Rehabilitation nach Tumorerkrankungen

- → Das medizinische Angebot
- → Die Voraussetzungen
- → Finanzielle Unterstützung

Deutsche Rentenversicherung
Sicherheit für Generationen

DIGITALE RENTEN ÜBERSICHT

Wie die Rentenversicherung Krebspatienten hilft

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

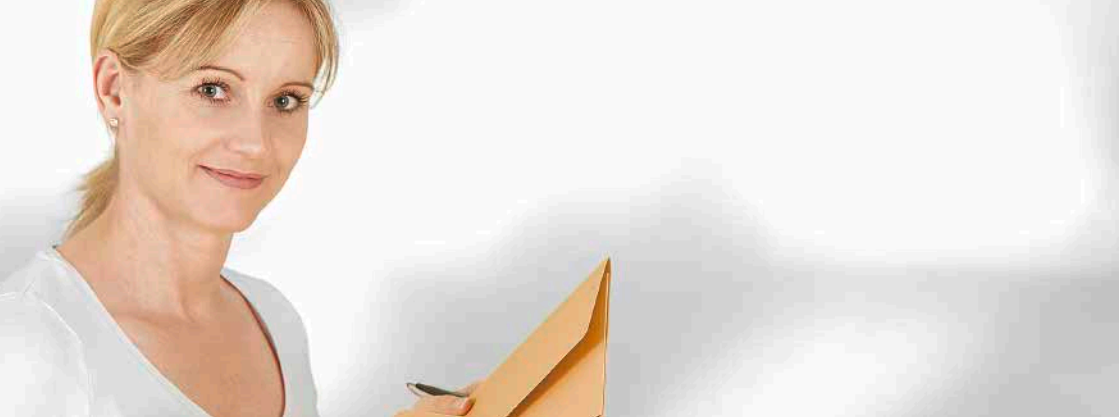
Für die Deutsche Rentenversicherung gehört die Rehabilitation zu ihren wichtigsten Aufgaben. Dazu zählen auch sogenannte Leistungen zur onkologischen Rehabilitation im Anschluss an die Erstbehandlung einer Tumorerkrankung.

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.

304 21. Auflage (8/2026)

Inhaltsverzeichnis

4 Das medizinische Angebot
8 Die Einrichtungen
10 Die Voraussetzungen
14 Der Antrag
16 Die Unterstützung
21 Die Kosten
24 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 vorangegangenen 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. Sie profitieren dabei immer 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 (Operation, Bestrahlung, Chemotherapie) 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.

Unser Tipp:

Innerhalb der Ein- beziehungsweise Zweijahresfrist können Sie auch wiederholt onkologische Rehabilitationen in Anspruch nehmen, sofern Sie jeweils die persönlichen Voraussetzungen erfüllen. Mehr zu den persönlichen Voraussetzungen erfahren Sie ab Seite 10.

Die Leistungen zur Rehabilitation müssen beantragt werden. Wie Sie Ihren Antrag stellen, erfahren Sie auf Seite 14.

Anschlussrehabilitation (AHB)

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

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 ganztägig 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 die notwendigen Antragsformulare bereits während Ihres Aufenthaltes im Krankenhaus vom dortigen Sozialdienst.

Unser Tipp:

Bei den Antragsformularen finden Sie auch den 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 16.

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

Und danach?

Die Nachsorge findet in der Nähe Ihres Wohnortes statt.

Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie im Anschluss an die Rehabilitation auch eine Nachsorgeleistung in Anspruch nehmen. Dabei wird in der Rehabilitation Erlerntes in Ihren Alltag integriert.

Informationen zur Nachsorge erhalten Sie bereits während Ihres Aufenthaltes in der Rehabilitationseinrichtung und auch im Internet unter www.reha-nachsorge-drv.de.

„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

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 im Antrag mitteilen. Wir nehmen Ihren Wunsch sehr ernst und versuchen, ihn zu erfüllen. Eine Garantie, dass Ihre Reha tatsächlich dort erfolgen kann, gibt es aber nicht. Auch wenn Ihr Wunsch nach einer bestimmten Reha-Einrichtung abgelehnt wird, schlägt Ihnen Ihr Rentenversicherungsträger mit dem Bescheid bis zu vier Reha-Einrichtungen vor. Aus diesen vier Reha-Einrichtungen können Sie in einer Frist von 14 Tagen eine Reha-Einrichtung wählen. Verzichten Sie darauf, wird die in dem Bescheid an erster Stelle genannte Reha-Einrichtung für Sie ausgewählt.

Selbst beschaffte Leistungen

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

Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie sich auch selbst um Ihre Rehabilitation kümmern und die entstandenen Kosten von der Rentenversicherung erstattet bekommen; beispielsweise dann, wenn der Rentenversicherungsträger nicht in einer angemessenen Zeit über Ihren Antrag entschieden und Ihnen keinen hinreichenden Grund für die Verzögerung mitgeteilt hat. Der Rentenversicherungsträger muss Ihnen die entstandenen Kosten für die selbst besorgte Rehabilitation dann erstatten.

Auch wenn eine notwendige Leistung dringend war oder vom Rentenversicherungsträger zu Unrecht abgelehnt wurde, kann eine Selbstbeschaffung mit anschließender Kostenerstattung möglich sein. Hierbei bekommen Sie 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 Einschränkungen, die durch die Erkrankung entstanden sind, sind therapierbar beziehungsweise positiv zu beeinflussen und
- → der Patient ist für die onkologische Rehabilitation ausreichend belastbar sowie möglichst allein reisefähig.

Eine laufende Chemotherapie ist grundsätzlich kein Hinderungsgrund.

Welche Voraussetzungen muss Ihr Versicherungskonto erfüllen?

Es handelt sich hier um die sogenannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen.

Es reicht aus, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

- → die Wartezeit von 15 Jahren (180 Kalendermonate Beitragszeiten) ist erfüllt,
- → in den letzten zwei Jahren vor dem Antrag liegen sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine

versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit, wobei sich der Zweijahreszeitraum um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Bürgergeld an erwerbsfähige Leistungsberechtigte verlängert,

→ 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,

→ zum Zeitpunkt der Antragstellung liegt bei Ihnen verminderte Erwerbsfähigkeit vor oder droht einzutreten und Sie haben die allgemeine Wartezeit erfüllt.

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

Onkologische Rehabilitation auch für Rentner und Angehörige

Eine onkologische Rehabilitation können Sie auch erhalten, wenn Sie bereits eine Rente beziehen.

Ehe- oder Lebenspartner von Versicherten und von Rentenbeziehern 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.

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

Absolvieren Kinder eine Schul- oder Berufsausbildung oder beispielsweise ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder den Bundesfreiwilligendienst, können sie bis zum vollendeten 27. Lebensjahr eine onkologische Rehabilitation erhalten. Das Gleiche gilt, wenn

Maßgebend ist das Alter zum Zeitpunkt der Antragstellung.

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

- → eine Beschäftigung ausübt, bei der er eine Anwartschaft auf eine Versorgung nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften erwirbt,
- → 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.

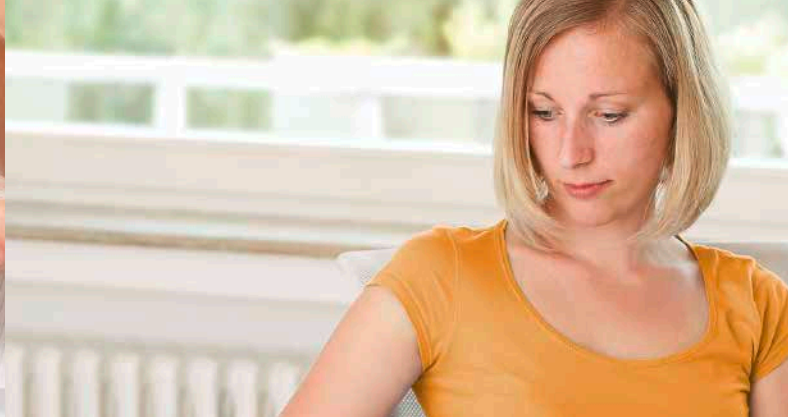
Die gleichen Einschränkungen gelten auch für Angehörige, die onkologische Rehabilitationsleistungen beantragen wollen.

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, einen Pflichtbeitrag für eine versicherte Beschäf-

tigung oder selbständige Tätigkeit gezahlt haben – oder nur deshalb nicht gezahlt haben, weil sie im Anschluss an diese Beschäftigung oder Tätigkeit arbeitsunfähig waren. Für 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. Das geht ganz einfach online oder Sie fordern sich die Vordrucke direkt bei der Deutschen Rentenversicherung, den Auskunfts- und Beratungsstellen, den gesetzlichen Krankenkassen, Versicherungsämtern oder von den Versichertenberatern an. Diese Stellen sind Ihnen auch beim Ausfüllen des Antrages behilflich.

Das komplette Antragspaket mit allen erforderlichen Vordrucken für Ihre Rehabilitation können Sie im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de herunterladen: Reha; Reha-Antragstellung; Formularpaket „Leistungen zur onkologischen Rehabilitation“. Unter www.eservice-drv.de können sie Ihren Antrag auch online stellen.

Unabhängig von der Form Ihres Antrages klären die Rehabilitationsträger die richtige Zuständigkeit 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.

Bitte beachten Sie:
Sollten Sie Ihre onkologische Rehabilitations-leistung als sogenannte Anschlussrehabilitation erhalten, gelten besondere Antragsformalitäten. Lesen Sie hierzu bitte Seite 6.

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

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.

Anspruch auf Übergangsgeld

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

Als Angehöriger haben Sie keinen Anspruch auf Übergangsgeld.

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 Bemessungszeitraum Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt haben.

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

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 in der Regel 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 der Leistung, die Sie bisher von der Agentur für Arbeit bezogen haben.

Empfänger von Grundsicherungsgeld erhalten diese Leistungen weiterhin, auch während ihrer Rehabilitation, vom Träger der Grundsicherung. Das ist dann zum Beispiel die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter. Ein Anspruch auf Übergangsgeld besteht nicht.

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

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.

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

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 aus medizinischen Gründen kann Ihnen das Fahren möglicherweise 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 ist oder eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist.

Sie können eine professionelle Haushaltshilfe in Anspruch nehmen oder auch eine private Person beauftragen.

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.

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

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 über-

Den aktuell geltenden Höchstbetrag können Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger erfragen.

nommen 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.

Unser Tipp:

Den Antrag auf Haushaltshilfe oder die Übernahme von Kinderbetreuungskosten sollten Sie bereits vor Antritt Ihrer Rehabilitation stellen. Unterstützung und nähere Informationen erhalten Sie in den Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung.

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.

Aufnahme- und Entlassungstag gelten als ein Tag.

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.

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

Bei einer Anschlussrehabilitation müssen Sie längstens für 14 Tage zuzahlen. Hier fließen Zuzahlungen ein, die Sie im gleichen Kalenderjahr bereits für eine Krankenhausbehandlung oder eine weitere Anschlussrehabilitation erbracht haben.

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 ändert sich jährlich. Wenn Sie weniger 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 Bürgergeld) 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 müssen auch hier Einkommensgrenzen eingehalten werden. Diese können Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger erfahren.

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.

Anträge 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 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 (8/2026), **Nr. 304**

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
Sicherheit für Generationen

DIGITALE RENTEN ÜBERSICHT