Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft

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

Deutsche Rentenversicherung
Immer bei dir.

DIGITALE RENTEN ÜBERSICHT

Wieder fit fürs Arbeitsleben

Niemand ist davor geschützt: Krankheit kann jeden treffen und das Leben stark beeinträchtigen. Wenn Ihre Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder bereits vermindert ist, kann die gesetzliche Rentenversicherung helfen. Sie bietet Ihnen verschiedene Rehabilitationsleistungen an.

Eine davon ist die medizinische Rehabilitation. Sie dient in erster Linie der Behandlung von Gesundheits- und Funktionsstörungen und 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.

301 21. Auflage (9/2026)

Inhaltsverzeichnis

4 Medizinische Rehabilitation – wieder mitten im Leben
8 Stationäre Rehabilitation – mehr als ein Klinikaufenthalt
10 Ganztägig ambulante Rehabilitation – in der Reha und doch zu Hause
14 Mehr Selbstbestimmung – Sie haben die Wahl
17 Reha rechnet sich – ein Plus für alle
23 Der Weg zur Rehabilitation – erste Schritte
28 Nur einen Schritt entfernt: Ihre Rentenversicherung

Medizinische Rehabilitation – wieder mitten im Leben

„Rehabilitation“ stammt aus dem Lateinischen und bedeutet „Wiederherstellung“. 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 einer Rehabilitation werden schwerwiegende Erkrankungen und dadurch verursachte Funktionsstörungen medizinisch und therapeutisch behandelt. Damit soll vor allem erreicht werden, dass Sie nicht vorzeitig aus dem Berufsleben ausscheiden müssen. Doch eine erfolgreiche Rehabilitation bewirkt noch mehr: Sie verbessert Ihre Lebensqualität insgesamt und Sie können Ihren Platz in Beruf, Gesellschaft und Familie wieder besser ausfüllen.

Die Leistungen können stationär, zunehmend aber auch ganztägig ambulant durchgeführt werden und dauern grundsätzlich drei Wochen. Sie können – wenn es medizinisch notwendig erscheint – verkürzt, aber auch verlängert werden.

Bitte beachten Sie:
Sind Sie 45 Jahre oder älter? Dann testen Sie unseren Ü45-Onlinecheck und finden Sie etwas über Ihre momentane Gesundheit und Belastungen in Alltag und Beruf heraus. Am Ende erhalten Sie eine Einschätzung, ob und wenn ja welche Leistung für Sie in Frage kommt. Auch Ihren Antrag können Sie gegebenenfalls gleich hier stellen. Sie finden den Check auf der Internetseite www.deutsche-rentenversicherung.de unter dem Stichwort „Ü45-Check“.

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen zur bloßen Stärkung der Gesundheit oder die Behandlung akuter Krankheiten gehören aber nicht zu den Aufgaben der Rentenversicherung. Hier ist die Kranken- oder Unfallversicherung Ihr richtiger Ansprechpartner. Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom Rentenversicherungsträger ist dagegen grundsätzlich nur bei Krankheiten und Behinderungen möglich, die die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen – Erfolgsaussicht vorausgesetzt.

Zu den häufigsten rehabilitationsbedürftigen Erkrankungen gehören

- → 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 Sucht- beziehungsweise Abhängigkeitserkrankungen erfahren Sie Näheres in unserer Broschüre „Entwöhnungsbehandlung – ein Weg aus der Abhängigkeit“.

Anschlussrehabilitation

Eine Anschlussrehabilitation (AHB) ist eine stationäre oder ganztägig ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation, die sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung anschließt.

Die Dauer einer Anschlussrehabilitation ist von der Indikation beziehungsweise der Diagnose und dem Verlauf der Behandlung abhängig. Sie beträgt in der Regel ebenfalls drei Wochen.

Ist es medizinisch notwendig, können Leistungen auch für einen längeren Zeitraum durchgeführt werden. Verkürzt werden können sie dann, wenn das Rehabilitationsziel schon früher erreicht wird oder wenn sich keine Besserung abzeichnet.

Müssen Sie möglichst schnell vom Krankenhaus in eine spezielle Rehabilitationseinrichtung verlegt werden, damit die Anschlussrehabilitation sich nahtlos anschließen kann, kümmert sich der Sozialdienst des Krankenhauses darum. Er weiß, welches Verfahren der zuständige Rentenversicherungsträger für die Einleitung einer Anschlussrehabilitation vorsieht, und wird alles Nötige veranlassen.

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

Der Sozialdienst hilft Ihnen dann auch bei der Antragstellung. Zu den notwendigen Unterlagen gehört auch ein Formular für eine Verdienstbescheinigung. Dieses benötigt die Rentenversicherung für die Prüfung, ob Sie während der Anschlussrehabilitation finanzielle Leistungen – sogenanntes Übergangsgeld – bekommen können.

Unser Tipp:

Wenn Sie erwerbstätig sind, sollten Sie die Verdienstbescheinigung schnellstmöglich von Ihrem Arbeitgeber ausfüllen lassen und anschließend online hochladen oder an Ihren Rentenversicherungsträger schicken. Nur so ist gewährleistet, dass Sie auch während der Rehabilitation finanziell gesichert sind.

„Reha hat ein Zuhause“

Für weitere Informationen zum Thema Rehabilitation und zu den Reha-Kliniken der DRV scannen Sie einfach den QR-Code oder geben Sie direkt ein: www.drv-reha.de

Stationäre Rehabilitation – mehr als ein Klinikaufenthalt

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

Die Rentenversicherung verfügt bundesweit über zahlreiche Rehabilitationseinrichtungen. Diese sind jeweils auf verschiedene Indikationen spezialisiert. In die Entscheidung, welche Einrichtung am besten für Sie geeignet ist, fließen alle medizinischen und individuellen Gegebenheiten mit ein. Dazu zählen unter anderem Ihre Erkrankung oder Behinderung, Ihre persönliche Lebens- und Familiensituation, aber auch Alter und Geschlecht.

Auf dem Internetportal www.meine-rehabilitation.de können Sie sich über die verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen informieren.

Die Behandlungen und Therapien sind individuell gestaltet und auf Ihre Erkrankung abgestimmt. Dabei werden Sie nicht nur von Ärzten, sondern – je nach Bedarf – auch von Psychologen, Krankengymnasten, Bewegungstherapeuten oder Diätassistenten betreut. So verringern sich zum einen Ihre Beschwerden, 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 20.

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

Für eine erfolgreiche Rehabilitation ist Ihre aktive Mitarbeit erforderlich. Wir erwarten, dass Sie während der einzelnen Behandlungsschritte mitwirken und Therapieabsprachen einhalten. Und wir möchten Sie dazu motivieren, die neu gewonnenen Erkenntnisse im Alltag auch umzusetzen. Das kann auch eine Umstellung bisheriger gesundheitsschädigender Verhaltensweisen erfordern, um Risikofaktoren wie Übergewicht, Rauchen oder Alkohol zu minimieren oder auszuschalten. Doch Sie sind damit nicht allein: Das ganze Reha-Team unterstützt Sie dabei.

Kommen Sie Ihrer Mitwirkungspflicht jedoch nicht nach und gefährden damit Ihre Erwerbsfähigkeit beziehungsweise den Erfolg der Rehabilitation, können Sozialleistungen – beispielsweise eine Rente wegen Erwerbsminderung – im äußersten Fall versagt oder entzogen werden.

Ganztägig ambulante Rehabilitation – in der Reha und doch zu Hause

Die Rehabilitation ist flexibler geworden. Neben der stationären Rehabilitation werden 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 der 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 17 nachlesen.

Zu einer ganztägig ambulanten Rehabilitation müssen Sie nichts zuzahlen. Notwendige Fahrkosten werden Ihnen erstattet. Und Sie haben auch einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber beziehungsweise auf Zahlung von Übergangsgeld von der Rentenversicherung.

Rehabilitationssport und Funktionstraining

Der Erfolg Ihrer medizinischen Rehabilitation soll natürlich so lange wie möglich bestehen bleiben. Ein ambulanter Rehasport-Kurs oder ein Funktionstraining – im Anschluss an die Leistung durchgeführt – kann Sie dabei unterstützen.

Hat Ihnen der Arzt in der Reha-Einrichtung den ambulanten Rehabilitationssport verordnet, übernimmt die Rentenversicherung die Kosten dafür. Die Verordnung enthält die Diagnose und eine Begründung, warum der Rehabilitationssport notwendig ist. Außerdem sind hier geeignete Sportarten aufgeführt und auch die Trainingsdauer ist schon festgelegt. Ihr behandelnder Arzt oder Hausarzt erhält eine Durchschrift der Verordnung.

In Frage kommt ambulanter Rehabilitationssport vor allem bei Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems sowie nach Operationen oder Unfallfolgen an den Bewegungsorganen.

Ein Funktionstraining ist zum Beispiel für bestimmte rheumatische Erkrankungen geeignet. Auch hier ist eine Verordnung durch den Arzt der Rehabilitationseinrichtung erforderlich.

Unser Tipp:

Kontaktadressen von Sportgemeinschaften erhalten Sie bei den gesetzlichen Krankenkassen und den Dach- und Landesverbänden für den Behindertensport, für den Rehabilitationssport oder den Rehabilitationssport in Herzgruppen sowie für das Funktionstraining. Die Sportgemeinschaften müssen von ihrem jeweiligen Dach- oder Landesverband nach den Kriterien der BAR-Rahmenvereinbarung zum Rehabilitationssport und Funktionstraining (siehe www.bar-frankfurt.de/publikationen) anerkannt sein.

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.

Rehabilitationsnachsorge

Ist die medizinische Rehabilitation abgeschlossen, kann der Arzt in der Reha-Einrichtung Ihnen 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 Leistungen und benennt eine Nachsorgeeinrichtung in Wohnort- oder Arbeitsplatznähe, damit Sie die Leistung neben Ihrer beruflichen Tätigkeit in Anspruch nehmen können. Für den jeweiligen Behandlungstag können Sie einen

pauschalen Fahrkostenzuschuss erhalten, den die Einrichtung dann direkt auszahlt.

Bitte beachten Sie:
Die ambulante Nachsorge sollte sich möglichst nahtlos an die Rehabilitation anschließen. Nähere Auskünfte dazu erhalten Sie von Ihrem Rentenversicherungsträger.

Weitere Informationen finden Sie im Faltblatt „Reha-Nachsorge: Therapieerfolg nachhaltig sichern“.

Wenn Sie monatlich über neue Broschüren informiert werden möchten, können Sie unter www.deutsche-rentenversicherung.de/newsletter unseren Newsletter „Broschüren aktuell – unsere Neuerscheinungen“ abonnieren.

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 teilen Sie uns bei Antragstellung Ihre Wünsche und Vorschläge mit.

Im Reha-Antrag haben Sie die Möglichkeit, Ihre Wunscheinrichtung einzutragen. Alle in Frage kommenden Reha-Kliniken sind im Internet unter der Adresse www.meine-rehabilitation.de aufgelistet. Hier finden Sie außerdem Informationen zu den jeweiligen Fachrichtungen, die angeboten werden, zur Entfernung von Ihrem Wohnort und zu besonderen Angeboten wie Ausstattung, Sprachen oder Barrierefreiheit. Auch ein Qualitätsvergleich ist hier möglich. Der Schwerpunkt Ihrer Auswahl sollte natürlich darauf liegen, dass die Klinik auf Ihr Krankheitsbild spezialisiert ist und gegebenenfalls auch Nebendiagnosen mit abdeckt.

Der Rentenversicherungsträger prüft dann, ob das Rehabilitationsziel – die wesentliche Besserung oder Wiederherstellung Ihrer Erwerbsfähigkeit – dort voraussichtlich erreicht werden kann. Selbstverständlich berücksichtigen wir hierbei auch Ihre persönliche Lebens- und Familiensituation.

Möchten Sie keine Wünsche äußern oder sind Ihre Wunscheinrichtungen zur Behandlung Ihrer gesundheitlichen Einschränkungen aus medizinischer Sicht ungeeignet, unterbreitet Ihnen Ihr Rentenversicherungsträger Vorschläge für qualitativ am besten geeignete Rehabilitationseinrichtungen, aus denen Sie die von Ihnen bevorzugte auswählen können.

Rehabilitation im Ausland

Rehabilitationsleistungen werden normalerweise im Inland durchgeführt. Doch auch zugelassene Rehabilitationseinrichtungen im Ausland können in Betracht kommen, wenn sie Ihnen Leistungen in vergleichbarer Qualität und mit gleicher Wirksamkeit kostengünstiger anbieten.

Bitte beachten Sie:
Die ausländische Reha-Einrichtung muss dabei den gleichen Anforderungen entsprechen, die der Rentenversicherungsträger an inländische Einrichtungen stellt. 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 oder 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 und 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.

Darin liegt ein gewisses Risiko für Sie. Denn Sie müssen im Vorfeld richtig einschätzen können, welche Leistungen im Einzelnen überhaupt notwendig sind.

Reha rechnet sich – ein Plus für alle

Rehabilitationsleistungen ersparen der Rentenversicherung Folgekosten. Und 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 dementsprechend: 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 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, die Erstattung von Reisekosten und bei Bedarf die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe.

Übergangsgeld können Sie sowohl bei stationären als auch bei ganztägig ambulanten Rehabilitationsleistungen erhalten. Als Unterhaltsersatz im Zeitraum Ihrer Reha-

bilitation soll es Einkommenslücken überbrücken. Im Allgemeinen richtet sich die Höhe des Übergangsgeldes 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 im Bemessungszeitraum Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt haben.

Falls Sie selbständig tätig sind, müssen im Vorjahr des Reha-Beginns Beiträge zur Rentenversicherung vorliegen.

Der Berechnung des Übergangsgeldes werden 80 Prozent Ihres Bruttogehalts, aber maximal das Nettoarbeitsentgelt, zugrunde gelegt. Je nach familiärer Situation, zum Beispiel 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.

Die Bemessungsgrundlage für das Krankengeld ist der Betrag, aus dem sich das Krankengeld berechnet.

Haben Sie Krankengeld bezogen, ist die Bemessungsgrundlage dieser Leistung auch für das Übergangsgeld maßgeblich. Bei Selbständigen oder freiwillig Versicherten wird das Übergangsgeld aus den Beiträgen im letzten Kalenderjahr vor Beginn der medizinischen Rehabilitation ermittelt.

Bitte beachten Sie:
Während des Bezugs 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.

Reisekosten

Reisekosten, die Ihnen wegen einer medizinischen Rehabilitation entstehen, übernimmt Ihr Rehabilitationsträger.

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

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. Schöpfen Sie mögliche Fahrpreisermäßigungen bitte aus. Wenn Sie mit Ihrem privaten Kraftfahrzeug fahren, wird Ihnen eine Wegstreckenentschädigung gezahlt.

Haushaltshilfe und Kinderbetreuung

Der Rehabilitationsträger kann auch die Kosten für eine Haushaltshilfe übernehmen. Das ist möglich, wenn Sie 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 Be-

ginn der Haushaltshilfe unter zwölf Jahre alt oder behindert und auf Hilfe angewiesen sein. Kostenübernahmen für die Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung sollten Sie vorher beantragen.

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

Unser Tipp:

Liegen die Voraussetzungen für die Haushaltshilfe nicht vor, weil das Kind älter ist als zwölf Jahre, können möglicherweise Kosten für die Betreuung des Kindes übernommen werden. Nähere Informationen dazu erhalten Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger.

Zuzahlung – Ihr Kostenanteil

Wer stationär in einer Rehabilitationseinrichtung untergebracht ist, muss etwas zuzahlen. Sie werden damit an den Kosten für Übernachtung und Verpflegung beteiligt.

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, ab dem 1. Januar 2027 erhöht sich dieser Betrag auf 15 Euro.

Zuzahlungen innerhalb eines Kalenderjahres, die Sie gegebenenfalls schon bei einer anderen Rehabilitation oder stationären Krankenhausbehandlung geleistet hatten, werden berücksichtigt. 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 Hinweise hierzu.

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

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. Erwerbseinkommen und Erwerbsersatzeinkommen werden zusammengerechnet.

Den Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse oder Ihrem Rentenversicherungsträger.

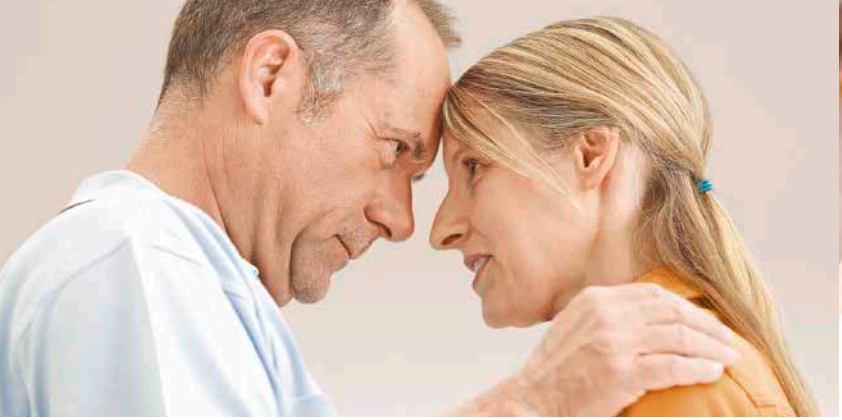
Vollständig von der Zuzahlung befreit werden Sie auch, wenn Sie Hilfe zum Lebensunterhalt oder Leistungen zur Grundsicherung (beispielsweise Grundsicherungsgeld) bekommen, unabhängig von der Art und Höhe dieser Leistungen. Doch auch hier müssen Sie einen entsprechenden Antrag stellen.

Eine teilweise Befreiung von der Zuzahlung ist möglich, wenn Sie ein Kind haben (für das Anspruch auf Kindergeld besteht) oder wenn Sie selbst pflegebedürftig sind und eine bestimmte Einkommensgrenze 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.

Unser Tipp:

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

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



Der Weg zur Rehabilitation – erste Schritte

Rehabilitationsleistungen müssen Sie beantragen. Ihr Rentenversicherungsträger prüft dann, ob Sie die medizinischen Voraussetzungen für die Durchführung einer Leistung erfüllen und ob Sie die erforderliche Mindestversicherungszeit zurückgelegt haben.

Wann kann eine medizinische Rehabilitation durchgeführt werden?

Ist Ihre Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung bereits erheblich gefährdet oder schon gemindert, wird Ihr Arzt den Antrag auf Rehabilitation befürworten und mit einem Befundbericht medizinisch begründen. Entscheidend ist dabei, dass aus ärztlicher Sicht ein Reha-Aufenthalt Ihre Gesundheit voraussichtlich wiederherstellen oder zumindest soweit stabilisieren kann, dass Sie wieder arbeiten können. Diese ärztliche Stellungnahme – das kann auch ein Gutachten sein – fügen Sie dann Ihren Antragsunterlagen bei.

Unser Tipp:

Sprechen Sie am besten mit Ihrem Arzt, bevor Sie den Antrag auf Rehabilitation stellen. Ihr Arzt wird mit Ihnen gemeinsam klären, ob eine Rehabilitation für Sie in Frage kommt.

Medizinisches Gutachten oder Befundbericht?

Wenn Sie eine medizinische Rehabilitation beantragen, können Sie selbst wählen, ob Ihr Haus- oder Betriebsarzt einen Befundbericht erstellt oder ob Sie sich von einem Gutachter untersuchen lassen wollen.

Anschriften-verzeichnisse von Gutachtern finden Sie bei den Krankenkassen und Versicherungs-ämtern.

Entscheiden Sie sich für einen Gutachter, wird das Gutachten vom Rentenversicherungsträger oder von der Stelle, die Ihren Antrag entgegennimmt, in Auftrag gegeben. Ob Befundbericht oder Gutachten – die Kosten dafür übernimmt die Rentenversicherung.

Unser Tipp:

Füllen Sie zusätzlich bitte in jedem Fall den Selbstauskunftsbogen aus, der als Anlage zum „Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag“ gehört. Für den Befundbericht leiten Sie bitte möglichst das dafür vorgesehene Formular der Rentenversicherung an Ihren Arzt weiter.

Wie muss Ihr Versicherungskonto aussehen?

Um eine Rehabilitation erhalten zu können, müssen Sie vorher Beiträge in die Rentenversicherung eingezahlt haben. Sie erfüllen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, wenn Sie

- → in den letzten zwei Jahren vor dem Antrag sechs Kalendermonate Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit gezahlt haben oder
- → innerhalb von zwei Jahren nach Ihrer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit aufgenommen und diese bis zum Antrag ausgeübt haben oder
- → bereits erwerbsgemindert sind oder eine Erwerbsminderung einzutreten droht und Sie die Mindestversicherungszeit von fünf Jahren erfüllen.

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

Unser Tipp:

Auf die Wartezeit von 5 und 15 Jahren werden Pflichtbeiträge oder freiwillige Beiträge, Kindererziehungszeiten, Ersatzzeiten sowie Zeiten aus einem Versorgungsausgleich, aus einem Rentensplitting und aus einer geringfügigen versicherungsfreien Beschäftigung, für die der Arbeitgeber einen Beitragsanteil getragen hat, angerechnet. Nähere Informationen finden Sie in unserer Broschüre „Rente: Jeder Monat zählt".

Rehabilitation ausgeschlossen

Grundsätzlich ausgeschlossen sind Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn eine akute, behandlungsbedürftige Erkrankung vorliegt. 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
- → wenn Sie schon eine Altersrente von wenigstens zwei Dritteln (66,6667 Prozent) der Vollrente erhalten oder beantragt haben oder
- → Beamter sind oder Versorgungsbezüge wegen Erreichens einer Altersgrenze erhalten oder

- → bereits dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind und bis zum Beginn Ihrer Altersrente zunächst andere Leistungen erhalten oder
- → sich in Untersuchungshaft oder Vollzug einer Freiheitsstrafe befinden oder
- → sich gewöhnlich im Ausland aufhalten und im Antragsmonat keinen Pflichtbeitrag zur deutschen Rentenversicherung gezahlt haben.

Der Antrag

Rehabilitationsleistungen müssen Sie beantragen. Am schnellsten geht das im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de → Reha → Reha-Antragstellung. Hier können Sie den Antrag direkt online stellen.

Sie können Ihren Antrag auch bei den gesetzlichen Krankenkassen und Versicherungsämtern stellen. Alle genannten Stellen sind Ihnen gern beim Ausfüllen des Antrags behilflich.

Unser kostenloses Servicetelefon erreichen Sie unter der Nummer 0800 1000 4800. Auch hier können Sie Ihre Fragen stellen.

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

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 herunterladen oder bestellen. Wenn Sie regelmäßig über neue Broschüren informiert werden möchten, abonnieren Sie unseren Newsletter „Broschüren aktuell“.

Mit unseren Online-Services

Sie können online sicher mit uns kommunizieren. Um einen Antrag zu stellen, benötigen Sie nur Ihre Versicherungsnummer. Für weitere Anliegen können Sie unser Kundenportal nutzen. Hier identifizieren Sie sich mit der Online-Ausweisfunktion Ihres Personalausweises.

Am Telefon

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

Im Internet

Unser Angebot steht Ihnen unter www.deutsche-rentenversicherung.de rund um die Uhr zur Verfügung. Sie können sich über viele Themen informieren, Broschüren herunterladen oder bestellen sowie verschiedene Newsletter abonnieren.

Im persönlichen Gespräch

Ihre nächstgelegene Auskunfts- und Beratungsstelle finden Sie auf unserer Startseite im Internet oder Sie erfragen sie am Servicetelefon. Dort können Sie auch bequem einen Termin vereinbaren.

Versichertenberater und Versichertenälteste

Unsere ehrenamtlich tätigen Versichertenberater und Versichertenältesten sind in unmittelbarer Nachbarschaft für Sie da und helfen Ihnen beispielsweise beim Ausfüllen von Anträgen.

Ihr kurzer Draht zu uns
0800 1000 4800 (kostenloses Servicetelefon)
www.deutsche-rentenversicherung.de
info@deutsche-rentenversicherung.de

Unsere Partner

Auch bei den Versicherungsämtern der Städte und Gemeinden können Sie Ihren Antrag stellen 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 500 900
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.

Impressum
Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Abteilung Kommunikation
Hohenzollerndamm 46–47, 10713 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin
Telefon: 030 865-0
Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de
E-Mail: drv@drv-bund.de
Fotos: Peter Teschner, Bildarchiv Deutsche Rentenversicherung Bund
Druck: Fa. H. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin

21. Auflage (9/2026), **Nr. 301**

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Deutschen Rentenversicherung; sie wird grundsätzlich kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

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

Kompetenter Partner in Sachen Altersvorsorge ist die Deutsche Rentenversicherung. Sie betreut mehr als 58 Millionen Versicherte und über 21 Millionen Rentner.

Die Broschüre ist Teil unseres umfangreichen Beratungsangebotes.

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

Deutsche Rentenversicherung
Immer bei dir.

DIGITALE RENTEN ÜBERSICHT