



Mit Rehabilitation wieder fit für den Job

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





Die neue Chance

Ihre Gesundheit lässt zu wünschen übrig? Sie befürchten, dass Sie bald nicht mehr arbeiten können? Dann ist es möglicherweise Zeit für eine medizinische Rehabilitation. Die Kosten übernimmt Ihr Rentenversicherungsträger – eventuell sogar ohne Zuzahlung von Ihnen. Ob stationär oder ganztägig ambulant: Sie bekommen in jedem Fall alle Leistungen, die für Ihre Genesung erforderlich sind. Der Rentenversicherung stehen dafür eine Vielzahl von Spezialeinrichtungen aller medizinischen Fachrichtungen zur Verfügung.

Sie können trotz medizinischer Rehabilitation nicht weiter in Ihrem erlernten Beruf arbeiten? Sie finden keinen Arbeitsplatz, der Ihren gesundheitlichen Problemen angepasst ist? Auch hier hat die Rentenversicherung ein passendes Angebot für Sie: berufliche Rehabilitation – auch „Teilhabe am Arbeitsleben“ genannt. So können Sie zum Beispiel unter bestimmten Voraussetzungen in einem von bundesweit 28 Berufsförderungswerken umschulen. Oder Ihr Arbeitgeber kann Leistungen erhalten, damit Ihr Arbeitsplatz gesichert wird.

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



Inhaltsverzeichnis

- 4 Was Rehabilitation bedeutet**
- 5 Ihr Weg zu einer medizinischen Rehabilitation**
- 16 Neue Chance in anderem Beruf**
- 19 Persönliches Budget – Besondere Form der Leistungserbringung**
- 20 Wenn das Einkommen wegfällt**
- 26 Rehabilitation für Angehörige**
- 30 Wie wirkt sich eine Rehabilitation auf die Rente aus?**
- 32 Wir informieren. Wir beraten. Wir helfen.**

Was Rehabilitation bedeutet

Jährlich erfahren etwa eine Million Menschen, dass ihr Körper den Belastungen am Arbeitsplatz nicht mehr gewachsen ist oder dass die gesundheitlichen Probleme eine berufliche Neuorientierung erforderlich machen. Dank einer Rehabilitationsleistung steigen Ihre Chancen auf einen erfolgreichen Neustart erheblich.

Das Ziel jeder Rehabilitation lautet: Versicherte mit akuten oder chronischen Erkrankungen sollen wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren oder in einen anderen Beruf einsteigen können. Eine Rehabilitation der Rentenversicherung kann sich im Einzelfall von einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation über eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben – zum Beispiel eine Umschulung – bis hin zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben erstrecken.

Reha vor Rente

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

Auch wenn Sie Erwerbsminderungsrente beziehen, wird nachträglich geprüft, ob Rehabilitationsleistungen zumutbar und geeignet sind, um die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen. Im Interesse aller Versicherten gilt in der Rentenversicherung der Grundsatz „Reha vor Rente“. Für Sie als Rehabilitand hat dies zur Folge, dass Sie sich aktiv an der Rehabilitation und an der Wiederherstellung Ihrer Gesundheit beteiligen müssen.



Ihr Weg zu einer medizinischen Rehabilitation

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

Wenn Sie körperlich geschwächt sind, soll Sie die medizinische Rehabilitation wieder fit für den Beruf machen. In erster Linie gehört dazu die stationär durchgeführte Rehabilitationsleistung. Dabei sind Sie ganztägig mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung untergebracht. Stationäre Rehabilitationsleistungen gibt es für alle Krankheiten.

Ganztägig ambulante Rehabilitation

Um die Rehabilitation flexibler zu machen und individuell auf Sie abstimmen zu können, bieten die Rentenversicherungsträger auch ganztägig ambulante Leistungen an. Sie unterscheiden sich von einem stationären Aufenthalt dadurch, dass Sie als Patient nicht „rund um die Uhr“ betreut werden. Sie suchen die wohnortnahe Rehabilitationseinrichtung nur während der Therapiezeiten auf und verbringen die Abende und Wochenenden zu Hause. Diese Form der Rehabilitation ist vor allem dann für Sie interessant, wenn aus persönlichen Gründen eine auswärtige Unterbringung nicht in Frage kommt.

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

Die ganztägig ambulante Rehabilitation kann anstelle einer stationären Rehabilitationsleistung oder zu deren Verkürzung in Betracht kommen. Zum Beispiel kann während der Leistung ein Wechsel von der stationären in die ganztägig ambulante Rehabilitation stattfinden. Natürlich erhalten Sie alle erforderlichen ärztlichen und therapeutischen Leistungen wie bei einer stationären Rehabilitation auch.

Wovon lebe ich während der Rehabilitation?

Ihre Existenz ist auch während der Rehabilitation gesichert. Wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, bekommen Sie Übergangsgeld (siehe Seite 20). Und: Die Rentenversicherung ersetzt Fahrkosten in einem angemessenen Umfang (siehe Seite 22).

Wie lange dauert eine Rehabilitation?

Eine medizinische Rehabilitation dauert in der Regel drei Wochen. Sie kann im Bedarfsfall verlängert werden.

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

Welche Rehabilitationseinrichtungen gibt es?

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

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

Die Bewilligung einer medizinischen Rehabilitation hängt von der Erfüllung bestimmter persönlicher und versicherungsrechtlicher Voraussetzungen ab.



Persönliche Voraussetzungen

Die persönlichen Voraussetzungen liegen vor, wenn Ihre Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist und durch die Rehabilitationsleistung voraussichtlich entweder

- die Minderung der Erwerbsfähigkeit verhindert oder
- die geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert, wiederhergestellt oder zumindest deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann.

Auch wenn Sie bereits Erwerbsminderungsrente beziehen, können Sie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten, wenn Sie dadurch voraussichtlich wieder erwerbsfähig werden.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Wenn Sie einen Antrag für eine Rehabilitationsleistung stellen, müssen Sie eine bestimmte Mindestversicherungszeit nachweisen. Anspruchsberechtigt sind Sie, wenn Sie

- die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
- eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen.
- Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen auch die Bezieher einer großen Witwen-/Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Wartezeit: Die Zeit, die Sie mindestens rentenversichert sein müssen, damit Sie eine Rente oder Rehabilitation erhalten können.



Sie erfüllen die Voraussetzungen auch, wenn Sie

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

Beispiel: Voraussetzung für eine Rehabilitation

Dieter S. stellt auf Anraten seines Hausarztes am 15. Januar 2009 einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag. S. ist seit dem 14. Juli 2008 rentenversichert. Obwohl er weder die Wartezeit von 15 Jahren beziehungsweise von fünf Jahren nachweisen kann, noch Rente wegen Erwerbsminderung bezieht, bewilligt ihm die Rentenversicherung die Rehabilitationsleistung, weil S. die persönlichen Voraussetzungen erfüllt und im Zweijahreszeitraum vom 15. Januar 2007 bis 14. Januar 2009 die erforderlichen sechs Pflichtbeiträge (= Juli 2008 bis Dezember 2008) nachweisen kann.

Kann eine Rehabilitation wiederholt werden?

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

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

Wer bekommt keine Rehabilitation?

Keinen Anspruch auf Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung haben Sie, wenn Sie

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

Bitte beachten Sie:

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

Eine Anschlussrehabilitation erfolgt direkt nach einer Akutbehandlung (siehe auch Seite 14).

Was muss ich bei einer medizinischen Rehabilitation zuzahlen?

An den Kosten für Unterkunft und Verpflegung bei einer stationären Rehabilitation müssen Sie sich grundsätzlich für jeden Kalendertag Ihres Rehabilitationsaufenthaltes mit zehn Euro beteiligen, allerdings höchstens 42 Tage im Kalenderjahr. Bei stationären Leistungen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussrehabilitation) beträgt Ihre Zuzahlung ebenfalls zehn Euro je Kalendertag.

Sie müssen jedoch längstens für 14 Tage pro Kalenderjahr zuzahlen. Haben Sie innerhalb des Kalenderjahres bereits solche Zuzahlungen an eine gesetzliche Krankenkasse geleistet, beispielsweise wegen eines Krankenhausaufenthaltes, prüft Ihr Rentenversicherungsträger, ob er diese anrechnen kann.

Bei einer ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation müssen Sie nichts zuzahlen.

Kann ich von Zuzahlungskosten befreit werden?

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

- zum Zeitpunkt der Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder
- Übergangsgeld oder Hilfe zum Lebensunterhalt beziehungsweise Leistungen zur Grundsicherung (beispielsweise Arbeitslosengeld II) beziehen – und das unabhängig von Art und Höhe dieser Leistungen – oder
- eine Kinderrehabilitation erhalten.

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

Rehabilitation auch für Geringverdiener?

Aufgrund einer Härteklausel ist eine Zuzahlung auch dann nicht erforderlich, wenn Sie dadurch unzumutbar belastet wären. Auf Antrag können Sie deshalb völlig von der Zuzahlung befreit werden, wenn Ihre monatlichen Nettoeinkünfte bei Antragstellung im Jahr 2009 unter 1 009 Euro liegen. Darüber hinaus können Sie –



abhängig von der Höhe Ihrer Nettoeinkünfte und wenn weitere Voraussetzungen erfüllt sind (wenn beispielsweise ein Kind im Haushalt lebt, für das Sie Kindergeld erhalten) – teilweise von der Zuzahlung befreit werden.

Tägliche Zuzahlung zu stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen bei Antragstellung im Jahr 2009

Monatliches Nettoeinkommen	Tägliche Zuzahlung
unter 1 009 EUR	keine
ab 1 009 EUR	8,00 EUR
ab 1 020 EUR	8,50 EUR
ab 1 080 EUR	9,00 EUR
ab 1 140 EUR	9,50 EUR
ab 1 200 EUR	10,00 EUR

Individuell abgestimmte Leistungen

Um die Rehabilitation individuell auf die gesundheitlichen Verhältnisse des Einzelnen abstimmen zu können, gibt es einen breit gefächerten Katalog an Leistungen. Dazu gehören Heilmittel, Krankengymnastik, Massagen, Psychotherapie, medizinische Bäder, Bestrahlungen, Elektrotherapie, Belastungserprobung, Arbeitstherapie und auch die gesundheitliche Aufklärung über Risikofaktoren wie Übergewicht, Rauchen und Alkohol.

Ihr Weg zur medizinischen Rehabilitation

Anregung oder Empfehlung durch Arzt oder Krankenkasse



Antrag

Antragsformulare und nähere Informationen gibt es bei den

- Rentenversicherungsträgern,
- Auskunft- und Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger,
- Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation,
- Versichertenberatern,
- Krankenkassen,
- Versicherungsämtern und

im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de.

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



Sozialmedizinischer Dienst des Rentenversicherungsträgers

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



Zuständigkeit

Bei Erwerbstätigen ohne Berufskrankheit oder Versorgungsleiden ist dies die Rentenversicherung.



Auswahl der Rehabilitationseinrichtung

Wenn alle Voraussetzungen vorliegen, wird eine geeignete Rehabilitationseinrichtung ausgesucht und die Dauer festgelegt. Dabei werden so weit wie möglich die Wünsche des Versicherten berücksichtigt.



Bewilligungsbescheid

Der Arbeitgeber (Personalbüro) sowie der behandelnde Arzt sollten unverzüglich über die Bewilligung informiert werden.



Wie lange dauert es bis zur Entscheidung?

Wenn Sie einen Antrag stellen, wird in kürzester Zeit entschieden, welcher Leistungsträger für Ihr Anliegen zuständig ist. Ist die Rentenversicherung zuständig, entscheidet sie innerhalb von drei Wochen, ob Ihre Rehabilitation bewilligt wird. Ausnahme: Wenn ein Gutachten notwendig ist, kann es länger dauern. Nähere Auskunft hierüber erhalten Sie beim Rentenversicherungsträger. Stellt die Rentenversicherung fest, dass ein anderer Leistungsträger zuständig ist, leitet sie den Antrag unverzüglich an den zuständigen Träger weiter.

Werden meine Wünsche berücksichtigt?

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

Was passiert nach der Bewilligung des Rehabilitationsantrages?

Nach der Bewilligung der Rehabilitationsleistung erhalten Sie von der Rehabilitationseinrichtung

- eine Mitteilung über den Beginn der Rehabilitation,
- Informationen über die Anreise, das erforderliche Gepäck und das richtige Verhalten während des Rehabilitationsaufenthalts.

Das Schreiben über den Beginn der Leistung müssen Sie unverzüglich dem Arbeitgeber (Personalbüro) vorlegen, damit dieser eventuell die Entgeltfortzahlung in die Wege leiten kann. Gleichzeitig sollten Sie von Ihrem Arbeitgeber die Ihnen mit dem Rehabilitationsbescheid übersandte Entgeltbescheinigung ausfüllen lassen. Die Daten, die das Personalbüro des Arbeitgebers angeben muss, benötigt die Rentenversicherung so schnell wie möglich, um entscheiden zu können, ob Ihnen Übergangsgeld zusteht und gegebenenfalls in welcher Höhe.

Wann gibt es Übergangsgeld?

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

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

Kürzt eine Rehabilitationsleistung meinen Urlaub?

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

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

Was ist eine Anschlussrehabilitation?

Eine besondere Form der Rehabilitation ist die Anschlussrehabilitation (AHB). Sie bietet Ihnen die Möglichkeit, unmittelbar nach der Akutbehandlung in einem Krankenhaus – zum Beispiel nach einem Herzinfarkt oder einer Operation – an einer medizinischen Rehabilitation teilzunehmen.

Der Sozialdienst
des jeweiligen
Krankenhauses hilft
weiter.

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

Gibt es auch Rehabilitationen bei Suchtkrankheiten?

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

Eine stationäre Kurzzeittherapie dauert in der Regel acht Wochen. Eine Standardtherapie kann zwölf bis 16 Wochen stationär durchgeführt werden. Bei Drogenabhängigkeit sind stationäre Therapien bis zu 26 Wochen möglich.

Eine ambulante Entwöhnungsbehandlung dauert in der Regel sechs bis zwölf Monate.

Die Rentenversicherung legt Wert darauf, dass Sie vor Beginn der Entwöhnungsbehandlung eine Suchtberatungsstelle aufsuchen, die Ihnen im Antragsverfahren behilflich ist.



Neue Chance in anderem Beruf

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

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

Habe ich Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben?

Auch für eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen Sie bestimmte versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllen. Eine solche Rehabilitation können Sie erhalten, wenn

- Sie die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
- Sie eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen oder diese ohne Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu zahlen wäre oder
- eine medizinische Leistung allein nicht reicht, um den angestrebten Rehabilitationserfolg zu erreichen, oder
- Sie Bezieher einer großen Witwen-/Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind.

Leistungen zur beruflichen Eingliederung

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

- Bei Bedarf schaltet die Rentenversicherung auch Integrationsfachdienste ein, die Sie beraten, unterstützen und auf geeignete Arbeitsplätze vermitteln. Zudem können diese Dienste auch Arbeitgeber informieren, beraten und Ihnen Hilfe leisten.
- Auf Wunsch vermitteln wir Kontakte zu örtlichen Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen.

Berufliche Neuorientierung

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

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

Wie lange wird gefördert?

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



Persönliches Budget – Besondere Form der Leistungserbringung

Für den Bereich der Rehabilitation gilt grundsätzlich das Sachleistungsprinzip. Geldleistungen sind die Ausnahme. Dennoch gibt es die Leistungsform „Persönliches Budget“.

Der Rentenversicherungsträger stellt Ihnen nach Prüfung der Voraussetzungen ein eigenes Budget zur Verfügung, aus dem Sie die Aufwendungen bezahlen, die erforderlich sind.

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

- direkt bei Ihrem Rentenversicherungsträger,
- bei den Gemeinsamen Servicestellen oder
- bei den Auskunft- und Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger.



Wenn das Einkommen wegfällt

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

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

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

Was ist eigentlich Übergangsgeld?

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

danach sowie für die Zeit zwischen zwei Leistungen bekommen.

Als Arbeitnehmer zahlt Ihnen die Rentenversicherung nach Wegfall einer Entgeltfortzahlung Übergangsgeld, wenn Sie zuvor Rentenversicherungsbeiträge gezahlt haben. Solange Sie Mutterschaftsgeld beziehen, ruht der Anspruch auf Übergangsgeld.

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

- versicherungspflichtig beschäftigt,
- als Selbständiger pflichtversichert oder freiwillig versichert mit Arbeitsverdienst oder Arbeits-einkommen,
- Bezieher von Arbeitslosengeld sowie Arbeitslosen-geld II unter bestimmten Voraussetzungen oder
- auf andere Weise versichert waren.

Darüber hinaus orientiert sich das Übergangsgeld an Ihrer letzten beruflichen Stellung, soweit Sie an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen.

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

Wie läuft die stufenweise Wiedereingliederung?

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

Voraussetzung hierfür ist, dass die stufenweise Wiedereingliederung vom Arzt der Rehabilitationseinrichtung verordnet wurde und innerhalb von 14 Tagen nach Ende der medizinischen Rehabilitation beginnt. In allen anderen Fällen (zum Beispiel, wenn die stufenweise Wiedereingliederung nach Ablauf der 14-Tage-Frist beginnt) ist die Krankenkasse zuständig.

Was ist mit Sozialversicherungsbeiträgen?

Den Beitragszuschlag für Kinderlose in der Pflegeversicherung sowie den kassenindividuellen Zusatzbeitrag müssen Sie allein zahlen.

Während der Rehabilitation sind Sie sozialversichert. Zeiten einer Rehabilitation sind Beitragszeiten, wenn Sie Übergangsgeld erhalten und im letzten Jahr vor der Rehabilitation pflichtversichert waren. Die Beiträge zahlt die Rentenversicherung für Sie.

Wer trägt die erforderlichen Reisekosten?

Die Rentenversicherung übernimmt die Kosten für die Anreise zu einer Rehabilitation und für die Abreise in Höhe der Tarife für öffentliche Verkehrsmittel. Sie kommt auch für Reisekosten auf, wenn Sie während einer länger dauernden Rehabilitationsleistung – zum Beispiel während einer Umschulung in einem Berufsförderungswerk – Ihre Familie besuchen wollen.

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

Bei einer medizinischen Rehabilitation trägt die Rentenversicherung Ihre Reisekosten für Familienheimfahrten, wenn die Leistung länger als acht Wochen dauert. Ist Ihnen aus medizinischen Gründen – wegen einer besonders schweren Krankheit oder Behinderung – keine Familienheimfahrt möglich, übernimmt die Rentenversicherung gegebenenfalls die Reisekosten für einen Angehörigen, der Sie besucht. Sie sollten unbedingt Fahrpreisvergünstigungen nutzen. Nur unumgänglich erforderliche Fahrkosten kann Ihnen die Rentenversicherung erstatten. Wenn Sie mit Ihrem privaten Pkw fahren, wird Ihnen eine Entfernungspauschale gezahlt.



Rehabilitationssport/Funktionstraining

Auch Rehabilitationssport und Funktionstraining sollen dazu beitragen, dass Sie Ihr Rehabilitationsziel erreichen. Das geschieht durch Übungen, die auf Art oder Schwere der Behinderung sowie auf Ihren gesundheitlichen Allgemeinzustand abgestimmt sind. Deshalb kann die Rentenversicherung unter gewissen Voraussetzungen auch für einen bestimmten Zeitraum nach der Rehabilitation die Kosten für Rehabilitationssport in einer Sportgemeinschaft sowie für bewegungstherapeutische Übungen in Gruppen für Funktionstraining (zum Beispiel Rheuma-Gruppen) übernehmen.

Wer kümmert sich während einer Rehabilitation um den Haushalt?

Die medizinische oder berufliche Rehabilitation soll nicht daran scheitern, dass Ihre im Haushalt lebenden Kinder unter zwölf Jahren oder ein behindertes und auf Hilfe angewiesenes Kind durch Ihre Abwesenheit ohne häusliche Versorgung bleiben würden. Die Rentenversicherung kann in solchen Fällen die Kosten für eine Haushaltshilfe übernehmen, wenn eine andere im Haushalt lebende Person diese Aufgabe nicht übernehmen kann. Die Aufgabe der Haushaltshilfe besteht darin, die Kinder zu beaufsichtigen und hauswirtschaftlich tätig zu werden. Dazu gehören zum Beispiel das Zubereiten von Mahlzeiten oder die Pflege der Wohnräume.

Die Kosten für eine Haushaltshilfe werden übernommen, wenn

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

Beispiel: Hilfe im Haushalt

Hildegard B., Hausfrau, hat eine zehnjährige Tochter. Ihr Ehemann ist ganztags von Montag bis Freitag jeweils acht Stunden beschäftigt. Frau B. nimmt vom 15. Januar 2009 bis 5. Februar 2009 an einer Rehabilitationsleistung mit auswärtiger Unterbringung teil. Ihr Ehemann ist beruflich unabhkömmlich und kann seine Tochter tagsüber nicht versorgen. Die Familie benötigt eine Haushaltshilfe. Die Rentenversicherung übernimmt die Kosten für die Haushaltshilfe für die Arbeitstage des Ehemannes (Montag bis Freitag). Für die in der Zeit der Rehabilitation liegenden Wochenenden erstattet sie die Kosten für die Haushaltshilfe aber nicht. Denn dem Ehemann kann zugemutet werden, an den arbeitsfreien Tagen den gemeinsamen Haushalt und das Kind selbst zu versorgen.

Wie werden Kosten für eine Haushaltshilfe erstattet?

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

Die Kosten für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe werden für unbedingt notwendige Einsatzstunden (pro Tag höchstens acht Stunden) in angemessener Höhe übernommen. Das sind im Jahr 2009 acht Euro pro Stunde, höchstens jedoch 64 Euro pro Einsatztag. Für Einsatzkräfte karitativer und vergleichbarer Einrichtungen gelten gesonderte Vergütungssätze.

Kann ich meine Kinder mitnehmen?

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

Unser Tipp:

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

Liegen die Voraussetzungen für eine Haushaltshilfe nicht vor, weil Ihr Kind zum Beispiel schon älter als zwölf Jahre ist, können auch unvermeidbare Kosten für die Betreuung des Kindes bezuschusst werden. Einzelheiten dazu erfahren Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger.

Bitte beachten Sie:

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



Rehabilitation für Angehörige

Die Rentenversicherung führt auch für Kinder und Jugendliche eine Rehabilitation durch, wenn deren spätere Erwerbsfähigkeit durch eine chronische Erkrankung bedroht ist. Darüber hinaus können für Angehörige onkologische Rehabilitationsleistungen nach bösartigen Krebserkrankungen von der Rentenversicherung finanziert werden.

Ziel der Kinderrehabilitation ist, die spätere Erwerbsfähigkeit Ihres Kindes zu sichern.

Eine Kinderrehabilitation ist möglich, wenn durch sie voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt wird oder die bereits beeinträchtigte Gesundheit eines Kindes wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Das heißt: Die Rehabilitation soll die gesundheitlichen Voraussetzungen für einen Eintritt in das Berufsleben verbessern helfen.

Kinderrehabilitation wird vor allem für folgende Erkrankungen angeboten:

- Krankheiten der Atemwege,
- Allergische Krankheiten,
- Hautkrankheiten,
- Herz- und Kreislauferkrankungen,
- Leber-, Magen- und Darmkrankheiten,
- Nieren- und Harnwegserkrankungen,
- Stoffwechselerkrankungen,
- Krankheiten des Bewegungsapparates,
- Neurologische Erkrankungen,
- Psychosomatische und psychomotorische Störungen,

- Verhaltensstörungen,
- Übergewicht in Verbindung mit weiteren Risikofaktoren.

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

Wann bekomme ich eine Rehabilitation für mein Kind?

Eine Kinderrehabilitation kann bewilligt werden, wenn Sie als Mutter oder Vater

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

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

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

Wie lange dauert eine Rehabilitation für Kinder?

Die stationären Kinderrehabilitationen dauern in der Regel vier Wochen. Falls es für den Rehabilitationserfolg erforderlich ist, können sie auch verlängert werden.

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

Die Rentenversicherung trägt sämtliche anfallenden Kosten, wie Unterkunft und Verpflegung, ärztliche Betreuung, Versorgung mit Hilfsmitteln und Medikamenten sowie die Reisekosten in voller Höhe. Wenn medizinisch begründet, übernimmt sie auch die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson. Übrigens: Die Wiederholung einer Rehabilitation ist nach vier Jahren möglich, in besonderen Fällen auch vorher.

Bitte beachten Sie:

Wenn Sie einen Antrag auf eine Kinderrehabilitation stellen wollen, beachten Sie bitte die entsprechenden Hinweise auf Seite 12. Kinderrehabilitationen bekommen Sie beziehungsweise Ihr Kind nur auf Antrag. Diesen können Sie bei Ihrer Rentenversicherung abgeben. Bitte fügen Sie den Befundbericht Ihres Haus- oder Kinderarztes bei.

Moderne Rehabilitationseinrichtungen

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



Onkologische Rehabilitation für Angehörige

Onkologische Rehabilitationen können auch von den nichtversicherten Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnern und Kindern des Versicherten oder Rentners in Anspruch genommen werden. Bedingung: Der Versicherte erfüllt die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen.

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

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



Wie wirkt sich eine Rehabilitation auf die Rente aus?

Als Rehabilitand müssen Sie für Ihre spätere Rente keine größeren Einbußen befürchten. Auch wenn Sie über längere Zeit oder mehrfach eine Rehabilitation in Anspruch nehmen (müssen), werden Sie im Alter eine ausreichende Rente erhalten.

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

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

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

Wird durch eine Rehabilitation die Rente niedriger?

Als Beitragszeiten werden Rehabilitationsleistungen bei der Rentenberechnung wie tatsächlich erzielter Arbeitsverdienst berücksichtigt und erhöhen die Rente. Zudem

zählen sie als Beitragszeiten für die Erfüllung der Wartezeit für alle Rentenansprüche mit.

Einen Entgeltpunkt erhalten Sie, wenn Sie ein Jahr Rentenbeiträge auf der Basis des statistischen Durchschnittsverdienstes (2009 = 30 879 Euro) gezahlt haben.

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

Wir informieren. Wir beraten. Wir helfen.

Beratung ganz in Ihrer Nähe

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

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

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

Kostenloses Servicetelefon

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

Wir sind für Sie da: Montag bis Donnerstag von 7.30 bis 19.30 Uhr, Freitag von 7.30 bis 15.30 Uhr.

Internet

Unter www.deutsche-rentenversicherung.de erreichen Sie uns rund um die Uhr. Sie können Vordrucke oder Broschüren herunterladen, bequem eine Renteninformation anfordern und sich über viele Themen in der Rentenversicherung informieren.

Versicherungsämter der Stadt- und Landkreise als unsere Partner

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

Die Träger der Deutschen Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Gartenstraße 105
76135 Karlsruhe
Telefon 0721 825-0

Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Am Alten Viehmarkt 2
84028 Landshut
Telefon 0871 81-0

Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

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

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Lange Weihe 2
30880 Laatzen
Telefon 0511 829-0

Deutsche Rentenversicherung Hessen

Städelstraße 28
60596 Frankfurt/Main
Telefon 069 6052-0

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

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

Deutsche Rentenversicherung Nord

Ziegelstraße 150
23556 Lübeck
Telefon 0451 485-0

Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

Wittelsbacherring 11
95444 Bayreuth
Telefon 0921 607-0

Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Huntestraße 11
26135 Oldenburg
Telefon 0441 927-0

**Deutsche Rentenversicherung
Rheinland**

Königsallee 71
40215 Düsseldorf
Telefon 0211 937-0

**Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz**

Eichendorffstraße 4-6
67346 Speyer
Telefon 06232 17-0

**Deutsche Rentenversicherung
Saarland**

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

**Deutsche Rentenversicherung
Schwaben**

Dieselstraße 9
86154 Augsburg
Telefon 0821 500-0

**Deutsche Rentenversicherung
Westfalen**

Gartenstraße 194
48147 Münster
Telefon 0251 238-0

**Deutsche Rentenversicherung
Bund**

Ruhrstraße 2
10709 Berlin
Telefon 030 865-0

**Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See**

Pieperstraße 14-28
44789 Bochum
Telefon 0234 304-0



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

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

Die Broschüre ist Teil unseres umfangreichen Beratungsangebotes.

Wir informieren.

Wir beraten. Wir helfen.

Die Deutsche Rentenversicherung.



**Deutsche
Rentenversicherung**
Sicherheit
für Generationen