemessungszeitraum zugrunde gelegt, höchstens aber Ihr Nettoarbeitsentgelt.

Das Übergangsgeld beträgt entweder 75 oder 68 Prozent des so ermittelten Entgelts. Welcher der beiden Prozentsätze für Sie gilt, hängt zum Beispiel davon ab, ob ein Kind in Ihrem Haushalt lebt oder ein Familienmitglied pflegebedürftig ist.

Haben Sie zuletzt Krankengeld von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse bezogen, ist für die Berechnung des Übergangsgeldes das Arbeitsentgelt maßgebend, das auch der Krankengeldberechnung zugrunde lag.

Waren Sie vor der Rehabilitation arbeitslos, erhalten Sie unter bestimmten Voraussetzungen Übergangsgeld in Höhe Ihrer bisherigen, von der Agentur für Arbeit bezogenen Leistung.

Empfänger von Arbeitslosengeld II erhalten auch während der Rehabilitation diese Leistungen regelmäßig vom Träger der Grundsicherung (zum Beispiel von der Agentur für Arbeit oder vom Jobcenter) weiter.

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

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

Bitte beachten Sie:

Wenn Sie Übergangsgeld bekommen, bleiben Sie sozialversichert. Die Beiträge zur gesetzlichen Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung zahlt die Deutsche Rentenversicherung für Sie. Inbegriffen ist auch der Unfallversicherungsschutz, also zum Beispiel der Weg zur Rehabilitationseinrichtung und zurück.

Reisekosten

Mit der Einladung zur Rehabilitation erhalten Sie von der Rehabilitationseinrichtung weitere Informationen dazu.

Ihre Reisekosten übernehmen wir. Erstattet werden grundsätzlich die Kosten für die Hin- und Rückfahrt zwischen Ihrem Wohnort und der Rehabilitationseinrichtung in Höhe der Tarife für öffentliche Verkehrsmittel. Das gilt für stationär und ganztägig ambulant durchgeführte Behandlungen gleichermaßen.

Wenn Sie mit Ihrem privaten Kraftfahrzeug fahren, wird die Zahlung einer Wegstreckenentschädigung geprüft.

Unser Tipp:

In Ihrem eigenen Interesse sollten Sie besser nicht Ihr privates Kraftfahrzeug nutzen. Denn gegebenenfalls kann Ihnen das Fahren aus medizinischen Gründen untersagt werden.



Haushaltshilfe

Die Deutsche Rentenversicherung kann auch Kosten für eine Haushaltshilfe übernehmen. Das ist immer dann möglich, wenn Sie wegen der Teilnahme an der Rehabilitation Ihren Haushalt nicht weiterführen können und auch eine andere im Haushalt lebende Person diese Arbeiten nicht übernehmen kann. Außerdem muss ein Kind im Haushalt leben, das zu Beginn der Haushaltshilfe jünger als zwölf Jahre oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Mitgenommene Kinder sind – anders als Rehabilitanden selbst – nicht unfallversichert.

Unter Umständen kann das Kind auch in die Rehabilitationseinrichtung mitgenommen werden. Es dürfen jedoch keine medizinischen Einwände bestehen. Sind die Voraussetzungen für die Haushaltshilfe erfüllt, trägt die Rentenversicherung die Kosten für die Unterbringung und Betreuung des Kindes in der Rehabilitationseinrichtung bis zu einem bestimmten Höchstbetrag sowie die Reisekosten für das Kind.

Kinderbetreuung

Anstelle der Haushaltshilfe können Sie sich für eine Übernahme von Kinderbetreuungskosten entscheiden. Auch wenn zum Beispiel eine Haushaltshilfe nicht möglich ist, etwa weil das Kind schon zwölf Jahre oder älter ist, können Kosten für die Betreuung des Kindes bis zu einem bestimmten Höchstbetrag übernommen werden. Voraussetzung dafür ist, dass es Ihnen ohne die Kinderbetreuung nicht möglich wäre, an der Rehabilitation teilzunehmen. Die entstandenen Kosten müssen Sie beispielsweise durch eine Rechnung belegen können.

Den aktuell geltenden Höchstbetrag können Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger erfragen.

Unser Tipp:

Nähere Informationen zur Haushaltshilfe und zur Übernahme von Kinderbetreuungskosten erhalten Sie in den Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung (siehe Seite 20).



Die Kosten

Zu Rehabilitationsleistungen, die stationär durchgeführt werden, müssen Sie etwas zuzahlen. Wird die Rehabilitation ganztägig ambulant durchgeführt, entstehen Ihnen dagegen keine Kosten. Bestimmte Personengruppen müssen keine Zuzahlungen leisten oder können sich davon befreien lassen.

Zuzahlung

Die Zuzahlung richtet sich nach der Dauer Ihres Aufenthaltes in der Rehabilitationseinrichtung. Pro Kalendertag müssen Sie 10 Euro zuzahlen, längstens jedoch für 42 Tage im Kalenderjahr.

Bitte teilen Sie uns in Ihrem Rehabilitationsantrag mit, ob Sie bereits Zuzahlungen geleistet haben.

Hierbei werden Zuzahlungen innerhalb eines Kalenderjahres, die Sie gegebenenfalls schon für eine Behandlung im Krankenhaus oder eine andere Rehabilitation gezahlt haben, mitgezählt. Ob es sich dabei um eine Rehabilitation von der Krankenversicherung oder der Rentenversicherung handelte, spielt keine Rolle.

Bei einer Anschlussrehabilitation müssen Sie längstens für 14 Tage zuzahlen. Hier werden Zuzahlungen, die Sie im selben Kalenderjahr bereits für eine Krankenhausbehandlung oder eine weitere Anschlussrehabilitation geleistet haben, berücksichtigt.

Bekommen Sie als Ehe- oder Lebenspartner beziehungsweise Hinterbliebener die onkologische Rehabilitation, gelten für Sie dieselben Bedingungen.

Wer keine Zuzahlung leisten muss

Sind Sie zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht 18 Jahre alt, entfällt für Sie die Zuzahlung zu Ihrer Rehabilitation.

Näheres zum Übergangsgeld erfahren Sie im Kapitel „Die Unterstützung“.

Auch wenn Sie während der Rehabilitation Übergangsgeld erhalten, müssen Sie nichts zuzahlen.

Das Gleiche gilt, wenn aus Ihrer Versicherung eine onkologische Rehabilitation für Ihr Kind durchgeführt wird. Unabhängig vom Alter des Kindes müssen Sie dann keine Zuzahlung leisten.

Befreiung von der Zuzahlung

Abhängig von der Höhe Ihres Einkommens können Sie sich auf Antrag vollständig oder teilweise von der Zuzahlung befreien lassen.

Die Einkommensgrenze für die Befreiung von der Zuzahlung wird jährlich neu festgelegt. Wenn Sie im Jahr 2017 monatlich weniger als 1 191 Euro (netto) verdienen, können Sie vollständig von der Zuzahlung befreit werden. Wer Erwerbseinkommen und Sozialleistungen bekommt, bei dem werden beide Einkommensarten zusammengerechnet.

Vollständig von der Zuzahlung befreit werden können Sie auch, wenn Sie Hilfe zum Lebensunterhalt oder Leistungen zur Grundsicherung (beispielsweise Arbeitslosengeld II) bekommen – unabhängig von der Art und der Höhe der Leistungen. Auch hier muss die Befreiung beantragt werden.

Haben Sie überhaupt keine Einkünfte, müssen Sie unter Umständen ebenfalls keine Zuzahlung leisten.

Übersteigt Ihr Einkommen die Grenze für die vollständige Befreiung, können Sie sich auf Antrag auch teilweise von der Zuzahlung befreien lassen. Haben Sie beispielsweise ein Kind, für das Anspruch auf Kindergeld besteht, kann der Zuzahlungsbetrag ermäßigt werden. Das Gleiche gilt, wenn Sie pflegebedürftig sind und Ihr Ehe- oder Lebenspartner, mit dem Sie in häuslicher Gemeinschaft leben, Sie pflegt und deshalb keiner Erwerbstätigkeit nachgehen kann oder Ihr Partner selbst der Pflege bedarf und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat.

Allerdings muss auch hier eine Einkommensgrenze eingehalten werden: Beträgt Ihr monatliches Nettoeinkommen 1 200 Euro oder mehr, ist selbst eine teilweise Befreiung von der Zuzahlung nicht möglich.

Bitte beachten Sie:
Sofern Sie eine onkologische Rehabilitation aus der Versicherung Ihres Ehe- oder Lebenspartners erhalten, sind für die Entscheidung über die Befreiung von der Zuzahlung nicht Ihre eigenen Einkommensverhältnisse maßgebend, sondern die Ihres Ehe- oder Lebenspartners.

Antragsformulare für die Befreiung von der Zuzahlung erhalten Sie bei den Krankenkassen, den Versicherungsämtern oder Ihrem Rentenversicherungsträger.

Unser Tipp:

Ihren Antrag auf die Befreiung von der Zuzahlung sollten Sie nach Möglichkeit zusammen mit Ihrem Rehabilitationsantrag stellen. Fügen Sie bitte auch eine aktuelle Entgeltbescheinigung oder den aktuellen Bescheid der Stelle, von der Sie Sozialleistungen erhalten, bei.



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 mehr als 53 Millionen Versicherte und fast 21 Millionen Rentner.

Die Broschüre ist Teil unseres umfangreichen Beratungsangebotes.

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