

Behinderungen

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen



Schwerbehindertenausweis
Nachteilsausgleiche
Steuererleichterungen
Finanzielle Hilfen
Erwerbsminderungsrente
Patientenvorsorge
Eingliederungshilfe
und vieles mehr...

Vorwort

Menschen mit Behinderungen haben das Recht auf Selbstbestimmung und Gleichstellung in allen Bereichen der Gesellschaft. Um das zu ermöglichen, stehen ihnen verschiedene Leistungen zu, die überwiegend im Sozialgesetzbuch 9 (SGB IX) geregelt sind.

Um die Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen zu verbessern, tritt das sog. Bundesteilhabegesetz seit 2017 stufenweise in Kraft. Zum 1.1.2020 wurde die Eingliederungshilfe aus der Sozialhilfe herausgelöst und ins SGB IX als Teil 2 übernommen. Zum 1.1.2023 werden dann die Voraussetzungen für die Eingliederungshilfe neu geregelt, d.h. der leistungsberechtigte Personenkreis wird neu definiert. Dieser Ratgeber bietet eine Übersicht über wichtige neue Regelungen und informiert Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige über Rechtsansprüche und Hilfsangebote.

Menschen mit Behinderungen haben unter bestimmten Voraussetzungen zudem Anspruch auf Nachteilsausgleiche und Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation. Führt eine Behinderung zum Verlust der Erwerbsfähigkeit, gibt es verschiedene finanzielle Hilfen. Diese und weitere Unterstützungsangebote werden im Ratgeber ausführlich dargestellt, um Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen Orientierung und Hilfe in ihrer oftmals schwierigen Situation zu bieten.

Inhalt

Vorwort	2
Bundesteilhabegesetz	5
Behinderungen	8
Definitionen von Behinderungen	8
Grad der Behinderung (GdB)	9
Schwerbehindertenausweis	10
Merkzeichen	11
Nachteilsausgleiche	14
Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche	14
GdB-abhängige Nachteilsausgleiche	16
Landespflegegeld für schwerbehinderte Menschen	18
Arbeitsrechtliche Nachteilsausgleiche	19
Wohnen	21
Leistungen zur Mobilität	24
Blindengeld und Blindenhilfe	28
Steuererleichterungen	28
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	32
Zahlungsregelungen	32
Zahlungsbefreiung	34
Sonderregelung für chronisch kranke Menschen	37
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	39
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	39
Krankengeld	41
Verletztengeld	46
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	48
Rehabilitation und Teilhabe	50
Überblick über Reha-Leistungen	50
Medizinische Rehabilitation	53
Berufliche Reha	61
Soziale Reha	64
Ergänzende Reha-Leistungen	66
Teilhabe an Bildung	67
Persönliches Budget	69
Eingliederungshilfe	71
Voraussetzungen	71
Bedarfsermittlung und Gesamtplanung	71
Leistungen	72
Eigenbeitrag	74
Träger der Eingliederungshilfe	76

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	77
Erwerbsminderungsrente	77
Verletztenrente	80
Altersrente für schwerbehinderte Menschen	80
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	82
Hilfe zum Lebensunterhalt	84
Grundsicherung für Arbeitsuchende (Hartz IV)	84
Pflege	86
Definition „Pflegebedürftigkeit“	86
Pflegegrade	89
Pflegeeinstufung von Kindern	90
Leistungen der Pflegeversicherung	90
Leistungen für pflegende Angehörige	95
Patientenvorsorge	97
Vorsorgevollmacht	97
Betreuungsverfügung	97
Patientenverfügung	98
Adressen	99
Anhang	102
Impressum	105

Bundesteilhabegesetz

Das sog. Bundesteilhabegesetz (BTHG) revolutioniert das Behindertenrecht und soll Menschen mit Behinderungen zu mehr Teilhabe und individueller Selbstbestimmung verhelfen. Erste Änderungen traten bereits 2017 in Kraft, die vollständige Umsetzung soll bis 2023 abgeschlossen sein.

Ziele

- Die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen soll aus dem „Fürsorgesystem“ herausgeführt und zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickelt werden.
- Die Leistungen für Menschen mit Behinderungen sollen nicht länger institutions-, sondern personenzentriert ausgerichtet werden und sich am persönlichen Bedarf des Einzelnen orientieren.
- Es soll ein Perspektivenwechsel nach der UN-Behindertenrechtskonvention vollzogen werden:
 - Von der Ausgrenzung zur Inklusion
 - Von der Einrichtungs- zur Personenzentrierung
 - Von der Fremd- zur Selbstbestimmung
 - Von der Betreuung zur Assistenz
 - Vom Kostenträger zum Dienstleister
 - Von der Defizitorientierung zur Ressourcenorientierung

Inhalte

Die wichtigsten Inhalte des BTHG im Überblick:

- **Prävention**
Einer Behinderung soll möglichst frühzeitig entgegengewirkt werden. Die Reha-Träger werden verpflichtet, gezielt vorbeugende Maßnahmen anzubieten. Ziel ist auch, die Erwerbsfähigkeit als wichtiges Element der Teilhabe zu erhalten.
- **Ein einziger Reha-Antrag**
Seit 2018 reicht ein einziger Antrag aus, um ein umfassendes Verfahren zur Bedarfsermittlung in Gang zu setzen. Dabei wird zusammen mit dem Betroffenen geschaut, welche Leistungen er benötigt. Es müssen nicht mehr Leistungen verschiedener Träger einzeln beantragt werden, sondern ein „leistender Träger“ koordiniert alle Maßnahmen (siehe Teilhabeplanverfahren, S. 52).
- **Unabhängige Teilhabeberatung**
Deutschlandweit wurden unabhängige Beratungsstellen aufgebaut, um Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Menschen einen einfachen Zugang zu einer unabhängigen Beratung zu all ihren Anfragen zu ermöglichen. Als Berater werden möglichst Menschen eingesetzt, die ebenfalls von einer Behinderung betroffen sind (sog. Peer Counseling), da diese aus ihrer Erfahrung heraus wichtige Informationen vermitteln können.
Die Beratung soll insbesondere **vor** einer Antragstellung stattfinden. Bei Bedarf werden Betroffene jedoch auch während des Teilhabeplanverfahrens beraten. Wesentliche Inhalte sind:
 - Orientierungshilfe, welche Teilhabeleistungen es gibt und Menschen mit Behinderungen zustehen
 - Unterstützung bei der Planung und Entscheidung, welche Teilhabeleistungen Betroffene beantragen möchten
 - Informationen über Leistungen, Zuständigkeiten und Verfahrensregelungen
 - Aufklärung über Rechte und Pflichten von Menschen mit Behinderungen

Die Fachstelle Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) bietet unter www.teilhabeberatung.de > *Beratung* weiterführende Informationen und eine regionale Beratungsstellensuche.

- **Neuausrichtung von Leistungen**
Bestehende Leistungen wurden konkretisiert und ergänzt:
 - Das sog. **Budget für Arbeit** soll Menschen mit Behinderungen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen. Es beinhaltet einen Lohnkostenzuschuss an den Arbeitgeber sowie Betreuungsleistungen für Menschen mit Behinderungen (siehe S. 20).
 - Das sog. **Budget für Ausbildung** soll Menschen mit Behinderungen eine Ausbildung bei einem privaten oder öffentlichen Arbeitgeber ermöglichen. Es beinhaltet eine Erstattung der Ausbildungsvergütung sowie Anleitung und Begleitung am Ausbildungsplatz und in der Berufsschule (siehe S. 21).
 - Die **Teilhabe an Bildung** umfasst Leistungen, die Menschen mit Behinderungen eine gleichberechtigte Teilhabe an Bildungsangeboten ermöglichen sollen (siehe S. 67).
 - Eltern mit Behinderungen haben Anspruch auf eine sog. **Elternassistenz**, das sind Leistungen zur Unterstützung bei der Versorgung, Erziehung und Pflege ihrer Kinder (siehe S. 65).
- **Gestärkte Vertretungsrechte**
Schwerbehindertenvertretungen wurden in ihren Rechten und Ansprüchen gestärkt: Keine Kündigung eines schwerbehinderten Menschen ohne Beteiligung der Schwerbehindertenvertretung, besserer Anspruch auf Freistellung und Fortbildung der Schwerbehindertenvertretung, Frauenbeauftragte in jeder Werkstatt für behinderte Menschen.
- **Mehr Einkommen**
Die Eingliederungshilfe wurde aus der Sozialhilfe herausgelöst, damit Menschen mit Behinderungen nicht mehr große Teile ihres Einkommens und Vermögens einsetzen müssen, um Leistungen zu finanzieren. Das Einkommen und Vermögen ihrer Ehepartner bleibt seit dem 1.1.2020 unberührt (siehe S. 74).
- **Leistungen unabhängig von der Wohnform**
Bisher waren Leistungen für Menschen mit Behinderungen maßgeblich von der Wohnform abhängig (z.B. Wohnung oder Einrichtung). Nun orientieren sich die Leistungen nur noch an den individuellen Bedürfnissen des Menschen mit Behinderungen.
- **Qualitätskontrolle**
Es findet ein „Gesamtplanverfahren“ statt, wodurch Leistungen besser aufeinander abgestimmt werden und ihre Qualität überprüft wird. Zudem können Anbieter sanktioniert werden, wenn sie vereinbarte Leistungen nicht zufriedenstellend erbringen.
- **„Poolen“ von Leistungen**
Bestimmte Assistenzleistungen, z.B. Schulassistenz, können für mehrere Menschen gemeinschaftlich erbracht werden, wenn dies zumutbar ist. Dadurch sollen kostenintensive Leistungen wirtschaftlicher eingesetzt werden.

Umsetzungsprozess

Die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes verläuft schrittweise.

Reformstufe 1 (2017):

- Änderungen im Schwerbehindertenrecht, u.a.:
 - Neues Merkzeichen „TBI“ für Taubblinde (siehe S. 12).
 - Geänderte Voraussetzungen für das Merkzeichen „aG“, um nicht nur orthopädische, sondern auch

andere ursächliche Gesundheitsstörungen zu berücksichtigen (siehe S. 11).

- 1. Stufe bei Verbesserungen in der Einkommens- und Vermögensheranziehung.
- Verdoppelung des Arbeitsförderungsgelds auf 52 €.

Reformstufe 2 (2018):

- Einführung Teil 1 (Verfahrensrecht) und 3 (Schwerbehindertenrecht) des SGB IX.
- Vorgezogene Verbesserungen im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Eingliederungshilfe (im SGB XII).
- Einleitung des Gesamtplanverfahrens der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen.

Reformstufe 3 (2020):

- Einführung Teil 2 (EGHneu) des SGB IX: Trennung von Leistungen der Eingliederungshilfe von existenzsichernden Leistungen (Sozialhilfe).
- 2. Stufe bei Verbesserungen in der Einkommens- und Vermögensheranziehung (siehe auch S. 74):
 - Der Einkommensfreibetrag wird jährlich angepasst und ist abhängig von der Art des Einkommens. Liegt der Verdienst darüber, muss ein Eigenbeitrag geleistet werden.
 - Der Vermögensfreibetrag steigt auf 57.330 € (150 % der jährlichen Bezugsgröße).
 - Das Partnereinkommen und -vermögen wird nicht mehr herangezogen.

Reformstufe 4 (2023):

Änderung des leistungsberechtigten Personenkreises in der Eingliederungshilfe (§ 99 SGB IX), also eine Neuregelung darüber, welchen Personen Leistungen der Eingliederungshilfe zustehen.



Praxistipp!

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bietet weitere Informationen zum BTHG unter www.bmas.de > *Schwerpunkte* > *Inklusion* > *Bundesteilhabegesetz*.

Behinderungen

Wenn körperliche Funktionen, geistige Fähigkeiten, Sinnesbeeinträchtigungen oder die seelische Gesundheit eingeschränkt sind und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben dadurch erschwert ist, spricht man von Behinderungen. Dabei ist egal, ob die Behinderungen auf einer Erkrankung oder einem Unfall beruhen oder angeboren sind.

Für Menschen mit Behinderungen gibt es bestimmte Hilfen und Unterstützungen, die hauptsächlich im SGB IX geregelt sind. Alle Gesetze, die die Rechte von und Leistungen für Menschen mit Behinderungen regeln, haben folgende Ziele:

- Selbstbestimmung fördern
- Volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern
- Benachteiligungen vermeiden oder diesen entgegenwirken
- Rücksicht auf die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Frauen mit Behinderungen und Menschen mit seelischen Behinderungen, auch wenn diese „nur“ von einer Behinderung **bedroht** sind

Definitionen von Behinderungen

Grundlage der gesetzlichen Definitionen von Behinderungen ist das Behinderungsverständnis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Zentrale Definition „Menschen mit Behinderungen“

Die zentrale sozialrechtliche Definition steht in § 2 Abs. 1 SGB IX:

„**Menschen mit Behinderungen** sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“

Schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX

Schwerbehindert nach § 2 Abs. 2 SGB IX sind Menschen mit einem Grad der Behinderung (siehe S. 9) ab 50. Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten schwerbehinderte Menschen nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben.

Die Anerkennung als schwerbehindert weist man mit einem **Schwerbehindertenausweis** nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt (siehe S. 10). Dieser kann neben dem GdB auch Merkzeichen enthalten, welche die Art der Behinderung genauer bezeichnen (siehe S. 11). Nach dem GdB und den Merkzeichen richten sich die Nachteilsausgleiche, die Menschen mit Behinderungen erhalten können (siehe S. 14).

Behinderung im Sinne der Arbeitsförderung

Von Behinderung betroffen sind nach § 19 SGB III „Menschen, deren Aussichten, am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter teilzuhaben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 des SGB IX (siehe S. 8) nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen, einschließlich Lernbehinderter Menschen.“

Dieselben Rechte wie Menschen mit Behinderungen haben Personen, denen eine Behinderung droht, also bei denen entsprechende Beeinträchtigungen zu erwarten sind.

Gleichstellung

Für Personen mit einem GdB von weniger als 50, aber mindestens 30, gelten zum Teil die gleichen gesetzlichen Regelungen wie für schwerbehinderte Menschen, wenn sie infolge ihrer Behinderung keinen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder behalten können (§§ 2 Abs. 3, 151 Abs. 3 SGB IX). Gleichgestellte genießen wie schwerbehinderte Menschen einen besonderen Kündigungsschutz.

Gleichgestellte haben im Gegensatz zu schwerbehinderten Menschen jedoch **keinen** Anspruch auf einen Zusatzurlaub von 5 bezahlten Arbeitstagen im Jahr und auf vorgezogene Altersrente für schwerbehinderte Menschen. Sie bekommen keinen Schwerbehindertenausweis und keine Vergünstigungen im öffentlichen Nahverkehr (siehe S. 24).



Praxistipp!

Die Gleichstellung erfolgt durch die zuständige Agentur für Arbeit. Der Antrag muss unmittelbar bei der Agentur für Arbeit gestellt werden, unter Vorlage des Feststellungsbescheids des Versorgungsamts. Die Gleichstellung wird mit dem Tag der Antragstellung wirksam. Sie kann befristet werden. Der Arbeitgeber wird von der Agentur für Arbeit nicht über die Gleichstellung informiert.

Grad der Behinderung (GdB)

Der Grad der Behinderung (GdB) beziffert bei Menschen mit Behinderungen die Schwere der Behinderungen. Er wird durch das Versorgungsamt festgestellt, wenn er nicht bereits anderweitig festgestellt wurde, z.B. durch einen Rentenbescheid oder durch eine Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung.

Für die Feststellung gibt es bundesweite Richtlinien, die sog. **Versorgungsmedizinischen Grundsätze**. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des Grads der Behinderung (GdB) bzw. Grads der Schädigungsfolgen (GdS). Beide werden in 10er-Graden von 20 bis maximal 100 angegeben. Die Bezeichnung GdB wird im Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) verwendet. Die Bezeichnung GdS wird im Sozialen Entschädigungsrecht verwendet, dessen Rechtsgrundlage das Bundesversorgungsgesetz (BVG) ist. Dessen Kernstücke bilden insbesondere die Kriegsopferversorgung und die Opferentschädigung.

Bei den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen handelt es sich um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB/GdS ist vom individuellen Einzelfall abhängig. Maßgeblich ist die **tatsächliche** Leistungseinschränkung durch die Erkrankung bzw. Behinderung. Bei der Beurteilung ist vom klinischen Bild **und** von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Die GdB von mehreren Erkrankungen werden dabei **nicht** zusammengerechnet. Die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen werden in ihrer Gesamtheit betrachtet, unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

Praxistipps!

- Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de > Suchbegriff: „K710“ eingesehen werden.
- Seit 1.1.2018 kann die Feststellung des GdB auf einen früheren Zeitpunkt festgelegt werden, zu dem die Behinderung bereits bestanden hat, wenn es dafür einen besonderen Grund gibt. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn es um die rückwirkende Gewährung von Nachteilsausgleichen (siehe S. 14) geht, z.B. Kündigungsschutz, Steuerermäßigungen oder Ermäßigung des Rundfunkbeitrags.
- Wird ein GdB nicht oder zu gering bewilligt, lohnt sich in vielen Fällen ein Widerspruch.

Schwerbehindertenausweis

Ein Schwerbehindertenausweis belegt Art und Schwere der Behinderung und muss vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen beantragt oder in Anspruch genommen werden.

Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag des schwerbehinderten Menschen beim zuständigen Versorgungsamt.

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen (z.B. Sehfehler) und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte aufführen, die am besten über die genannten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. körperliche Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den GdB.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Passbild beilegen (erst ab Vollendung des 10. Lebensjahres notwendig).
Wenn der schwerbehinderte Mensch nicht in der Lage ist, das Haus zu verlassen, ist es auf Antrag möglich, einen Schwerbehindertenausweis ohne Passbild zu erhalten.

Nach der Feststellung des GdB wird vom Versorgungsamt ein sog. **Feststellungsbescheid** zugesendet. Ab einem GdB von 50 besteht die Möglichkeit einen Schwerbehindertenausweis zu bekommen.

Gültigkeitsdauer

Der Ausweis wird in der Regel für **längstens 5 Jahre** ausgestellt.

- **Ausnahme:** Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.
- **Verlängerung:** Die Gültigkeit kann auf Antrag höchstens zweimal verlängert werden. Danach muss ein neuer Ausweis beantragt werden.
- **Bei schwerbehinderten Kindern unter 10 Jahren** ist der Ausweis bis zur Vollendung des 10. Lebens-

jahres befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung neu überprüft.

- **Bei schwerbehinderten Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 15 Jahren** ist der Ausweis bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung neu überprüft.
- **Bei nichtdeutschen schwerbehinderten Menschen** ist der Ausweis maximal bis zum Ablauf des Aufenthaltstitels, der Arbeitserlaubnis oder der Aufenthaltsgestattung gültig.



Praxistipps!

- Antragsformulare sind beim Versorgungsamt erhältlich oder zu finden im Internet-Portal „einfach teilhaben“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter www.einfach-teilhaben.de > Ratgeber > Schwerbehinderung > *Wie beantrage ich einen Schwerbehindertenausweis?*.
- Verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines Menschen mit Schwerbehinderung oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung hinzu, sollte beim Versorgungsamt ein **Antrag auf Erhöhung des GdB** gestellt werden.

Merkzeichen

Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis kennzeichnen die Art der Behinderungen und die damit verbundenen Leistungen und Vergünstigungen.

Merkzeichen „aG“ – außergewöhnlich gehbehindert

Voraussetzung für das Merkzeichen aG ist eine erhebliche mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung, die mindestens einem Grad der Behinderung (Gdb) von 80 entspricht. Dies ist dann der Fall, wenn der Betroffene sich außerhalb seines Autos nur unter großer Anstrengung oder mit Unterstützung durch eine andere Person fortbewegen kann.

Die Fortbewegung eines Betroffenen kann z.B. schwerst eingeschränkt sein durch:

- Bewegungsbezogene Störungen, z.B. bei Menschen mit doppelter Oberschenkelamputation
- Neuromuskuläre oder mentale Störungen, z.B. bei Parkinson oder Multipler Sklerose
- Störungen des kardiovaskulären oder des Atmungssystems, z.B. bei arteriellen Verschlusskrankheiten

Merkzeichen „B“ – Begleitung erforderlich

Das Merkzeichen B wird erteilt, wenn als Folge der Behinderung (z.B. Querschnittslähmung, Blindheit) bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel eine ständige Begleitung nötig ist. Schwerbehinderte Menschen mit Merkzeichen B sind zur Mitnahme einer Begleitperson berechtigt, aber nicht verpflichtet.

Merkzeichen „Bl“ – blind

Das Merkzeichen Bl wird erteilt, wenn eine vollständige Blindheit vorliegt, die Gesamtsehschärfe beider Augen nicht mehr als 1/50 beträgt oder andere Störungen des Sehvermögens (z.B. Gesichtsfeldeingengungen) vorliegen, die dieser Sehschärfe entsprechen.

Merkzeichen „G“ – erheblich gehbehindert

Das Merkzeichen G erhalten Personen mit erheblicher Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bzw. erheblicher Geh- und/oder Stehbehinderung. Davon ist auszugehen, wenn eine Strecke von 2 km nicht ohne Gefahren für sich und andere zu Fuß zurückgelegt werden kann.

Merkzeichen „Gl“ – gehörlos

Das Merkzeichen Gl wird erteilt bei Gehörlosigkeit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit mit schwerer Sprachstörung. Das sind in der Regel Menschen, bei denen die Schwerhörigkeit angeboren ist oder in der Kindheit erworben wurde.

Merkzeichen „H“ – hilflos

Das Merkzeichen H im Schwerbehindertenausweis signalisiert „hilflos“, d.h.: Die Person benötigt dauernd und in erheblichem Maße fremde Hilfe, Überwachung oder Anleitung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens wie z.B. An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Verrichten der Notdurft.

Für Kinder gelten teilweise andere Voraussetzungen, um das Merkzeichen H zu erhalten. Weitere Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Merkzeichen H“.

Merkzeichen „RF“ – rundfunkbeitragsbefreit

Das Merkzeichen RF erhält, wer die folgenden gesundheitlichen Voraussetzungen erfüllt:

- Blind oder wesentlich sehbehindert mit einem Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 60 alleine für die Sehbehinderung, die nicht vorübergehend ist.
- Hörgeschädigt, wenn eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist (GdB für die Hörbehinderung wenigstens 50).
- Eine Behinderung mit einem nicht nur vorübergehenden GdB von mindestens 80, wenn der Betroffene aufgrund seines Leidens an öffentlichen Veranstaltungen nicht teilnehmen kann.

Merkzeichen „TBl“ – taubblind

Das Merkzeichen TBl wird erteilt, wenn wegen einer Störung der Hörfunktion ein GdB von mindestens 70 **und** wegen einer Störung des Sehvermögens ein GdB von 100 anerkannt ist.



Praxistipps!

- Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bietet zahlreiche Informationen für Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen auf www.einfach-teilhabe.de.
- Die Broschüre „Mein Kind ist behindert – diese Hilfen gibt es“ des Bundesverbands für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. bietet einen Überblick über Leistungen, die Kindern mit Behinderungen und ihren Familien zustehen. Sie kann kostenlos und in verschiedenen Sprachen unter www.bvkm.de > *Recht & Ratgeber* heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911-006, Mo-Do von 8-20 Uhr. Näheres zum **Gebärdentelefon** unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A418“.

- Fragen zu Leistungen für Menschen mit Behinderungen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die **unabhängige Teilhabeberatung**, Adressen unter www.teilhabeberatung.de > *Beratung*.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (z.B. zu Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**. Adressen finden Sie unter www.integrationsaemter.de > *Kontakt*.
- Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**. Adressen finden Sie unter www.integrationsaemter.de > *Kontakt* > *Integrationsfachdienste*.
- Über die Gleichstellung entscheiden die **Agenturen für Arbeit**. Adressen finden Sie unter www.arbeitsagentur.de > *Dienststelle finden*.
- Die **Versorgungsämter** sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises. Das für Sie zuständige Versorgungsamt finden Sie unter www.rehadat-adressen.de > *Interessenvertretung / Dachverbände / Rehaträger* > *Versorgungsämter / Schwerbehindertenausweis*.

Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderungen können als Ausgleich für die behinderungsbedingten Nachteile sog. Nachteilsausgleiche für sich in Anspruch nehmen, z.B. Steuervergünstigungen, gesonderte Parkplätze, Vergünstigungen bei Bussen und Bahnen oder Zusatzurlaub und Kündigungsschutz am Arbeitsplatz.

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig vom Merkzeichen und vom GdB. Beide, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.

Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche

Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis geben Auskunft über die Art der Behinderungen und sind mit bestimmten Nachteilsausgleichen verbunden:

Merkzeichen „aG“ – außergewöhnlich gehbehindert

- Kostenlose Beförderung im öffentlichen Personenverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (diese kostet 40 € für 6 Monate oder 80 € für 12 Monate)
- Kraftfahrzeugsteuerbefreiung
- Nachgewiesene Privatfahrten als außergewöhnliche Belastung steuerlich absetzbar: bis zu 15.000 km x 0,30 € = 4.500 €
- Bei GdB 50 und höher: Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit steuerlich absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale)
- Kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen
- Blauer Parkausweis
- Mehrbedarfserhöhung bei der Sozialhilfe um 17 % für Personen, die eine volle Erwerbsminderungsrente oder eine Regelaltersrente beziehen
- Seit 1.1.2020 übernehmen die Krankenkassen ohne vorherige Genehmigung die ärztlich verordneten Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen. Fahrten zu ambulanten Behandlungen mit einem Krankentransportwagen mit fachlicher Betreuung sind weiterhin genehmigungspflichtig.

Merkzeichen „B“ – Notwendigkeit ständiger Begleitung

- Kostenlose Beförderung der Begleitperson
 - im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen
 - bei den meisten innerdeutschen Flügen
 - blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr
- Urlaubskosten der Begleitperson bis 767 € steuerlich absetzbar
- Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen
- Begleitperson teilweise von Kurtaxe befreit und auf Dienstreisen der zu begleitenden Person von der Unfallversicherung mitversichert

Merkzeichen „Bl“ – blind

- Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr
- Kraftfahrzeugsteuerbefreiung
- Nachgewiesene Privatfahrten als außergewöhnliche Belastung steuerlich absetzbar: bis zu 15.000 km x 0,30 € = 4.500 €
- Rundfunkbeitrag
 - Befreiung für Empfänger von Blindenhilfe
 - Ermäßigung bei GdB 60 allein wegen Sehbehinderung
- Sozialtarif der Telekom bei GdB von mindestens 90: Ermäßigung um bis zu 8,72 € netto monatlich
- Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommensteuererklärung: 3.700 €
- Blauer Parkausweis
- Gewährung von Blindenhilfe und in vielen Bundesländern Landesblindengeld
- In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde
- Seit 1.1.2020 übernehmen die Krankenkassen ohne vorherige Genehmigung die ärztlich verordneten Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen. Fahrten zu ambulanten Behandlungen mit einem Krankentransportwagen mit fachlicher Betreuung sind weiterhin genehmigungspflichtig.

Merkzeichen „G“ – erheblich gehbehindert

- Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (diese kostet 40 € für 6 Monate oder 80 € für 12 Monate) **oder** 50 % Kfz-Steuerermäßigung
- Abzugsbetrag für behinderungsbedingte Privatfahrten bei einem GdB ab 70: bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900 €
- Mehrbedarfserhöhung bei der Sozialhilfe um 17 % für Personen, die eine volle Erwerbsminderungsrente oder eine Regelaltersrente beziehen
- Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen
- Bei GdB 50 und höher: Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale)

Merkzeichen „Gl“ – gehörlos

- Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr **oder** 50 % Kfz-Steuerermäßigung
- Sozialtarif der Telekom bei GdB von mindestens 90: Ermäßigung um bis zu 8,72 € netto monatlich
- Rundfunkbeitrag
 - Befreiung für Taubblinde
 - Ermäßigung für gehörlose und hörgeschädigte Menschen, denen das Merkzeichen RF zuerkannt wurde
- Gehörlosengeld in bestimmten Bundesländern, siehe www.betanet.de > Suchbegriff: „Gehörlosengeld“
- In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde

Merkzeichen „H“ – hilflos

- Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr
- Kraftfahrzeugsteuerbefreiung
- Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommensteuer: 3.700 €

- Nachgewiesene Privatfahrten als außergewöhnliche Belastung steuerlich absetzbar: bis zu 15.000 km x 0,30 € = 4.500 €
- In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde
- Pflegepauschbetrag für Pflegenden unter bestimmten Voraussetzungen: 924 €
- Seit 1.1.2020 übernehmen die Krankenkassen ohne vorherige Genehmigung die ärztlich verordneten Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen. Fahrten zu ambulanten Behandlungen mit einem Krankentransportwagen mit fachlicher Betreuung sind weiterhin genehmigungspflichtig.

Merkzeichen „RF“ – Rundfunkbeitragsbefreit

- Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 5,83 € monatlich
- Telekom-Sozialtarif: Ermäßigung um 6,94 € monatlich bei bestimmten Tarifen, nicht bei Flatrates

Merkzeichen „TBI“ – Taubblind

- Befreiung vom Rundfunkbeitrag
- Länderspezifische Ausgleichsleistungen:
 - **Bayern:** Taubblinde Menschen erhalten das doppelte Landesblindengeld: 1.258 € monatlich
 - **Berlin:** Bei Blindheit und gleichzeitiger Gehörlosigkeit: 1.189 € monatlich
 - **Sachsen:** Bei Blindheit und gleichzeitiger Gehörlosigkeit: 650 € monatlich
 - **Schleswig-Holstein:** Taubblinde Menschen erhalten 400 € monatlich
 - **Thüringen:** Taubblinde Menschen erhalten 500 € monatlich

Eine übersichtliche **Tabelle** zu diesen von den Merkzeichen abhängigen Nachteilsausgleichen finden Sie im Anhang auf S. 104.

GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche, die bei einem niedrigen GdB angeführt sind, gelten auch für alle höheren GdB.

GdB 30/40

- Steuerfreibetrag: GdB 30 = 310 €, GdB 40 = 430 €
- Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen möglich
- Kündigungsschutz bei Gleichstellung möglich

GdB 50

- Steuerfreibetrag: 570 €
- Schwerbehinderteneigenschaft mit Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis
- Bevorzugte Einstellung bzw. Beschäftigung
- Kündigungsschutz
- Begleitende Hilfe im Arbeitsleben, z.B. psychosoziale Betreuung am Arbeitsplatz
- Freistellung von Mehrarbeit
- 1 Arbeitswoche Zusatzurlaub

- Um bis zu 5 Jahre vorgezogene Altersrente bzw. Pensionierung von Beamten
- Stundenermäßigung bei Lehrern (bundeslandabhängig)
- Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z.B. ADAC, AvD (Satzungen der Clubs)
- Preisnachlass bei mehreren Festnetz- und Mobilfunkbetreibern
- Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit: 2.100 €
- Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit **und** häuslicher oder teilstationärer Pflege/Kurzzeitpflege: 1.800 €
- Ermäßigung oder Befreiung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)
- Bei Merkzeichen „G“ und „aG“ wahlweise bei der Steuer absetzbar:
 - Entfernungskostenpauschale 30 ct/km **oder**
 - die **tatsächlichen** Aufwendungen für den Weg zur Arbeit
- Pflegepersonen können einen Pflegepauschbetrag von 924 € absetzen, wenn zusätzlich **Merkzeichen „H“** beim Pflegebedürftigen vorliegt
- Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderungen bzw. Erkrankungen

GdB 60

- Steuerfreibetrag: 720 €
- Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 5,83 € bei GdB allein wegen Sehbehinderung

GdB 70

- Steuerfreibetrag: 890 €
- **Wahlweise** bei der Steuer absetzbar:
 - Entfernungskostenpauschale 30 ct/km **oder**
 - die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit
- Behinderungsbedingte **Privatfahrten** können steuerlich abgesetzt werden, wenn gleichzeitig **Merkzeichen „G“** eingetragen ist: bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900 €
- Ermäßigte BahnCard

GdB 80

- Steuerfreibetrag: 1.060 €
- Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit: 4.500 €
- Behinderungsbedingte **Privatfahrten** können steuerlich abgesetzt werden: bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900 €
- Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 5,83 €, wenn keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist

GdB 90

- Steuerfreibetrag: 1.230 €
- Sozialtarif bei der Telekom mit zusätzlichem Merkzeichen BI oder GI: Ermäßigung um bis zu 8,72 € netto monatlich. Nur für bestimmte Tarife, nicht bei Flatrates

GdB 100

- Steuerfreibetrag: 1.420 €
- Freibetrag beim Wohngeld: 1.800 €
- Freibetrag bei der Erbschafts- und Schenkungssteuer in bestimmten Fällen
- Vorzeitige Verfügung über Bausparkassen- bzw. Sparbeträge
- Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 €
- In vielen Kommunen Hundesteuerermäßigung für ausgebildete Hunde, z.T. auch bei niedrigerem GdB

Freiwillige Nachteilsausgleiche

Schwerbehinderten Menschen wird, meist auf freiwilliger Grundlage, eine Reihe von weiteren Nachteilsausgleichen zugestanden, z.B.:

- Eintrittspreisermäßigungen (z.B. im Kino, Theater, Museum oder bei Sportveranstaltungen)
- Benutzung der Abteile und Sitze, die schwerbehinderten Menschen in Verkehrsmitteln vorbehalten sind
- Bevorzugte Abfertigung in Ämtern
- Beitragsermäßigungen für Mitglieder von Vereinen, Interessenverbänden usw.

Eine übersichtliche **Tabelle** zu diesen vom GdB abhängigen Nachteilsausgleichen finden Sie im Anhang auf S. 103.

Landespflegegeld für schwerbehinderte Menschen

Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten schwerbehinderte Menschen in folgenden Bundesländern Landespflegegeld:

- **Bayern:** Jährlich 1.000 € ab Pflegegrad 2 unabhängig von einer Behinderung, weitere Informationen unter www.landespflegegeld.bayern.de.
- **Brandenburg:** Monatlich 192,40 €, Informationen zu Voraussetzungen und Antrag unter <https://msgiv.brandenburg.de> > Themen > Soziales > Soziale Leistungen.
- **Bremen:** Monatlich 435,08 €, 1 bis unter 18 Jahre 217,54 €. Informationen zu Voraussetzungen und Antrag unter www.service.bremen.de > Suchbegriff: „Landespflegegeld für blinde und schwerstbehinderte Menschen“.
- **Rheinland-Pfalz:** Monatlich 384 €, unter 18 Jährige erhalten 192 €, Informationen zu Voraussetzungen und Antrag unter <https://bus.rlp.de> > Leistungen von A-Z > Buchstaben K-L > Landespflegegeld.

Arbeitsrechtliche Nachteilsausgleiche

Um Menschen mit Behinderungen bei der Teilhabe am Arbeitsleben zu unterstützen, haben sie unter bestimmten Voraussetzungen u.a. einen besonderen Kündigungsschutz und Anspruch auf zusätzliche Urlaubstage.

Kündigungsschutz

Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Beschäftigte haben einen besonderen **Kündigungsschutz**. Arbeitgeber, die beabsichtigen, sie zu kündigen, müssen zuvor schriftlich die Zustimmung des Integrationsamts einholen. Liegt die Zustimmung des Integrationsamts zur Kündigung nicht vor, ist die Kündigung unwirksam. Die Zustimmung kann nicht nachträglich eingeholt werden. Der besondere Kündigungsschutz ist unabhängig von der Anzahl der im Betrieb Beschäftigten.

Zudem müssen bei der Kündigung eines schwerbehinderten oder gleichgestellten Arbeitnehmers die Schwerbehindertenvertretung und der Betriebsrat beteiligt werden.

Wurde einem schwerbehinderten oder gleichgestellten Arbeitnehmer gekündigt, ohne dass der Arbeitgeber vorher die Zustimmung des Integrationsamts eingeholt hat, kann der Arbeitnehmer mit einer Frist von 3 Wochen ab Erhalt der Kündigung eine Klage vor dem Arbeitsgericht einreichen. Wird die Kündigung als rechtswidrig anerkannt, besteht das Arbeitsverhältnis weiterhin fort.

Die Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses ist z.B. **zustimmungsfrei**,

- wenn der schwerbehinderte Arbeitnehmer selbst kündigt.
- wenn die Frist eines befristeten Arbeitsverhältnisses abläuft.
- wenn der schwerbehinderte Arbeitnehmer einen einvernehmlichen Aufhebungsvertrag mit dem Arbeitgeber abschließt.
- wenn die Kündigung in der Probezeit ausgesprochen wurde.
- wenn der schwerbehinderte Arbeitnehmer das 58. Lebensjahr vollendet hat und ein Anspruch auf eine Entschädigung, Abfindung oder eine ähnliche Leistung im Rahmen eines Sozialplans besteht.

Das Integrationsamt wägt vor einer Entscheidung über die Zustimmung zur Kündigung das Interesse des schwerbehinderten bzw. gleichgestellten Mitarbeiters am Fortbestand des Beschäftigungsverhältnisses mit dem des Arbeitgebers an einer wirtschaftlichen Ausnutzung des Arbeitsplatzes gegeneinander ab und sucht nach Unterstützungsmöglichkeiten. Möglich ist z.B.:

- Ausstattung des Arbeitsplatzes mit Hilfsmitteln
- Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz
- Arbeitsassistenz
- Finanzielle Unterstützung

Sind die erforderlichen Unterstützungen für den Arbeitgeber zumutbar, ist er zur Durchführung verpflichtet. Eine Kündigung kann so häufig vermieden werden.

Zusatzurlaub

Schwerbehinderte Arbeitnehmer mit einem GdB von 50 und mehr haben Anspruch auf einen **zusätzlichen bezahlten Urlaub** von in der Regel einer Arbeitswoche. Im Allgemeinen sind dies 5 zusätzliche Tage pro Jahr. Bei Mitarbeitern, die regelmäßig mehr oder weniger als 5 Tage in der Woche arbeiten,

erhöht oder vermindert sich der Zusatzurlaub entsprechend. Bei einer Teilzeitbeschäftigung ist ebenfalls die Verteilung der Arbeitszeit auf die Wochentage maßgeblich für die Dauer des Zusatzurlaubs. Der Anspruch auf Zusatzurlaub entsteht ab dem Zeitpunkt, ab dem das Versorgungsamt die Schwerbehinderteneigenschaft feststellt. Den Anspruch auf Zusatzurlaub müssen Beschäftigte beim Arbeitgeber – am besten schriftlich unter Vorlage einer Kopie des Schwerbehindertenausweises – geltend machen. Ein gleichgestellter Arbeitnehmer hat **keinen Anspruch** auf Zusatzurlaub.

Anteiliger Zusatzurlaub

Für jeden vollen Monat, in dem die Schwerbehinderteneigenschaft im Arbeitsverhältnis besteht, haben Beschäftigte Anspruch auf 1/12 des Zusatzurlaubs. Ergibt die Berechnung Bruchteile von mindestens einem halben Urlaubstag, werden diese auf ganze Tage aufgerundet.

Bei vorzeitigem Ausscheiden des Arbeitnehmers aus dem Beschäftigungsverhältnis gelten die Regelungen des Bundesurlaubsgesetzes. Wird das Arbeitsverhältnis in der ersten Jahreshälfte beendet, wird der Zusatzurlaub gezwölfelt. Bei einem Ausscheiden in der zweiten Jahreshälfte besteht der volle Anspruch auf den Zusatzurlaub.

Verliert der schwerbehinderte Arbeitnehmer seinen Schwerbehindertenstatus durch die Herabstufung seines GdB auf weniger als 50, hat er noch mindestens 3 weitere Monate Anspruch auf Zusatzurlaub (Schutzfrist). Maßgebend ist das Datum des Herabsetzungsbescheids.

Pflichtarbeitsplätze

Arbeitgeber mit mindestens 20 Arbeitsplätzen sind verpflichtet, wenigstens 5 % der Plätze an schwerbehinderte Menschen zu vergeben. Bei einer besonders schwierigen Eingliederung und bei Auszubildenden mit Behinderungen kann die Agentur für Arbeit auch 2 Pflichtarbeitsplätze anrechnen. Für jeden nicht mit einem schwerbehinderten Menschen besetzten Pflichtarbeitsplatz müssen Ausgleichsabgaben von bis zu 320 € monatlich und gegebenenfalls auch ein Bußgeld gezahlt werden. Für Arbeitgeber mit weniger als 60 Arbeitsplätzen gibt es Sonderregelungen.

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Das BEM dient dem Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und ist ein Instrument der betrieblichen Prävention. Jeder Arbeitnehmer, der länger als 6 Wochen arbeitsunfähig war, kann mit der betrieblichen Interessenvertretung und/oder der Schwerbehindertenvertretung Möglichkeiten zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit, zur Vorbeugung erneuter Arbeitsunfähigkeit und zur Erhaltung des Arbeitsplatzes erarbeiten.

Arbeitsassistenz

Arbeitsassistenten lesen z.B. Blinden vor oder erledigen Boten- und Transportdienste für Rollstuhlfahrer. Arbeitnehmer mit Behinderungen können Geldleistungen (z.B. das Persönliche Budget, siehe S. 69) beantragen, um damit Arbeitsassistenten anzustellen oder eine Dienstleistungsgesellschaft zu bezahlen, bei der die Arbeitsassistenz angestellt ist. Die dauerhafte Arbeitsassistenz ist eine Leistung des Integrationsamts. Um einen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatz zu erlangen, können in den ersten 3 Jahren alle Reha-Träger Geld für die Arbeitsassistenz zahlen.

Budget für Arbeit

Das Budget für Arbeit soll Menschen mit Behinderungen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen – als Alternative zu Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Das Budget für Arbeit beinhaltet einen Lohnkostenzuschuss an den Arbeitgeber sowie Betreuungsleistungen für Menschen mit Behinderungen. Weitere Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Budget für Arbeit“.

Budget für Ausbildung

Zum 1.1.2020 wurde im Rahmen des Angehörigen-Entlastungsgesetzes das Budget für Ausbildung eingeführt. Dieses soll Menschen mit Behinderungen eine Alternative zum Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) bieten. Es erstattet die Ausbildungsvergütung bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungsregelungen bzw. einer für das Ausbildungsverhältnis angemessenen Vergütung. Zudem erhalten die Auszubildenden eine Anleitung und Begleitung am Ausbildungsplatz und in der Berufsschule, wie sie für die jeweiligen Behinderungen erforderlich sind, z.B. eine persönliche Assistenz.

Berufliche Ausbildung

Es gibt verschiedene Unterstützungsangebote, die eine Berufsausbildung für Menschen mit Behinderungen erleichtern sollen.

Um eine geeignete Ausbildung zu finden, können Leistungen zur Eignungsabklärung und Arbeits-erprobung gewährt werden.

Wenn eine Berufsausbildung noch nicht möglich ist, können berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (siehe S. 62) in Anspruch genommen werden.

Wenn eine betriebliche Ausbildung aufgrund der Behinderungen nicht in Frage kommt, kann eine Ausbildung in einem Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerk gemacht werden.

Zudem kann eine Berufsausbildung im Rahmen besonderer Regelungen für die Ausbildung von Menschen mit Behinderungen gefördert und nötige Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden.



Praxistipp!

Schwerbehinderte Arbeitnehmer sind auf ihr Verlangen von Mehrarbeit freizustellen.



Wer hilft weiter?

Mögliche Leistungsträger sind z.B. die Rentenversicherung, die Unfallversicherung, die Agentur für Arbeit, das Jugendamt oder die Eingliederungshilfe-Träger. Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst. Zudem können die Schwerbehindertenvertretung bzw. die Personalverwaltung beim Arbeitgeber weiterhelfen.

Wohnen

Menschen mit Behinderungen stehen verschiedene Leistungen zu, die dazu beitragen, einen geeigneten Wohnraum zu erhalten oder zu sichern.

Wohnraumförderung

Mieter mit Behinderungen haben grundsätzlich einen Anspruch auf Zustimmung des Vermieters zu **behinderungsgerechten Umbaumaßnahmen**, allerdings auf eigene Kosten. Der Zustimmungsanspruch besteht nicht, wenn das Interesse des Vermieters oder anderer Mieter daran, dass die Umbaumaßnahmen nicht durchgeführt werden, höher ist, als das Interesse des betroffenen Mieters an der Durchführung. Zudem kann der Vermieter den Zuspruch davon abhängig machen, dass der Mieter ihm eine Sicherheit in Höhe der Kosten leistet, die beim Rückbau der Maßnahmen anfallen. Am Ende

der Mietzeit ist der Mieter verpflichtet, den Umbau auf eigene Kosten wieder rückgängig zu machen. Die Voraussetzungen und die Höhe von Zuschüssen, sog. leistungsfreien Darlehen, für behinderungsgerechte Neu- oder Umbauten sind vom jeweiligen Bundesland abhängig.

Darlehen

Im Rahmen festgelegter Einkommensgrenzen gewähren die Bundesländer zinsvergünstigte Darlehen oder Zuschüsse für den Bau oder Erwerb eines Eigenheims oder einer Eigentumswohnung und die Finanzierung von Mehrkosten, die bei der Anpassung von Wohnraum an eine Behinderung durch besondere bauliche Maßnahmen entstehen.

Einen Rechtsanspruch auf eine Förderung gibt es nicht, es handelt sich um freiwillige Leistungen der Gemeinden. Folgendes sollte beachtet werden:

- Ein Neubauvorhaben wird in der Regel nur dann unterstützt, wenn der Antrag **vor** Baubeginn gestellt wurde bzw. beim Kaufvorhaben der Kaufvertrag noch nicht unterschrieben ist.
- Je nach Bundesland muss ein unterschiedlicher Eigenkapitalanteil erbracht werden. Diese Mindestbeteiligung beträgt 10–25 % der Baukosten.
- Besonders hochwertige Neubauten werden grundsätzlich nicht gefördert. Je nach Bundesland gibt es unterschiedliche Wohnflächengrenzen.
- Eine zusätzlich Förderung kann man z.B. erhalten, wenn besonders ressourcenschonend und umweltfreundlich gebaut wird oder besondere bauliche Maßnahmen wegen Alters oder Behinderung nötig sind.
- Fördergelder werden nur genehmigt, wenn nach Abzug der monatlichen Belastung noch genug Geld für den Lebensunterhalt zur Verfügung steht. Der Bund legt mit seinem Wohnraumförderungsgesetz (WoFG) lediglich die Rahmenbedingungen, z.B. Einkommensgrenzen, fest. Hiervon können die Bundesländer abweichen.



Praxistipps!

- Für **behinderungsbedingte bauliche Sondermaßnahmen** können von Bund, Ländern oder Kommunen Darlehen bzw. Zuschüsse zur Verfügung gestellt werden.
- Die **KfW-Gruppe** legt regelmäßig Programme zum Immobilienkauf und alten- oder behinderungsgerechten Umbau auf. Dabei handelt es sich in der Regel um zinsgünstige Kredite, die über die eigene Hausbank zu beantragen sind und auch auf diesem Weg ausgezahlt werden. Infos bei der Hausbank oder auf www.kfw.de > *Privatpersonen*.
- Anschubfinanzierung für **ambulant betreute Wohngruppen**: Pflegekassen fördern die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen pro Pflegebedürftigem mit bis zu 2.500 € und pro Wohngruppe mit maximal 10.000 €.
- Das **Kompetenznetzwerk Wohnen** bietet eine umfangreiche Linkliste mit Anlaufstellen zu Fördermöglichkeiten in allen Bundesländern: www.kompetenznetzwerk-wohnen.de > *Fördermöglichkeiten*.
- Wenn eine Schwerbehinderung eintritt, können Betroffene unter bestimmten Voraussetzungen früher über ihre **Bauspar- oder Sparbeträge** verfügen.
- Die Kosten von behinderungsgerechten Umbaumaßnahmen sind als „außergewöhnliche Belastungen“ **steuerlich absetzbar**.



Wer hilft weiter?

- Der Antrag auf Wohnungsbauförderung erfolgt beim Wohnungsbauförderungsamt der Gemeinde

oder des Landkreises, das auch weitere **Auskünfte** erteilt.

- Der Verein Barrierefrei Leben e.V. bietet Information und Beratung zu Wohnungsanpassung, Umbau und barrierefreiem Bauen unter www.online-wohn-beratung.de.

Wohngeld

Wohngeld ist ein staatlicher Zuschuss zu den Kosten für Wohnraum. Dieser Zuschuss wird entweder als Mietzuschuss für Mieter einer Wohnung oder als Lastenzuschuss für Eigentümer eines Hauses oder einer Wohnung gewährt.

Das Wohngeld ist abhängig von

- der Zahl der Haushaltsmitglieder,
- deren Gesamteinkommen **und**
- der regional unterschiedlichen Höhe der zuschussfähigen Miete oder Belastung.

Dauer und Anspruch

Das Wohngeld wird in der Regel für 12 Monate gewährt und muss möglichst vor Ablauf der Bezugszeit neu beantragt werden.

Keinen Anspruch auf Wohngeld haben u.a. Empfänger von

- Arbeitslosengeld II und Sozialgeld
- Übergangsgeld und Verletztengeld in Höhe des Arbeitslosengeld II
- Bafög, Ausbildungsgeld und Berufsausbildungsbeihilfe (BAB)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Sozialhilfe
- Leistungen, bei denen bereits Kosten für Unterkunft und Heizung berücksichtigt und abgedeckt worden sind

Freibetrag bei Schwerbehinderung

Bei schwerbehinderten Menschen wird bei der Ermittlung des für das Wohngeld maßgeblichen Jahreseinkommens ein **Freibetrag von 1.800 €** abgezogen:

- Bei einem GdB von 100 **oder**
- bei einem GdB von mindestens 50 **und** Pflegebedürftigkeit **und** gleichzeitiger häuslicher Pflege oder Kurzzeitpflege.



Praxistipps!

- Das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat bietet unter www.bmi.bund.de > Themen > Bauen, Stadt & Wohnen > Stadt & Wohnen > Wohngeld & Wohnraumförderung > Wohngeld zahlreiche Informationen zum Thema Wohngeld sowie einen Wohngeldrechner.
- Familien, die Wohngeld erhalten, haben für ihre Kinder Anspruch auf **Leistungen für Bildung und Teilhabe**, das sog. Bildungspaket. Darunter fallen z.B. die tatsächlichen Kosten für eintägige und mehrtägige Kita- und Schulausflüge, ein Zuschuss von 150 € im Jahr für den persönlichen Schulbedarf oder die Kosten für die Mittagsverpflegung in Kindertagesstätte oder Schule. Nähere Informati-

onen bietet das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter <https://familienportal.de> > Familienleistungen > Bildung und Teilhabe.

Wer hilft weiter?

Der **Antrag** auf Wohngeld erfolgt bei der örtlichen Wohngeldstelle (Stadtverwaltung), die auch weitere Auskünfte erteilt und bei der die aktuellen Wohngeldtabellen eingesehen werden können.

Leistungen zur Mobilität

Leistungen zur Mobilität können Menschen unter bestimmten Voraussetzungen bekommen, wenn sie aufgrund ihrer Behinderungen nur stark eingeschränkt am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Das können Erleichterungen im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, Leistungen zur Beförderung und Leistungen für ein Kraftfahrzeug sein.

Nahverkehr

Menschen mit Behinderungen können bei entsprechender Berechtigung Verkehrsmittel des öffentlichen Nahverkehrs kostenlos nutzen. Zum öffentlichen Nahverkehr zählen:

- Straßenbahnen, Busse, U- und S-Bahnen
- Nahverkehrszüge der Deutschen Bahn in der 2. Klasse
- Schiffe im Linien-, Fähr- und Übersetzverkehr im Orts- und Nachbarschaftsbereich

Voraussetzungen

- Orangefarbener Flächenaufdruck auf dem Schwerbehindertenausweis bzw. zweifarbiger, grün-oranger Schwerbehindertenausweis im Bankkartenformat **und**
- gültiges Beiblatt mit Wertmarke.

Wertmarke

Es gibt 2 Wertmarken:

- Wert 40 € für die Beförderung für 6 Monate
- Wert 80 € für die Beförderung für 12 Monate

Folgende schwerbehinderte Menschen erhalten ein weißes Beiblatt mit 80 €-Wertmarke **kostenlos**:

- Merkzeichen H
- Merkzeichen BI
- Empfänger von Arbeitslosengeld II (Hartz IV), Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder laufenden Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt
- Menschen, die am 1. Oktober 1979 nach damaligem Recht schon die Voraussetzungen für die unentgeltliche Beförderung erfüllt haben

Schwerbehinderte Menschen mit Merkzeichen G, Merkzeichen aG oder Merkzeichen GI erhalten ein weißes Beiblatt mit 80 €-Wertmarke oder 40 €-Wertmarke **gegen Bezahlung**. Die Wertmarken, unabhängig ob kostenlos oder kostenpflichtig, müssen beim Versorgungsamt beantragt werden.

Fernverkehr

Im **Fernverkehr** können Menschen mit einem GdB von mindestens 70 die BahnCard 50 und die BahnCard 25 zum ermäßigten Preis erwerben. Dies gilt auch für Menschen ab 60 Jahren und bei voller Erwerbsminderungsrente.

Im **Flugverkehr** werden die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen ebenfalls berücksichtigt. Zudem befördern die meisten deutschen Linienfluggesellschaften notwendige Begleitpersonen von Menschen mit Behinderungen mit Merkzeichen B im innerdeutschen Flugverkehr kostenlos, es gibt jedoch keinen gesetzlichen Anspruch darauf. Steuern und Gebühren müssen aber auch von der Begleitperson bezahlt werden.

Wichtig ist, dass der Fluggast bei der Ticketbuchung, spätestens aber 48 Stunden vor dem Flug, seine Einschränkungen und Bedürfnisse mitteilt. Dann können Leistungen wie eine Betreuung am Check-in-Schalter, die Nutzung von Sonderbetreuungsräumen oder ein Rollstuhlservice zum erleichterten Umstieg organisiert werden.

Wer hilft weiter?

Versorgungsämter, die Verkehrsbetriebe vor Ort und die Flughäfen bzw. Fluggesellschaften.

Leistungen für ein Kraftfahrzeug

Kraftfahrzeughilfe erhalten Menschen mit Krankheiten oder Behinderungen als Zuschuss zum Kauf eines Autos, zum Führerschein oder zur behinderungsgerechten Ausstattung eines Autos, um dadurch den Arbeits- oder Ausbildungsort zu erreichen. Sie wird geleistet, wenn der Versicherte nicht nur vorübergehend aufgrund von Krankheit oder Behinderung auf die Kfz-Benutzung angewiesen ist. Die Höhe ist abhängig vom Einkommen und kann maximal 9.500 € betragen.

Voraussetzungen und Leistungsträger

Die Kraftfahrzeughilfe zählt zur Beruflichen Reha der Rentenversicherung und der Unfallversicherung. Der Versicherte muss das Kfz selbst führen können oder nachweisen, dass ein Dritter das Kfz für ihn führt.

Nach den Bestimmungen der **Unfallversicherung** ist der Versicherte auch dann auf das Kraftfahrzeug angewiesen, wenn er nur damit den Arbeitsort, den Ort der beruflichen oder schulischen Ausbildung oder eine Werkstatt für behinderte Menschen erreicht oder wenn nur damit die Eingliederung in das Berufsleben (Berufliche Rehabilitation) oder die Soziale Teilhabe (Soziale Rehabilitation) ermöglicht werden.

Die **Rentenversicherungsträger** leisten Kraftfahrzeughilfe nur, wenn die rentenrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Beruflichen Reha erfüllt sind.

Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, kann die **Agentur für Arbeit** bei Arbeitnehmern mit Krankheiten oder Behinderungen Kraftfahrzeughilfe leisten.

Bei Beamten und Selbstständigen leistet das **Integrationsamt**.

Leistungen für ein Kraftfahrzeug können Menschen mit Behinderungen auch **unabhängig von einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis** erhalten. Voraussetzung ist, dass die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel wegen der Behinderung nicht zumutbar sind, Leistungen zur Beförderung unzumutbar

oder unwirtschaftlich sind und der Antragsteller (oder z.B. sein Partner) das Auto selbst fahren kann. Werden die Leistungen für ein Kraftfahrzeug von der **Eingliederungshilfe** (siehe S. 71) übernommen, ist zusätzlich Voraussetzung, dass der Leistungsberechtigte ständig (nicht nur gelegentlich) auf die Nutzung des Fahrzeugs angewiesen ist.

Leistungen zur Beförderung

Die Leistungen zur Beförderung umfassen Fahrdienste z.B. durch Beförderungsdienste oder Taxen. Diese können privat genutzt werden, um z.B. Freunde zu besuchen, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen oder ins Theater zu gehen.

In der Regel gibt es ein wöchentliches oder jährliches Budget, sodass z.B. nicht mehr als 1–2 Fahrten in der Woche möglich sind.

Voraussetzungen

Leistungen zur Beförderung erhalten Menschen mit Behinderungen, denen die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel wegen ihrer Behinderung nicht zuzumuten ist.



Praxistipps!

- Für Fahrten zum Arzt oder Psychotherapeuten ist im Regelfall die Krankenkasse zuständig. Unter bestimmten Voraussetzungen können Ärzte den Krankentransport per Taxi oder Patientenfahrdienst verordnen. Weitere Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „*Fahrtkosten Krankenförderung*“
- Eine Online-Fahrdienstsuche bietet Aktion Mensch unter www.familienratgeber.de > Adressen vor Ort > Suchbegriff: „*Fahrdienst*“.

Parkerleichterungen

Einen Parkausweis können schwerbehinderte Menschen unter bestimmten Voraussetzungen erhalten, um z.B. auf Behindertenparkplätzen oder im eingeschränkten Halteverbot parken zu können. Der Parkausweis ist personenbezogen, d.h. er kann eingesetzt werden, wenn der Ausweisinhaber das Auto selbst fährt oder gefahren wird.

Parkausweis Deutschland: orange

Der orangefarbene Parkausweis der Bundesrepublik ist eine Ausnahmegenehmigung, die bei der örtlich zuständigen Straßenverkehrsbehörde **beantragt** werden muss. Er gilt in allen Bundesländern und ist gut sichtbar hinter der Windschutzscheibe anzubringen. Er berechtigt

- im eingeschränkten Halteverbot und auf Anwohnerparkplätzen bis zu 3 Stunden zu parken. Die Ankunftszeit ist durch eine Parkscheibe kenntlich zu machen.
- im Zonenhalteverbot oder in Parkbereichen, wo Parkzeitbegrenzungen bestehen, die zugelassene Parkdauer zu überschreiten.
- in Fußgängerzonen während der Ladezeit zu parken.
- in verkehrsberuhigten Bereichen auch außerhalb der gekennzeichneten Flächen zu parken, sofern der durchgehende Verkehr nicht behindert wird.
- an Parkuhren und Parkscheinautomaten ohne Gebühr und zeitlich unbegrenzt zu parken.

In zumutbarer Entfernung darf keine andere Parkmöglichkeit bestehen und es darf max. 24 Stunden geparkt werden.

Voraussetzungen:

- Merkzeichen „G“ und Merkzeichen „B“ und ein GdB von wenigstens 80 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen oder der Lendenwirbelsäule.
- Merkzeichen „G“ und „B“ und ein GdB von wenigstens 70 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen oder der Lendenwirbelsäule, wenn gleichzeitig ein GdB von wenigstens 50 für Funktionsstörungen des Herzens und der Atmungsorgane vorliegt.
- Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa, wenn hierfür ein GdB von wenigstens 60 vorliegt.
- Künstlicher Darmausgang und zugleich künstliche Harnableitung, wenn hierfür ein GdB von wenigstens 70 vorliegt.

EU-Parkausweis: blau

Seit 2001 wird ein einheitlicher EU-Parkausweis bei Schwerbehinderung ausgestellt, der in allen EU-Ländern gilt. Zu diesem sog. blauen Ausweis gehört eine Broschüre, die über die jeweiligen Parksonderrechte aufklärt. Im Ausland muss der Text in der Landessprache aufgeklappt und sichtbar neben den Ausweis gelegt werden. Im Inland genügt es, nur den Ausweis hinter die Windschutzscheibe zu legen.

Nur der blaue EU-Parkausweis berechtigt zum Parken auf **Behindertenparkplätzen** mit Rollstuhl-Symbol.

Wer einen blauen Parkausweis hat, kann zudem alle auf S. 26 beschriebenen „orangenen“ Parkerleichterungen in Anspruch nehmen.

Voraussetzungen:

- Merkzeichen „aG“ oder Merkzeichen „Bl“
- Beidseitige Amelie (angeborenes Fehlen von Gliedmaßen) oder Phokomelie (z.B. Hand oder Fuß sind direkt am Rumpf) oder vergleichbare Funktionseinschränkungen (z.B. Amputation beider Arme)



Praxistipps!

- Zur Beantragung Passfoto, Schwerbehindertenausweis und den letzten Bescheid des Versorgungsamts mitbringen.
- Einen Parkausweis können z.B. auch der Ehepartner oder Kinder beantragen und/oder nutzen, wenn der berechtigte schwerbehinderte Mensch nicht selbst in der Lage ist, das Fahrzeug zu führen. Die Nutzung ist daran gebunden, dass der schwerbehinderte Mensch befördert wird.
- Bei schwerbehinderten Kindern, die die Voraussetzungen erfüllen, können die Eltern den Parkausweis beantragen und ihn nutzen, wenn sie das Kind befördern.
- Wer im Besitz eines blauen Parkausweises ist, kann am Wohnort und/oder der Arbeitsstelle einen eigenen Parkplatz beantragen. Hierfür besteht aber kein Rechtsanspruch.
- Schwerbehinderte Menschen mit den Merkzeichen aG, H oder Bl sind von Fahrverboten in Umweltzonen ausgenommen. Dies gilt auch dann, wenn sie das Auto nicht selbst fahren, sondern gefahren werden. Zum Nachweis sollte die Rückseite des Schwerbehindertenausweises oder der EU-Parkausweis gut sichtbar hinter die Windschutzscheibe gelegt werden.



Wer hilft weiter?

Die örtlich zuständige Straßenverkehrsbehörde.

Blindengeld und Blindenhilfe

Blindenhilfe ist ein Teil der Sozialhilfe für als Blinde anerkannte Menschen. Anspruch besteht aber nur bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze. Außerdem werden das Landesblindengeld ganz und Leistungen aus der Pflegeversicherung teilweise auf die Blindenhilfe angerechnet. Landesblindengeld wird in der Regel einkommensunabhängig gewährt.

Voraussetzungen

Als Blindheit gelten hauptsächlich:

- Fehlen des Augenlichts **oder**
- Sehschärfe auf beiden Augen beträgt nicht mehr als 1/50 (entspricht dem Schweregrad 4) oder eine gleichzeitige Sehstörung, die nicht nur vorübergehend ist.

Blindenhilfe erhalten nur Personen, die die Einkommensgrenze nach §§ 85 ff. SGB XII nicht überschreiten.

Höhe Blindenhilfe

- Für Blinde ab 18 Jahren: 739,91 € monatlich
- Für Blinde bis 17 Jahre: 370,59 € monatlich

Höhe Landesblindengeld

Die Bundesländer zahlen jedem Blinden Landesblindengeld. Weitere Informationen zur Höhe und den Voraussetzungen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Blindenhilfe Landesblindengeld“.



Wer hilft weiter?

- Blindenhilfe ist beim Sozialamt, Landesblindengeld ist in der Regel beim Versorgungsamt zu beantragen.
- Der Deutsche Blinden- und Sehbehindertenverband e.V. informiert z.B. über staatliche Leistungen und unterstützt bei der Beantragung von Blindengeld. Telefon: 030 285387-0, www.dbsv.org.

Steuererleichterungen

Durch Vorlage des Schwerbehindertenausweises oder des Bescheids über die Schwerbehinderung können Menschen mit Behinderungen oder deren Eltern steuerliche Vergünstigungen beim Finanzamt erreichen.

Umfang

Zu den Steuervergünstigungen zählen:

- Kinderfreibetrag für erwachsene Kinder mit Behinderungen, wenn die Behinderungen vor Vollendung des 25. Lebensjahres eingetreten sind (alternativ zum Kindergeld)
- Erwerbsbedingte Kinderbetreuungskosten
- Pauschbetrag für Menschen mit Behinderungen
- Außergewöhnliche Belastungen bei Pflegepersonen, Pflegepauschbetrag

- Außergewöhnliche Belastungen durch private Kraftfahrzeugkosten
- Bei Merkzeichen „G“ oder „aG“: Tatsächliche Fahrtkosten zur Arbeit absetzbar

Zudem **kann** es für schwerbehinderte Menschen Erleichterungen geben bei der Kfz-Steuer, der Vermögenssteuer, der Erbschafts- und Schenkungssteuer, der Hundesteuer (für blinde, gehörlose oder hilflose Menschen) und der Umsatzsteuer.

Sonderausgaben für Kinderbetreuung

Steuerpflichtige Elternpaare und Alleinerziehende können über den Kinderfreibetrag hinaus zusätzlich nachgewiesene Kinderbetreuungskosten absetzen. Dies gilt für Kinder bis zum 14. Geburtstag oder Kinder, die sich wegen einer vor dem 25. Geburtstag eingetretenen Behinderung nicht selbst unterhalten können. Es können zwei Drittel der Kosten abgesetzt werden, maximal 4.000 € je Kind (§ 10 EStG).

Praxistipp!

Bei Teilnahme an Reha-Maßnahmen können Eltern Kinderbetreuungskosten auch als ergänzende Leistung zur Rehabilitation erhalten.

Pauschbetrag für Menschen mit Behinderungen

Pauschbeträge für Menschen mit Behinderungen sind Freibeträge, die vom zu versteuernden Einkommen abgezogen werden.

Der **Freibetrag** kann

- auf der Lohnsteuerkarte eingetragen **oder**
- im Jahresausgleich rückwirkend geltend gemacht werden.

Diese Pauschbeträge erhalten

- Menschen mit Behinderungen ab einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50.
- Menschen mit Behinderungen ab einem GdB von mindestens 25,
 - denen wegen der Behinderung nach gesetzlichen Vorschriften Renten oder andere laufende Bezüge zustehen, **oder**
 - wenn die Behinderung zu einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit geführt hat bzw. auf einer typischen Berufskrankheit beruht.

Höhe

GdB	Jährlicher Pauschbetrag
25 und 30	310 €
35 und 40	430 €
45 und 50	570 €
55 und 60	720 €
65 und 70	890 €
75 und 80	1.060 €

GdB	Jährlicher Pauschbetrag
85 und 90	1.230 €
95 und 100	1.420 €
Merkzeichen „H“ und Merkzeichen „Bl“ unabhängig vom GdB	3.700 €

Anmerkung zur Tabelle:

Seit 1983 wird der GdB nur noch in Zehner-Schritten eingestuft. Das Finanzamt behält die alten Tabellen bei, weil auch Menschen mit alten Einstufungen in Fünfer-Schritten erfasst werden müssen. Die Pauschbeträge werden stets in voller Höhe gewährt, auch wenn die Voraussetzungen nicht während des ganzen Kalenderjahres vorgelegen haben. Wird der GdB verringert oder erhöht, gilt für das jeweilige Kalenderjahr der Pauschbetrag nach dem höchsten GdB.

Beim Pauschbetrag sind Nachweise für die einzelnen Aufwendungen nicht nötig. Übersteigen allerdings die tatsächlichen, zwangsläufigen Mehraufwendungen in der privaten Lebensführung des Menschen mit Behinderung die Pauschbeträge, ist es besser, auf den Pauschbetrag zu verzichten und die tatsächlichen Aufwendungen geltend zu machen. Diese müssen dann mit Belegen nachgewiesen werden.

Praxistipp!

Bei Kindern mit Behinderungen, die keine eigene Steuererklärung abgeben, können die Eltern den Pauschbetrag auf sich übertragen lassen. Voraussetzung ist, dass sie für das Kind Kindergeld oder einen Kinderfreibetrag erhalten. Der Pauschbetrag eines Kindes mit Behinderung wird jeweils zur Hälfte auf beide Elternteile übertragen, außer die Eltern wünschen beide eine andere Aufteilung.

Außergewöhnliche Belastungen für Pflegepersonen

Wer einen schwerbehinderten Menschen (Behinderung mit einem GdB von mindestens 50), der zudem das Merkzeichen H (hilflos) hat, oder einen pflegebedürftigen Menschen mit Pflegegrad 4 oder 5 persönlich in seiner Wohnung oder in der des Pflegebedürftigen pflegt, kann entweder die tatsächlichen Kosten (diese sind nachzuweisen) oder einen Pflegepauschbetrag von 924 € jährlich absetzen. Die Kosten beziehungsweise der Pflegepauschbetrag gelten als außergewöhnliche Belastung und können zusätzlich zu den o.g. Pauschbeträgen geltend gemacht werden (§ 33b Abs. 6 EStG). Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson für die Pflege keine Einnahmen erhält. **Nicht** zu diesen Einnahmen zählt das Pflegegeld, das Eltern zur Pflege ihres Kindes mit Behinderung erhalten.

Außergewöhnliche Belastungen durch private Kraftfahrzeugkosten

Menschen mit Behinderungen können auch Privatfahrten als außergewöhnliche Belastung von der Steuer absetzen:

- **GdB ab 80 oder Merkzeichen „G“ mit einem GdB von 70:** Jährlicher Pauschbetrag von 900 € für **behinderungsbedingte** Privatfahrten (z.B. zum Arzt, zur Therapie) ohne Nachweis. Dies entspricht 3.000 km à 30 Cent.
- **Merkzeichen „aG“, Merkzeichen „Bl“ und Merkzeichen „H“:** Grundsätzlich können alle Fahrtkosten (auch Erholungs-, Besuchs- und Freizeitfahrten) bis zu 15.000 km jährlich (à 30 ct/km = 4.500 €) abgesetzt werden, sofern sie nachgewiesen oder glaubhaft gemacht werden (z.B. durch ein Fahrtenbuch).

Diese Beträge können auch bei Steuerpflichtigen berücksichtigt werden, die selbst keine Behinderungen haben, sondern auf die der Pauschbetrag übertragen wurde und die den Menschen mit Behinderung befördert haben.

Fahrten mit den Öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem Taxi können Menschen mit Behinderungen ebenfalls bei der Steuererklärung angeben. Die oben genannten Kilometerpauschalen werden dann aber gekürzt.

Fahrten zur Arbeit

Steuerpflichtige können für Fahrten zur Arbeit und für Familienheimfahrten eine Entfernungspauschale von 30 ct/km für die einfache Strecke ansetzen. Aufwendungen für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel können angesetzt werden, wenn sie den im Kalenderjahr insgesamt als Entfernungspauschale abziehbaren Betrag übersteigen.

Alternativ können Menschen mit Behinderungen die tatsächlichen Aufwendungen für diese Wege absetzen. Dies gilt bei

- GdB 70 und höher **oder**
- GdB mindestens 50 **und** die Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr ist erheblich beeinträchtigt (Merkzeichen „G“ oder Merkzeichen „aG“).



Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte zu allen steuerlichen Vergünstigungen geben die zuständigen Finanzämter. Steuerfragen speziell für Menschen mit Behinderungen beantwortet auch das Versorgungsamt. Für die Hundesteuer (Blindenhund) ist die jeweilige Gemeinde zuständig.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Menschen mit Behinderungen sind häufig auf medizinische Leistungen wie z.B. Arzneimittel, Heilmittel oder Reha-Maßnahmen angewiesen. Versicherte ab 18 Jahren müssen zu bestimmten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung Zuzahlungen leisten. Da dies gerade für Menschen mit Behinderungen eine finanzielle Belastung darstellen kann, gibt es für diese besondere Regelungen. Bei Überschreiten einer sog. Belastungsgrenze ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

Zuzahlungsregelungen

Für die Verordnung von Gesundheitsleistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gelten unterschiedliche Zuzahlungsregelungen.

Arzneimittel

Zuzahlung (umgangssprachlich „Rezeptgebühr“ genannt): 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten des Arzneimittels.

Preis/Kosten	Zuzahlung
bis 5 €	Preis = Zuzahlung
5 € bis 50 €	5 €
50 € bis 100 €	10 % des Preises
Ab 100 €	10 €

Diese Tabelle gilt entsprechend auch für Verbandmittel, die meisten Hilfsmittel, Haushaltshilfe, Sozialtherapie und Fahrtkosten.

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

Unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Arzneimittel > Zuzahlungsbefreiung ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. In der Summe bezahlt der Betroffene also Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind.

Verbandmittel

Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten des Verbandmittels.

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Physiotherapie oder Ergotherapie. Zuzahlung: 10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, die den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen sollen, z.B. Hörgeräte, Prothesen, Krücken oder Rollstühle.

Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €.

Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, z.B. Einmalhandschuhen oder saugenden Bettschutzeinlagen, beträgt die Zuzahlung 10 % je Packung, maximal jedoch 10 € monatlich.

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient zu Hause von Fachpersonal versorgt wird.

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10 € je Verordnung.

Soziotherapie

Soziotherapie ist die ambulante Betreuung schwer psychisch kranker Menschen.

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5 €, maximal 10 €.

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und gegebenenfalls die Kinderbetreuung übernimmt.

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5 €, maximal 10 €.

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag an die Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung.

Fahrtkosten

Zuzahlung: 10 % der Fahrtkosten (für medizinisch angeordnete Fahrten), mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten der Fahrt. Diese Zuzahlungsregelungen gelten auch für Kinder und Jugendliche.

Zuzahlungsbefreiung

Wenn ein Patient mit Behinderung im Laufe eines Jahres mehr als 2 % des Bruttoeinkommens an Zuzahlungen leistet (sog. Belastungsgrenze), kann er sich und seine Angehörigen, die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreien lassen oder sich am Jahresende den über der Belastungsgrenze liegenden Betrag erstatten lassen.

Die **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass Menschen mit Behinderungen, chronisch Kranke, Versicherte mit einem geringen Einkommen oder Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden. Die Belastungsgrenze liegt bei 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens.

Gerade für Menschen mit Behinderungen lohnt es sich, die Belastungsgrenze im Auge zu behalten, da diese durch Zuzahlungen zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln sowie Reha-Maßnahmen meist schnell erreicht wird.

Berechnung des Bruttoeinkommens

Das Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt ist als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Es errechnet sich aus dem Bruttoeinkommen des Versicherten und den Bruttoeinkommen aller Angehörigen des Versicherten, die mit ihm in einem **gemeinsamen Haushalt** leben.

Angehörige des Versicherten sind:

- Ehepartner
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, wenn sie familienversichert sind
- Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz)
- Sonstige Angehörige nach § 7 Abs. 2 KVLG (Krankenversicherung der Landwirte)

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen verschiedengeschlechtlichen oder nicht eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft.

Freibetrag

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt werden ein oder mehrere Freibeträge abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten (z.B. Ehegatte): 5.733 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 3.822 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 7.812 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.906 €.
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten: 7.812 €.

Hinweis: Ein gemeinsamer Haushalt ist auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in einem Pflegeheim oder einer vollstationären Einrichtung für Menschen mit Behinderungen lebt. Gleiches gilt, wenn beide Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam in einer oder getrennt voneinander in zwei der genannten Einrichtungen leben.

Einnahmen zum Lebensunterhalt

Was zu den „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ zählt haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in einem gemeinsamen Rundschreiben festgelegt. Dieses Rundschreiben kann beim Verband der Ersatzkassen unter www.vdek.com > Themen > Leistungen > Zuzahlungen heruntergeladen werden.

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

- Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen bei selbstständiger Tätigkeit
- Krankengeld
- Arbeitslosengeld
- Elterngeld, aber nur der Betrag, der beim Basiselterngeld über 300 € liegt, beim ElterngeldPlus über 150 €
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung
- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Altersrenten
- Witwen-/Witwerrente und andere Renten wegen Todes
- Einnahmen von Angehörigen im **gemeinsamen Haushalt** (Ehepartner, familienversicherte Kinder, eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner). Nicht hierzu zählen Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, sofern diese die Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) übersteigt
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem BVG

Nicht zu den Einnahmen zählen zweckgebundene Zuwendungen, z.B.:

- Pflegegeld
- Blindenhilfe und Landesblindengeld
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG
- Kindergeld
- Elterngeld bis 300 € bzw. beim ElterngeldPlus bis 150 €
- Landeserziehungsgeld
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Ausbildungsförderung (BAföG)

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezahlt, d.h. der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 103,68 €, bei chronisch Kranken 51,84 €.

Zuzahlungsbefreiung und Rückerstattung

Auch die Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, d.h. es werden die Zuzahlungen des Versicherten mit den Zuzahlungen seiner Angehörigen, die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, zusammengerechnet. Dasselbe gilt auch bei eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften.

Ausnahme: Ist ein Ehepartner beihilfeberechtigt und/oder privat krankenversichert, werden die Zuzahlungen, die auch dieser eventuell leisten muss, **nicht** als Familienzuzahlung berechnet. Das bedeutet, die gesetzliche Krankenkasse erkennt diese nicht als Zuzahlungen in ihrem Sinne an. Beim Familieneinkommen werden allerdings **beide** Einkommen herangezogen und somit als Grundlage für die Zuzahlungsbefreiung genommen.

Überschreiten die Zuzahlungen **2 % der Bruttoeinnahmen** im Kalenderjahr (= Belastungsgrenze), erhält der Versicherte sowie sein Ehegatte und die familienversicherten Kinder, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung bzw. den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet. Ist ein Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen, dann errechnet eine Krankenkasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt gegebenenfalls eine Zuzahlungsbefreiung aus. Dies wird der anderen Krankenkasse mitgeteilt, sodass die Versicherten für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten müssen.

Berechnungsbeispiel: Ehepaar mit 2 Kindern
Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.733 €
minus Freibetrag für 2 Kinder: 15.624 € (2 x 7.812 €)
ergibt: 8.643 €, davon 2 % = Belastungsgrenze: 172,86 €
Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 172,86 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb der Patient und seine Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Die Krankenkasse wird die Zuzahlungen zurückerstatten, die die 2 %-Belastungsgrenze übersteigen. Bei Erreichen der Belastungsgrenze wird für den Rest des Jahres eine **Bescheinigung für die Zuzahlungsbefreiung** ausgestellt.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, kann der Versicherte den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Sollten die Zuzahlungen in dem Jahr dann doch geringer ausfallen, kann der gezahlte Betrag jedoch nicht zurückerstattet werden.

Sonderregelung für chronisch kranke Menschen

Menschen mit Behinderungen sind meist auf regelmäßige Besuche beim Arzt angewiesen. Unter bestimmten Voraussetzungen gilt für sie eine reduzierte Belastungsgrenze. Sie gelten bereits dann als „belastet“, wenn sie mehr als 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen ausgeben müssen.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Schwerwiegend chronisch krank

Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer sich wenigstens ein Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung befindet und **mindestens eines** der folgenden Kriterien erfüllt:

- GdB oder GdS von mindestens 60. Der GdB oder GdS muss durch eine schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad von mindestens 3.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- oder Hilfsmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Vorsorge und therapiegerechtes Verhalten

Die reduzierte Belastungsgrenze gilt nur dann, wenn sich der Patient an **regelmäßiger Gesundheitsvorsorge** beteiligt hat und sich **therapiegerecht verhält**. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Es gelten abhängig vom Alter folgende Regelungen:

- Wer nach dem 1.4.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 3. Jahr am **allgemeinen Gesundheitscheck** zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-, Atemwegs- und Nierenerkrankungen teilnehmen. Versicherte zwischen 18 und 34 Jahren müssen den Gesundheits-Check-Up bis zum Erreichen der Altersgrenze von 35 Jahren einmalig durchführen.
- Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an Gebärmutterhals-, Brust- oder Darmkrebs erkranken, können die 1 %-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden **Früherkennungsuntersuchung** von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.

Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Gesundheitsuntersuchungen sind Versicherte

- mit schweren psychischen Erkrankungen.
- mit schweren geistigen Behinderungen.
- die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Von therapiegerechtem Verhalten wird im Regelfall ausgegangen. Nur wenn der Patient erklärt, dass er sich **nicht** an die gemeinsam mit dem Arzt getroffenen Vereinbarungen hält und dies auch in Zukunft nicht tun wird, kann der Arzt eine Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten verweigern.

Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur Umsetzung der Regelungen für schwerwiegend chronisch Kranke eine sog. Chroniker-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Chroniker-Richtlinie (§ 62 SGB V)* heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

Die zuständige Krankenkasse.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Behinderungen können zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. Für die Betroffenen ist es dann wichtig zu wissen, welche Unterstützungen (z.B. Entgeltfortzahlung, Krankengeld oder Arbeitslosengeld) ihnen zustehen und wo sie diese unter welchen Voraussetzungen beantragen können.

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Arbeitnehmer haben bei Arbeitsunfähigkeit in der Regel einen gesetzlichen Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Die Entgeltfortzahlung entspricht in der Höhe dem bisher üblichen Bruttoarbeitsentgelt.

Voraussetzungen

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen vorweisen können.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr erbringen kann oder wer Gefahr läuft, dass sich die Krankheit durch Arbeit verschlimmert bzw. ein Rückfall eintritt.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden (z.B. grob fahrlässiges Verhalten) des Arbeitnehmers eingetreten sein.

Pflichten des Arbeitnehmers

- Die Arbeitsunfähigkeit muss dem Arbeitgeber **unverzüglich mitgeteilt** werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)** vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber ist berechtigt, schon früher eine ärztliche Bescheinigung zu fordern.
- Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.
- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die Entgeltfortzahlung zu verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Arbeitgeber die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.
- Erkrankt der Arbeitnehmer im Ausland, ist er ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss er seine genaue Auslandsadresse mitteilen und seine Krankenkasse benachrichtigen.
- Die Diagnose muss dem Arbeitgeber nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.
- Übt der Arbeitnehmer während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Arbeitgeber berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

Zweifel am Krankenstand

Hat der Arbeitgeber Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers, kann er ein Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) verlangen. Die Krankenkassen sind grundsätzlich verpflichtet, Zweifel durch solche Maßnahmen zu beseitigen.

Dauer

- Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt **6 Wochen**. Manche Tarif- oder Arbeitsverträge sehen eine längere Leistungsdauer vor. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung. Erfolgt die Erkrankung während der Arbeit, beginnt die Entgeltfortzahlung ab dem nächsten Tag.
- Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer neuen Krankheit beruht, führt in der Regel zu einem neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Kommt es **nach Ende** der ersten Arbeitsunfähigkeit zu einer **anderen** Krankheit samt Arbeitsunfähigkeit, so beginnt ein neuer Zeitraum der Entgeltfortzahlung von 6 Wochen. Falls jedoch **während** einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung nicht.
- Wegen **derselben** Erkrankung besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn der Arbeitnehmer mindestens 6 Monate nicht wegen derselben Erkrankung arbeitsunfähig war **oder** wenn, unabhängig von jener Frist von 6 Monaten, seit Beginn der ersten Erkrankung 12 Monate verstrichen sind. Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.
- Nach einem **Arbeitgeberwechsel** müssen die 6 Monate Zwischenzeit nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Höhe

Die Entgeltfortzahlung beträgt **100 % des bisherigen üblichen Arbeitsentgelts**. Berechnungsgrundlage ist das gesamte Arbeitsentgelt mit Zulagen, wie z.B.

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse usw.
- Vermögenswirksame Leistungen.
- Aufwendungsersatz, wenn die Aufwendungen auch während der Krankheit anfallen.
- Mutmaßliche Provisionen für Empfänger von festgelegten Provisionsfixa, Umsatz- und Abschlussprovisionen.
- Allgemeine Lohnerhöhungen oder Lohnminderungen.

In Tarifverträgen können die Berechnungsgrundlagen abweichend von den gesetzlichen Regeln festgelegt werden.



Praxistipps!

- Falls der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung leistet, die Krankenkasse noch kein Krankengeld zahlt und weder Einkünfte noch verwendbares Vermögen zur Verfügung stehen, ist es sinnvoll, sich bezüglich finanzieller Hilfen an das Sozialamt zu wenden, das dann mit der **Hilfe zum Lebensunterhalt** (siehe S. 84) die Zeit überbrückt.
- Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt weitere Informationen und kann kostenlos heruntergeladen werden unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A164“.

Wer hilft weiter?

Weitere Informationen erteilt der Arbeitgeber oder das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit dem Schwerpunkt Arbeitsrecht unter Telefon 030 221911-004, Mo-Do von 8-20 Uhr.

Krankengeld

Krankengeld erhalten versicherte Personen von der Krankenkasse, wenn sie länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind. Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung, d.h. es wird nur gezahlt, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht.

Voraussetzungen

- Versicherteneigenschaft zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit.
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit **oder** stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung auf Kosten der Krankenkasse. Definition „stationär“: Teil-, vor- und nachstationäre Behandlung genügt, wenn sie den Versicherten daran hindert, seinen Lebensunterhalt durch die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit zu bestreiten.
- Es handelt sich immer um **dieselbe** Krankheit bzw. um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine **weitere** Krankheit auf, verlängert sich die Leistungsdauer **nicht**.

Bezieher von **Arbeitslosengeld I** erhalten ebenfalls unter diesen Voraussetzungen Krankengeld.

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben u.a.:

- Familienversicherte
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 66)
- Studenten (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres)
- Praktikanten
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld

Selbstständige

Hauptberuflich Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig- oder pflichtversichert sind, können wählen, ob sie sich mit oder ohne Krankengeldanspruch versichern lassen möchten. Wenn zu diesem Zeitpunkt bereits Arbeitsunfähigkeit besteht, gilt der Krankengeldanspruch nicht sofort, sondern erst bei der nächsten Arbeitsunfähigkeit. Bei Krankengeldanspruch sind Dauer und Höhe des Krankengelds dann gleich wie bei angestellten Versicherten.

Beginn des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. "Anspruch" heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 39).



Praxistipp!

Seit Mai 2019 verfällt der Anspruch auf Krankengeld nicht, wenn die Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit innerhalb eines Monats vom Arzt ausgestellt und bei der Krankenkasse eingereicht wird. Allerdings ruht der Krankengeldanspruch dann bis zur Vorlage der Bescheinigung, weshalb auf eine lückenlose Attestierung geachtet werden sollte.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70 % des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90 % des Nettoarbeitsentgelts.
- maximal 109,38 € täglich.

Bei der Berechnung werden auch die Einmalzahlungen in den letzten 12 Monaten vor der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt.

Das Krankengeld wird jährlich an die Lohnentwicklung angepasst (§ 70 Abs. 3 SGB IX). Durch die Anpassung darf der Höchstbetrag (siehe unten) nicht überschritten werden.

Krankengeld ist **steuerfrei**. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, da es bei der Berechnung des Steuersatzes berücksichtigt wird. Es unterliegt dem sog. Progressionsvorbehalt.

Bemessungszeitraum

Das Krankengeld errechnet sich aus dem Arbeitsentgelt des letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Lohnabrechnungszeitraums von mindestens 4 Wochen.

Wurde nicht monatlich abgerechnet, werden so viele Abrechnungszeiträume herangezogen, bis mindestens das Arbeitsentgelt aus 4 Wochen berücksichtigt werden kann.

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Das ist 2020 ein Betrag von 156,25 € (= Beitragsbemessungsgrenze 56.250 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es **maximal 109,38 €** täglich betragen.

Tarifverträge können vorsehen, dass der Arbeitnehmer für eine gewisse Dauer, in der Regel abhängig von Betriebszugehörigkeit und Lebensalter, einen Zuschuss zum Krankengeld vom Arbeitgeber erhält.

Sonderregelung bei Arbeitslosigkeit

Bei Bezug von Arbeitslosengeld I wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld I gezahlt. Das gleiche gilt beim Bezug von Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung.

Abzüge

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,025 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern oder unter 23 Jahren bzw. von 12,15 % bei kinderlosen Empfängern ab dem 24. Lebensjahr.

Berechnungsbeispiel
Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Monat gezahlt. Das folgende Berechnungsbeispiel enthält keine regelmäßigen Zusatzleistungen.
Monatlich brutto 3.000 € $3.000 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 100 \text{ €}$ davon 70 % = 70 €
Monatlich netto 1.800 € $1.800 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 60 \text{ €}$ davon 90 % = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,025 % (Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,51 €.
Der Patient erhält also 47,51 € Krankengeld täglich.

Dauer

Krankengeld gibt es wegen **derselben** Krankheit für eine maximale Leistungsdauer von 78 Wochen (546 Kalendertage) innerhalb von je 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**. Eine Blockfrist beginnt mit dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für die ihr zugrunde liegende Krankheit. Bei jeder Arbeitsunfähigkeit wegen einer **anderen** Erkrankung beginnt eine neue Blockfrist. Es ist möglich, dass mehrere Blockfristen nebeneinander laufen.

„Dieselbe Krankheit“ heißt: identische Krankheitsursache. Es genügt, dass ein nicht ausgeheiltes Grundleiden Krankheitsschübe bewirkt.

Die Leistungsdauer verlängert sich **nicht**, wenn **während** der Arbeitsunfähigkeit eine **andere** Krankheit hinzutritt. Es bleibt bei maximal 78 Wochen.

Erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit

Nach Ablauf der Blockfrist (= 3 Jahre), in welcher der Versicherte wegen derselben Krankheit Krankengeld für 78 Wochen bezogen hat, entsteht ein erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Erkrankung unter folgenden Voraussetzungen:

- **Erneute** Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit,
- mindestens 6 Monate lang **keine** Arbeitsunfähigkeit wegen dieser Krankheit **und**
- mindestens 6 Monate **Erwerbstätigkeit** oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehend.

Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld zwar theoretisch besteht, aber tatsächlich ruht oder versagt wird, werden wie Bezugszeiten von Krankengeld angesehen.

Beispiel: Der Arbeitgeber zahlt bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers dessen Arbeitsentgelt bis zu 6 Wochen weiter, d.h.: Der Anspruch auf Krankengeld besteht zwar, aber er ruht. Erst danach gibt es Krankengeld. Die 6 Wochen Entgeltfortzahlung werden aber wie Krankengeld-Bezugszeiten behandelt, sodass noch maximal 72 Wochen (78 Wochen abzüglich 6 Wochen = 72 Wochen) Krankengeld gezahlt wird.

Praxistipp!

Zahlt der Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers das Entgelt nicht weiter, obwohl hierauf ein Anspruch besteht, gewährt die Krankenkasse bei Vorliegen der Voraussetzungen das Krankengeld, da dieses nur bei **tatsächlichem** Bezug des Arbeitsentgelts ruht. Der Anspruch des Arbeitnehmers gegen den Arbeitgeber auf Entgeltfortzahlung geht dabei auf die Krankenkasse über.

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

- Bei Erhalt von (mehr als einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt. Das gilt besonders bei Entgeltfortzahlung bis zu 6 Wochen.
- Bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- Bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld oder Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, auch bei Ruhen dieser Ansprüche wegen einer Sperrzeit.
- Bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld I, auch wenn der Anspruch wegen einer Sperrzeit ruht.
- Solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Ruhen des Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

Wenn der behandelnde Arzt oder der Arzt des Medizinischen Dienstes (MD) die Erwerbsfähigkeit des Versicherten als erheblich gefährdet oder gemindert einschätzt und dies der Krankenkasse mitteilt (häufig kontaktieren die Krankenkassen Ärzte gezielt mit dieser Fragestellung, um den weiteren Reha-Bedarf abzuklären), kann die Krankenkasse dem Versicherten eine **Frist von 10 Wochen** setzen, um einen **Antrag auf Reha-Maßnahmen** zu stellen.

Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht fristgerecht nach, ruht mit Ablauf der Frist der Anspruch auf Krankengeld. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf. Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 77) umwandelt.

Praxistipps!

- Einige Krankenkassen fordern den Versicherten auf, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Dies darf aber nicht stattfinden, ohne dass vorher geprüft wird, ob Reha-Maßnahmen durchgeführt werden könnten. Wenn die Krankenkasse dies dennoch tut, kann der Versicherte darauf

bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. Wichtig ist, dass der Patient alle Mitwirkungspflichten wahrnimmt sowie Fristen einhält.

- Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, kann unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit** bestehen; das ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds im Sinne der Nahtlosigkeit (siehe S. 48).

Ausschluss des Krankengelds

Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:

- Regelaltersrente
- Altersrente für langjährig Versicherte und Altersrente für besonders langjährig Versicherte
- Altersrente für schwerbehinderte Menschen
- Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit
- **Voller** Erwerbsminderungsrente
- Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Grundsätzen
- Vorruhestandsgeld

Mit Beginn dieser Leistungen bzw. mit dem Tag der Bewilligung einer Rente endet der Anspruch auf Krankengeld. Wenn eine Rente rückwirkend bewilligt wird, können sich Anspruchszeiträume für Krankengeld und Rente theoretisch überschneiden. Die Krankenkasse und der Rentenversicherungsträger rechnen dann direkt miteinander ab. War das Krankengeld niedriger als der Rentenanspruch für den Zeitraum, erhält der Versicherte den Differenzbetrag als Ausgleichszahlung vom Rentenversicherungsträger. War das bezogene Krankengeld höher als der Rentenanspruch, muss der Versicherte den Differenzbetrag jedoch nicht zurückzahlen.

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

- Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Landabgabenrente aus der Alterssicherung der Landwirte,
- Teilrente wegen Alters oder Erwerbsminderung aus der Rentenversicherung,
- Knappschaftsausgleichsleistung, Rente für Bergleute,

wenn die Leistung **nach** Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung zuerkannt wird.



Wenn eine der genannten Zahlungen eintrifft, ist dies der Krankenkasse schnellstmöglich mitzuteilen. Das erspart spätere Rückzahlungen.

Aussteuerung: Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft und ist der Patient noch immer arbeitsunfähig, dann endet seine Mitgliedschaft als **Pflichtversicherter** in der gesetzlichen Krankenversicherung (**sog. Aussteuerung**). Die Krankenkasse informiert das Mitglied rund 2 Monate vor der Aussteuerung über die Möglichkeit, seinen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung zu erklären. Liegt innerhalb von 2 Wochen

keine Austrittserklärung vor, wird der Versicherte **automatisch** am Tag nach der Aussteuerung **als freiwilliges Mitglied weiterversichert** (obligatorische Anschlussversicherung). Besteht Anspruch auf **Familienversicherung** hat diese Vorrang vor der freiwilligen Versicherung.

Praxistipps!

- Wer **nicht** als freiwilliges Mitglied weiterversichert werden möchte, muss innerhalb der 2-Wochen-Frist seinen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklären und einen anderweitigen Anspruch auf nahtlose Absicherung im Krankheitsfall nachweisen, z.B. eine private Krankenversicherung.
- Wer nach der Aussteuerung Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit bezieht, kann seinen ursprünglichen Krankenversicherungsschutz erhalten. Die Beiträge zur Krankenversicherung zahlt dann die Agentur für Arbeit.

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Verletztengeld

Wenn ein Mensch mit Behinderung aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit arbeitsunfähig ist, erhält er Verletztengeld von der Unfallversicherung. Das Verletztengeld ist eine ähnliche Leistung wie das Krankengeld der Krankenkasse.

Voraussetzungen

Voraussetzungen für die Zahlung von Verletztengeld:

- Arbeitsunfähigkeit infolge eines Arbeits- oder Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit **oder** wenn eine ganztägige Erwerbstätigkeit wegen einer Heilbehandlung nicht ausgeübt werden kann **und**
- am Tag vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder Heilbehandlung Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, Pflegeunterstützungsgeld (Pflegezeit), Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld II (Hartz IV) oder Mutterschaftsgeld bestand.

Verletztengeld wird auch gezahlt,

- wenn Leistungen der Beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) erforderlich sind, die aufgrund vom Versicherten nicht zu vertretenden Gründen nicht direkt nach der Heilbehandlung erfolgen können. Voraussetzung ist, dass unmittelbar zuvor eine der oben genannten Geldleistungen bezogen wurde und der Versicherte zwischenzeitlich seinen bisherigen Beruf nicht wieder aufnehmen kann bzw. eine andere zumutbare Tätigkeit nicht vermittelbar ist.
- an Schüler und Studenten, wenn sie zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit einer bezahlten Beschäftigung nachgegangen sind.

Höhe

Das Verletztengeld beträgt

- 80 % des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber das Nettoarbeitsentgelt.

Bei der Berechnung werden auch die Einmalzahlungen in den letzten 12 Monaten vor der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt.

Das Verletztengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt.

Abgezogen werden davon 50 % der Beitragsanteile zur Renten- und Arbeitslosenversicherung. Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung werden vom Leistungsträger voll übernommen. Sofern der Versicherte den Kinderlosenzuschlag zur Pflegeversicherung (0,25 %) entrichten muss, ist dieser von ihm alleine zu zahlen.

Berechnungsbeispiel: Arbeitnehmer mit Kind
Monatlich brutto 2.000 € $2.000 \text{ €} : 30 \text{ pro Kalendertag} = 66,67 \text{ €}$ davon 80 % = 53,33 €
Monatlich netto 1.500 € $1.500 \text{ €} : 30 \text{ pro Kalendertag} = 50 \text{ €}$ abzüglich Beiträge zur Arbeitslosenversicherung (1,2 %) + Rentenversicherung (9,3 %) = 5,25 €
Das Verletztengeld beträgt 44,75 € täglich.

Verletztengeld ist **steuerfrei**. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, da es bei der Berechnung des Steuersatzes berücksichtigt wird. Es unterliegt dem sog. Progressionsvorbehalt.

Sonderregelung

Bei Bezug von Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung oder Kurzarbeitergeld wird Verletztengeld in Höhe des Krankengelds gezahlt. Bei Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) oder anderen Leistungen des SGB II wird Verletztengeld in Höhe des Arbeitslosengelds II (Hartz IV) gezahlt.

Tritt der Versicherungsfall im Strafvollzug ein oder ist der Betroffene freiwillig in der Unfallversicherung versichert, gelten abweichende Regelungen. Dazu informieren die Unfallversicherungsträger.

Anrechnung

Auf das Verletztengeld werden z.B. angerechnet:

- Netto-Erwerbseinkommen – unter Außerachtlassung von einmalig gezahltem Entgelt (z.B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld).
- Mutterschaftsgeld, Versorgungskrankengeld, Arbeitslosengeld I, Kurzarbeitergeld, langfristig bezogenes Arbeitslosengeld II (Hartz IV).

Dauer

Die Zahlung des Verletztengelds **beginnt**

- mit dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit **oder**
- mit dem Tag des Beginns einer Heilbehandlungsmaßnahme.

Die Zahlung des Verletztengelds **endet**

- mit dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit **oder**
- mit dem letzten Tag der Hinderung an einer ganztägigen Erwerbstätigkeit durch eine Heilbehandlungsmaßnahme **oder**
- bei Anspruch auf Übergangsgeld mit dem Tag vor Entstehen eines solchen Anspruchs (z.B. bei Beginn einer Maßnahme zur Beruflichen Reha) **oder**
- nach der **78. Woche** ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit, außer eine weitere Behandlung als Folge des Versicherungsfalls ist medizinisch notwendig, **oder**
- wenn die Arbeitsfähigkeit vermutlich auch mit Maßnahmen der Beruflichen Reha nicht wiederhergestellt werden kann. Dann ist in der Regel ein Übergang zur Rente der Unfallversicherung oder der Rentenversicherung möglich.

Wer hilft weiter?

Auskünfte erteilen die Unfallversicherungsträger.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn bei einer längeren Arbeitsunfähigkeit der Anspruch auf Krankengeld endet, der Mensch mit Behinderung aber weiterhin arbeitsunfähig ist, kann das sog. Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld beantragt werden. Es ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds und überbrückt die Lücke zwischen Krankengeld und anderen Leistungen, z.B. der Erwerbsminderungsrente. Dieses Arbeitslosengeld kann es auch geben, wenn das Arbeitsverhältnis formal noch fortbesteht.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Arbeitsunfähigkeit (weniger als 15 Stunden/Woche arbeitsfähig).
- Arbeitslosigkeit **oder**
Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der **Anwartschaftszeit**: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 30 Monaten vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 77), Maßnahmen zur Beruflichen Reha (siehe S. 61) oder zur Medizinischen Reha (siehe S. 53) beantragt. Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, **ruht** der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten zur Erfüllung der Anwartschaftszeit sowie einer möglichen verkürzten Anwartschaftszeit, d.h. dass unter bestimmten Voraussetzungen auch ein Anspruch auf Arbeitslosengeld schon ab einem Versicherungspflichtverhältnis von 6 Monaten bestehen kann, informiert die Agentur für Arbeit.

Dauer

Das Arbeitslosengeld im Wege der sog. **Nahtlosigkeit** wird so lange gezahlt, bis über die Frage der verminderten Erwerbsfähigkeit entschieden wird, längstens jedoch bis der Anspruch auf Arbeitslosengeld endet. Damit überbrückt es die Übergangszeit, in der der Rentenversicherungsträger über den Anspruch auf Erwerbsminderungsrente entscheidet.

Höhe

Relevant ist, was der Arbeitslose zuletzt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit) als Voll-Erwerbstätiger tatsächlich verdient hat. Es kommt **nicht** darauf an, was der Arbeitslose aufgrund der Minderung seiner Leistungsfähigkeit verdienen könnte.

Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds **rückwirkend** Übergangsgeld (siehe S. 66) gezahlt oder Rente gewährt, erhält der Arbeitslose nur den evtl. überschießenden Betrag. War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss er den überschießenden Betrag jedoch nicht zurückzahlen.



Praxistipp!

Wird dem Arbeitslosen vom Rentenversicherungsträger bzw. der Agentur für Arbeit Leistungsfähigkeit von mehr als 15 Stunden wöchentlich bescheinigt, fällt er aus dem Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld heraus. Um weiterhin Arbeitslosengeld I zu beziehen, muss er sich der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen – auch wenn er mit der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers/der Agentur für Arbeit nicht einverstanden ist und gegen diese gerichtlich vorgeht. Kann er einen Bewerbungsprozess aus gesundheitlichen Gründen nicht aktiv gestalten, braucht er gegenüber der Agentur für Arbeit eine Bescheinigung seines Arztes.

Obwohl das Verhalten des Arbeitslosen gegenüber dem Rentenversicherungsträger (Geltendmachung von Leistungsunfähigkeit) im Widerspruch zum Verhalten gegenüber der Agentur für Arbeit (Leistungsfähigkeit und Bereitschaft zur Arbeitsaufnahme) steht, muss der Arbeitslose im Verfahren mit dem Rentenversicherungsträger keine Nachteile befürchten, da die Beurteilung über die Leistungsfähigkeit ausschließlich nach objektiven Maßstäben erfolgt. Auf subjektive Erklärungen des Arbeitslosen („sich dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stellen“) kommt es nicht an.



Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Rehabilitation und Teilhabe

Das Ziel von Reha- und Teilhabe-Leistungen ist, dass Menschen mit Behinderungen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben führen können. Insgesamt ist „Reha und Teilhabe“ ein sehr komplexes Thema. Das liegt unter anderem daran, dass unterschiedliche Kostenträger dafür zuständig sein können und dass sich deshalb Bestimmungen zu Reha, Teilhabe und Behinderung in verschiedenen Sozialgesetzbüchern finden.

Grundsätzlich gilt: Reha vor Pflege und Reha vor Rente.

Das heißt: Es wird möglichst versucht, mit Reha-Maßnahmen eine Pflegebedürftigkeit und/oder den Renteneintritt zu verhindern oder zu verzögern.

Überblick über Reha-Leistungen

Verschiedene Reha-Leistungen können dazu beitragen, dass Menschen mit Behinderungen oder von Behinderungen bedrohte Menschen weiterhin bzw. wieder am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Folgende Bereiche der Rehabilitation können für Menschen mit Behinderungen in Frage kommen:

- **Medizinische Reha-Leistungen** (siehe S. 53): Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Zur Medizinischen Rehabilitation zählen z.B. die Anschlussheilbehandlung (siehe S. 57) oder die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 59).
- **Berufliche Reha-Leistungen** (siehe S. 61): Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe** (siehe S. 66): Dies sind Leistungen, die dazu beitragen sollen, die Ziele der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld, Reha-Sport und Funktionstraining, Haushaltshilfe, Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung** (siehe S. 67): Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können. Dazu zählen Hilfen zu Schulbildung, Berufsausbildung und Studium.
- **Soziale Reha-Leistungen** (siehe S. 64): Die sog. Leistungen zur sozialen Teilhabe sollen Menschen mit Behinderungen die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eröffnen. Dazu zählen u.a. Leistungen für Wohnraum, Mobilität und zur Förderung der Verständigung sowie Assistenzleistungen zur Unterstützung bei der Lebensführung.

Kostenträger

Nahezu alle Reha-Träger der Sozialversicherung können für die Kostenübernahme von Reha-Maßnahmen zuständig sein. Zuständigkeitsklärungen verhindern, dass die Kostenträger die Anträge endlos hin und her schieben.

Folgende Kostenträger sind für die verschiedenen Reha-Leistungen zuständig:

- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur Medizinischen Reha, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.
- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha,
 - wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und
 - wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Medizinische oder Berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.
- **Unfallversicherungsträger** sind bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.
- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Leistungen zur Beruflichen Reha, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- **Sozialämter** treten nachrangig für die Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha ein, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist.
- **Eingliederungshilfe-Träger** übernehmen Leistungen zur Medizinischen Reha und Leistungen zur Beschäftigung (siehe S. 72) für Menschen mit Behinderungen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind.
- **Jugendämter** erbringen Leistungen zur Teilhabe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen und hiervon Bedrohte bis zu einem Alter von 26 Jahren, wenn kein anderer Träger der Sozialversicherung zuständig ist.
- **Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen** sind bei einem Anspruch auf Leistungen der Sozialen Entschädigung für die gesamte Rehabilitation zuständig.

Jeder Reha-Antrag folgt bei der Bearbeitung derselben Zuständigkeitsklärung (siehe unten). Ist die Zuständigkeit geklärt, entscheidet der verantwortliche Reha-Träger, je nach individuellem Bedarf, ob er die Leistung erbringt oder ablehnt. Ist der Antragsteller mit der Entscheidung nicht einverstanden, ist ein Widerspruch möglich.

Benötigen Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen mehrere unterschiedliche Reha-Leistungen von einem oder mehreren Reha-Trägern, reicht seit 1.1.2018 ein einziger Reha-Antrag aus. Es gibt dann einen sog. leistenden Reha-Träger, der für die Umsetzung notwendiger Leistungen verantwortlich ist. Um eine zügige und bedarfsgerechte Bearbeitung des Antrags zu gewährleisten, wird ein sog. Teilhabeplanverfahren eingeleitet.

Zuständigkeitsklärung

Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag auf Reha-Leistungen bei einem Reha-Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er hierfür zuständig ist. Die sog. Zuständigkeitsklärung soll verhindern, dass ein Antrag zwischen verschiedenen Trägern hin- und hergeschoben wird.

Nach einer weiteren Woche wird über die beantragte Leistung entschieden, **außer** der Antrag wurde, bei Erklärung der Unzuständigkeit, an einen weiteren Reha-Träger weitergeleitet. Sollte eine Weiterleitung stattfinden, muss der Reha-Träger den Antragsteller darüber informieren. Die Weiterleitung erfolgt (automatisch) durch den Träger, der zunächst den Antrag erhielt. Dieser „weitere“ (= zweite) Träger entscheidet innerhalb von 3 Wochen, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist.

Eine nochmalige Weiterleitung gibt es nur im Rahmen einer sog. **Turbo-Klärung**. Dadurch kann der Antrag zu einem dritten Reha-Träger weitergeleitet werden, der auch bei Nichtzuständigkeit die beantragten Leistungen in der bereits zuvor begonnenen 3 Wochen-Frist erbringen muss. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf den Versicherten.

Sofern ein **Gutachten** zur Ermittlung des Reha-Bedarfs nötig ist, muss das Gutachten 2 Wochen nach Auftragserteilung vorliegen und die Entscheidung über den Antrag 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen sein.

Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag

- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger zuständig ist und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn der Antrag an den zweiten oder dritten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 7 Wochen, wenn der erste Träger ein Gutachten benötigt.
- Maximal 9 Wochen, wenn der zweite Träger ein Gutachten benötigt.

Kann über den Antrag nicht innerhalb der genannten Fristen entschieden werden, muss der Reha-Träger dies dem Antragsteller unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mitteilen.

Erfolgt keine solche Mitteilung oder liegt kein ausreichender Grund vor, kann der Antragsteller dem Reha-Träger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass er sich nach Ablauf der Frist die Leistung selbst beschafft. Im Falle einer Selbstbeschaffung von Leistungen ist der zuständige Träger **unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit** zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet.



Praxistipp!

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bietet unter www.reha-fristenrechner.de einen Fristenrechner, mit dem alle wichtigen Fristen im Reha-Prozess berechnet werden können.

Teilhabeplanverfahren

Das Teilhabeplanverfahren soll sicherstellen, dass Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen keine Nachteile mehr haben, wenn sie verschiedene Teilhabeleistungen von einem oder mehreren Trägern, z.B. der Bundesagentur für Arbeit und der gesetzlichen Unfallversicherung, bekommen.

Sobald mehrere Leistungen eines Trägers oder verschiedene Leistungen mehrerer Träger erforderlich sind, muss der leistende Reha-Träger innerhalb der Entscheidungsfrist einen Teilhabeplan erstellen. Dadurch sollen auch mehrere Leistungen „wie aus einer Hand“ gewährt werden. Indem die Situation des Betroffenen ganzheitlich wahrgenommen wird, sollen die individuellen Wünsche und Bedürfnisse jedes einzelnen Antragstellers berücksichtigt werden.

Bei der **Eingliederungshilfe** für Menschen mit Behinderungen gibt es besondere Regelungen für das Teilhabeplanverfahren. Für Leistungen der Eingliederungshilfe muss immer ein Gesamtplan erstellt werden. Im Gesamtplanverfahren ist der Leistungsberechtigte durchgehend zu beteiligen, seine Wünsche sind zu dokumentieren und der individuelle Bedarf muss ermittelt werden. Das Gesamtplanverfahren soll transparent, trägerübergreifend, interdisziplinär, konsensorientiert, individuell, lebens-

weltbezogen, sozialraumorientiert und zielorientiert sein. Über die Leistungen (Inhalt, Umfang und Dauer) soll in einer Gesamtplankonferenz entschieden werden.

Ausführliche Informationen zum Teilhabe- und Gesamtplanverfahren unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Teilhabeplanverfahren“.

Antrag

Dem Reha-Antrag muss eine Verordnung des behandelnden Arztes beigelegt werden. Sinnvoll sind zudem ärztliche Berichte über die Art der Erkrankung und die Notwendigkeit der Reha. Ärztliche Bescheinigungen und Begründungen sollten so detailliert und ausführlich wie möglich sein und nicht nur Diagnose und Therapie umfassen, sondern auch die Einschränkungen des Menschen mit Behinderungen im Alltag im Vergleich zu gleichaltrigen Personen beschreiben. Das erspart Nachfragen und erhöht die Chance auf eine Genehmigung der Leistungen.

Medizinische Rehabilitation

Ziele von Medizinischen Reha-Maßnahmen sind die Erhaltung oder Besserung der Gesundheit. Sie werden ambulant oder stationär erbracht. Eine stationäre Reha wird aber in der Regel erst bezahlt, wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen. Zwischen 2 Maßnahmen müssen in der Regel 4 Jahre Wartezeit liegen.

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

Das heißt: Erst wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, werden stationäre Leistungen erbracht.

Ausnahme: Bei Medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter sowie Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren für Mütter und Väter und pflegende Angehörige gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht.

Ambulante Reha-Maßnahmen

Ambulante Reha-Maßnahmen führt der Patient wohnortnah durch bzw. nimmt sie in Anspruch. Der Patient kommt morgens in die behandelnde Einrichtung und verlässt diese nachmittags oder abends wieder. Möglich ist auch die Versorgung durch mobile Reha-Teams beim Patienten zu Hause.

Voraussetzungen

- Eine ambulante **Krankenbehandlung** reicht nicht für den angestrebten Reha-Erfolg aus.
- Die ambulante Reha-Maßnahme wird in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Einrichtungen mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung durchgeführt. „Wohnortnah“ bedeutet maximal 45 Minuten Wegezeit einfach.

Dauer

Eine ambulante Reha-Maßnahme dauert in der Regel 20 Behandlungstage. Aus medizinischen Gründen ist eine Verlängerung möglich.

Stationäre Reha-Maßnahmen

Bei einer stationären Medizinischen Reha wohnt der Patient für die Zeit der Reha-Maßnahme in einer entsprechenden Einrichtung und wird dort behandelt.

Voraussetzungen

- Eine **ambulante Reha-Maßnahme** reicht nicht aus.
- Die stationäre Aufnahme ist aus medizinischen Gründen erforderlich.
- Die stationäre Reha-Maßnahme wird in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag durchgeführt.

Dauer

Stationäre Reha-Maßnahmen dauern in der Regel 3 Wochen. Eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich. Regelung bei Kindern bis zum 14. Geburtstag: 4–6 Wochen.

Wartezeit zwischen den Reha-Maßnahmen

Zwischen 2 Reha-Maßnahmen, egal ob ambulant oder stationär, muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen der medizinischen Vorsorge.

Ausnahmen macht die **Krankenkasse** nur bei medizinisch dringender Erforderlichkeit. Dies muss mit Arztberichten oder einem Gutachten des behandelnden Arztes bei der Krankenkasse begründet werden.

Der **Rentenversicherungsträger** genehmigt Medizinische Reha-Maßnahmen vor Ablauf der 4-Jahres-Frist, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind, weil ansonsten mit einer weiteren Minderung der Leistungsfähigkeit zu rechnen ist.

Wahl der Reha-Einrichtung

Reha-Leistungen werden in der Regel im Inland erbracht. Abhängig vom Kostenträger gelten unterschiedliche Regelungen zur Wahl der Reha-Klinik:

- Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann der Betroffene selbst eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Er muss keine Mehrkosten tragen, wenn er seinen Klinikwunsch nachvollziehbar begründen kann. Als Begründung für die Wünsche können z.B. die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie oder die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen. Die endgültige Entscheidung trifft jedoch die Krankenkasse.
- Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, hat der Patient die Möglichkeit über das sog. Wunsch- und Wahlrecht eine bestimmte Reha-Einrichtung zu benennen. Dies muss in einem formlosen Schreiben zur Verordnung ausdrücklich vermerkt und möglichst auch begründet werden. Als Begründung für die Wünsche können u.a. die oben genannten Gründe eine Rolle spielen.

Praxistipps!

- Adressen von Reha-Kliniken können unter www.rehakliniken.de und www.kurklinikverzeichnis.de gefunden werden.
- Weitere Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht sowie eine Argumentationshilfe gibt die Dr. Becker Klinikgruppe unter <https://dbkg.de> > *Beantragung* > *Wunsch- und Wahlrecht*.

Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen

Die **Krankenkasse** ist der zuständige Kostenträger einer Medizinischen Reha

- wenn keine Verminderung der Erwerbstätigkeit vorliegt oder droht
- wenn kein Arbeitsunfall und keine Berufskrankheit vorliegt
- bei Reha-Leistungen für Altersrentner
- bei Reha-Leistungen für Mütter und Väter, wenn es sich nicht um eine reine Vorsorge handelt, sondern schon eine Beeinträchtigung vorliegt und die Reha medizinisch notwendig ist
- bei Reha-Leistungen für Kinder und Jugendliche, wenn dies medizinisch notwendig ist

Erkennt der Arzt die Notwendigkeit einer Reha, so muss er sie mit dem Formular 61 verordnen. Falls doch ein anderer Kostenträger zuständig ist, z.B. die Berufsgenossenschaft oder der Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse entsprechend weitergeleitet.

Bei Menschen im Erwerbsleben, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist (ein aktives Beschäftigungsverhältnis ist nicht erforderlich), ist die **Rentenversicherung** der Kostenträger der Medizinischen Reha. Der Patient muss den Antrag stellen und diesem einen ärztlichen Befundbericht beilegen. Die Antragsformulare können beim zuständigen Rentenversicherungsträger angefordert werden.

Während einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme kann der Versicherte je nach individuellem Fall und Erfüllen der Voraussetzungen finanzielle Leistungen zur Sicherung seines Lebensunterhalts erhalten. Folgende Leistungen sind möglich:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber, siehe S. 39
- Krankengeld von der Krankenkasse, siehe S. 41
- Verletztengeld von der Unfallversicherung, siehe S. 46
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, siehe S. 66

Zuzahlungen

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen bei fast allen ambulanten und stationären Reha-Maßnahmen Zuzahlungen leisten.

Zuzahlungen zur Krankenversicherung

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung. Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung ab S. 32.

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

Für eine stationäre Medizinische Reha-Maßnahme der Rentenversicherung beträgt die Zuzahlung 10 € täglich für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres.

Wird die Medizinische Reha-Maßnahme als Anschlussheilbehandlung erbracht, ist die Zuzahlung von 10 € auf maximal 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt.

Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- Von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Bei Bezug von Übergangsgeld ohne zusätzlichem Erwerbseinkommen
- Bei Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei Beruflichen Reha-Leistungen
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.275 € liegt

Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

- die ein Kind haben, solange für dieses Kind ein Anspruch auf Kindergeld besteht, **oder** die pflegebedürftig sind, wenn ihr Ehegatte sie pflegt und deshalb keine Erwerbstätigkeit ausüben kann, **oder** deren Ehegatte pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat **und**
- deren Einkommen bestimmte Grenzen nicht überschreitet.

Die Zuzahlung richtet sich bei einer Antragstellung im Jahr 2020 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.275 €	keine
ab 1.275 €	5 €
ab 1.401,40	6 €
ab 1.528,80 €	7 €
ab 1.656,20 €	8 €
ab 1.783,60 €	9 €
ab 1.911 €	10 €

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

Unter Umständen kann eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht beantragt werden (z.B. Menschen mit geringem Einkommen). PDF-Formular „Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung“ der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Suchbegriff: „G0160“.

Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen **nicht** auf den Urlaub angerechnet werden.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur Medizinischen Rehabilitation eine sog. Rehabilitations-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Rehabilitations-Richtlinie* heruntergeladen werden.
- Die Deutsche Rentenversicherung hat die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ herausgegeben. Sie kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“* kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

- Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger: Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, Krankenkassen, Jugendamt, Sozialamt oder Eingliederungshilfe-Träger.
- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) bietet unter www.ansprechstellen.de eine Adressdatenbank der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe, welche Informationsangebote für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Reha-Träger bieten.
- Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen können sich an die unabhängige Teilhabeberatung wenden, um Informationen über Leistungen und Zuständigkeiten sowie Unterstützung bei der Antragstellung zu erhalten. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.

Anschlussheilbehandlung

Die Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine Medizinische Reha-Maßnahme, die im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder eine ambulante Operation erfolgt und zur Weiterbehandlung erforderlich ist. Sie muss in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung beginnen.

Der Begriff Anschlussheilbehandlung wurde in den Begriff Anschlussrehabilitation (kurz: Anschlussreha) überführt. Die Abkürzung AHB blieb jedoch bestehen und ist bei den Kostenträgern, z.B. Rentenversicherung, weiterhin gebräuchlich.

Ziel einer AHB ist es, verloren gegangene Funktionen oder Fähigkeiten wiederzuerlangen oder auszugleichen und den Patienten wieder an die Belastungen des Alltags und Berufslebens heranzuführen.

Voraussetzungen

Eine dieser **versicherungsrechtlichen** Voraussetzungen der Rentenversicherung muss erfüllt sein:

- Wartezeit von 15 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren **oder**
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor **oder**
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente (siehe S. 77) **oder**
- Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit) bei verminderter oder in absehbarer Zeit gefährdeter Erwerbsfähigkeit **oder**
- Anspruch auf große Witwen- bzw. Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Persönliche und medizinische Voraussetzungen:

- Indikation nach der Indikationsliste (siehe S. 58).
- Akutphase der Erkrankung bzw. Wundheilung muss abgeschlossen sein.
- Patient muss frühmobilisiert sein, z.B. durch krankengymnastische Übungen im Krankenhaus.
- Patient muss geistig fähig zur Teilnahme an den Therapien und weitestgehend selbstständig sein, d.h.: ohne Fremdhilfe zur Toilette gehen, selbstständig essen, sich allein waschen und ankleiden können.
- Patient sollte reisefähig sein. Ein Krankentransport ist nur in Not- und Ausnahmefällen möglich.

AHB-Indikationsgruppen sind:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Gefäßerkrankungen
- Entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen
- Erkrankungen des Verdauungsapparats und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen
- Diabetes mellitus
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata
- Neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven
- Krebserkrankungen
- Gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen



Praxistipps!

- Die AHB muss über die Sozialberatung der letzten behandelnden Klinik beantragt werden. Dort ist eine frühzeitige Terminvereinbarung sinnvoll.
- Abweichungen vom Zeitpunkt des AHB-Beginns sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich.
- Die AHB dauert in der Regel 3 Wochen, eine Verlängerung ist möglich, wenn der Arzt der AHB-Klinik die Verlängerung medizinisch-therapeutisch begründet.
- In wenige Häuser können erkrankte Elternteile ihre Kinder mitnehmen, ansonsten ist eventuell ein Antrag auf Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung möglich.
- Bei einem krebserkrankten Kind kann ein Elternteil auf Antrag als Begleitperson mit aufgenommen werden, wenn aufgrund des Alters des Kindes bzw. wegen der familiären Situation eine Trennung für die Dauer der AHB nicht zu verantworten ist.
- Für den Elternteil als Begleitperson kann die gesetzliche Krankenkasse auch den Lohnausfall für die notwendige, zeitlich nicht begrenzte Dauer übernehmen. Auf diese Leistung besteht **kein** grundsätzlicher Anspruch. Einen Antrag zu stellen ist aber in jedem Fall zu empfehlen.
- Da die AHB eine Leistung zur Medizinischen Rehabilitation ist, gelten die entsprechenden Regelungen zur Zuständigkeit des Kostenträgers, zur Wahl der Reha-Einrichtung, zur finanziellen Sicherung und zur Zuzahlung (Näheres ab S. 53).

Besonderheit: Onkologische Reha-Leistung

Ist bei einer malignen Geschwulst- und Systemerkrankung nach dem Krankenhausaufenthalt eine ambulante Bestrahlung notwendig, kann die AHB auch vom niedergelassenen Radiologen eingeleitet werden. Die AHB sollte dann innerhalb von 14 Tagen nach der letzten Bestrahlung beginnen, außer dies ist aus medizinischen Gründen nicht möglich. Dann kann auf Antrag des Arztes später mit der AHB begonnen werden.

Nach Ablauf eines Jahres ist es möglich eine Festigungskur (Onkologische Nachsorgeleistung) zu beantragen. Der Medizinische Dienst (MD) prüft die medizinische Notwendigkeit und entscheidet dann im Einzelfall.

Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, Sozialamt und Sozialberatung des Krankenhauses.

Stufenweise Wiedereingliederung

Ziel der Stufenweisen Wiedereingliederung („Hamburger Modell“) ist, arbeitsunfähige Arbeitnehmer nach längerer schwerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen und so den Übergang zur vollen Berufstätigkeit zu erleichtern.

Während der Stufenweisen Wiedereingliederung ist der Arbeitnehmer noch krankgeschrieben. Möglich ist die Stufenweise Wiedereingliederung in der Regel nur, wenn der Arbeitgeber zustimmt.

Findet sie im unmittelbaren Anschluss an eine Medizinische Reha-Maßnahme statt, d.h. wird sie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus einer Reha-Klinik angetreten, ist die Rentenversicherung zuständiger Kostenträger. Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig. In speziellen Fällen kann auch die Agentur für Arbeit oder die Unfallversicherung Kostenträger der Stufenweisen Wiedereingliederung sein.

Voraussetzungen

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der behandelnde Arzt stellt fest, dass die bisherige Tätigkeit wenigstens teilweise wieder aufgenommen werden kann.
- Es liegt vor und während der Maßnahme eine Arbeitsunfähigkeit vor.
- Arbeitgeber und Arbeitnehmer stimmen der Maßnahme zu.
- Der Versicherte wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt.

Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Arbeitnehmer haben im Gegensatz zu nicht schwerbehinderten Arbeitnehmern einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn ein Wiedereingliederungsplan mit allen aus ärztlicher Sicht zulässigen Arbeiten und eine Prognose darüber vorliegt, ob und wann mit der vollen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. Mit Hilfe dieser Angaben kann der Arbeitgeber prüfen, ob ihm die Beschäftigung zumutbar ist. Er kann eine Stufenweise Wiedereingliederung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers wegen Unzumutbarkeit aber nur in Einzelfällen ablehnen.

Dauer

Die Dauer der Stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand. Sie kann bis zu 6 Monate dauern, wird in der Regel jedoch für einen Zeitraum von 4 bis 8 Wochen gewährt.

Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen

Ab einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 6 Wochen wird bei jeder Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit geprüft, ob eine Stufenweise Wiedereingliederung möglich ist. Ziel ist es, Versicherte mit länger andauernden Erkrankungen frühzeitig die Möglichkeit zu geben, wieder an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren.

Diese Prüfung erfolgt jedoch nicht, wenn nachteilige gesundheitliche Folgen für den Versicherten entstehen würden oder der Genesungsprozess durch eine Stufenweise Wiedereingliederung verzögert werden würde.

Die ärztliche Beurteilung zur Stufenweisen Wiedereingliederung kann vom Versicherten auch abgelehnt werden.

Wiedereingliederungsplan

Damit die Stufenweise Wiedereingliederung stattfinden kann, müssen sowohl der Versicherte als auch der Arbeitgeber einem sog. Wiedereingliederungsplan zustimmen, der von einem Arzt (gegebenenfalls auch von Sozialberatern) in Absprache mit dem Patienten und dem Betriebsarzt am Arbeitsplatz erstellt wird. Dabei werden die genauen Bedingungen der Wiedereingliederung geregelt.

Finanzielle Leistungen

Der Versicherte erhält während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sog. Entgeltersatzleistungen, d.h. Krankengeld von der Krankenkasse (siehe S. 41), Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger (siehe S. 66), Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger (siehe S. 46) oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit (siehe S. 48). Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für den Arbeitgeber.

Der Anspruch auf Entgeltersatzleistungen besteht auch dann, wenn die stufenweise Wiedereingliederung scheitern sollte.



Praxistipps!

- Findet die Stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollte sie im Laufe der Reha beantragt werden. Die Sozialberatung der Reha-Klinik füllt hierzu, in Kooperation mit Arzt und Patient, den Antrag aus und erstellt den Wiedereingliederungsplan.
- Detaillierte Informationen zur Rehabilitation bietet die „Arbeitshilfe für die Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zum kostenlosen Download unter www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha Grundlagen.



Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Unfallversicherungsträger, Rentenversicherungsträger, Sozialberatung der Reha-Klinik, behandelnder Arzt und Arbeitgeber.

Berufliche Reha

Berufliche Reha-Maßnahmen, auch „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) genannt, umfassen alle Reha-Maßnahmen, die die Arbeits- und Berufstätigkeit von Menschen mit Behinderungen und/oder Krankheiten fördern: Hilfen, um einen Arbeitsplatz erstmalig oder weiterhin zu erhalten, Vorbereitungs-, Bildungs- und Ausbildungsmaßnahmen, Zuschüsse an Arbeitgeber sowie die Übernahme vieler Kosten, die mit diesen Maßnahmen in Zusammenhang stehen, z.B. für Lehrgänge, Lernmittel, Arbeitskleidung, Prüfungen, Unterkunft und Verpflegung.

Leistungen

Zu den „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ zählen:

Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes oder selbstständigen Tätigkeit

Vorrangiges Ziel ist es, den bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten. Ist dies nicht möglich, wird nach einem anderen geeigneten Arbeitsplatz im bisherigen oder einem anderen Betrieb gesucht. In diesem Rahmen übernehmen vorwiegend die Berufsgenossenschaften und die Rentenversicherungsträger im Zusammenwirken mit der Bundesagentur für Arbeit u.a. folgende Leistungen:

- **Eignungsabklärung und Arbeitserprobung**, um ein geeignetes Berufsfeld zu finden.
- **Kosten für Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen** (sog. Ausrüstungsbeihilfe). Diese gleichen die Folgeerscheinungen der Behinderung für eine bestimmte berufliche Tätigkeit aus. Ein Ausgleich von ausschließlich medizinischen Funktionsstörungen genügt nicht zur Kostenübernahme bei der Rentenversicherung.
- **Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes** in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- **Arbeitsassistenz**, wenn bei der Arbeitsausführung erheblicher Unterstützungsbedarf besteht (siehe S. 20).
- **Budget für Arbeit** für Betreuungsleistungen und einen Lohnkostenzuschuss für Arbeitgeber (siehe S. 20).
- **Budget für Ausbildung** zur Erstattung der Ausbildungsvergütung als Alternative zum Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (siehe S. 21).
- **Leistungen für ein Kraftfahrzeug**, um den Arbeits- oder Ausbildungsort zu erreichen (siehe S. 25).
- **Gründungszuschuss** für Arbeitslose, die sich selbstständig machen.
- **Fahrtkostenbeihilfe** für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, wenn der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet und die berufliche Wiedereingliederung gefährdet wäre.
- **Trennungskostenbeihilfe** bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort müssen unzumutbar sein.
- **Übergangsbeihilfe** bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
- **Umzugskostenbeihilfe**, wenn eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist. Als Umzugskosten gelten z.B. Transportkosten und Reise des Familienversicherten samt Familie, nicht aber Wohnraumbeschaffungskosten wie Maklergebühren, Kautionen oder Renovierungskosten. Der Umzug darf nicht später als 2 Jahre nach der Arbeitsaufnahme stattfinden.
- **Wohnungshilfen**, wie Förderbeträge für Um- und Ausbaumaßnahmen im Wohnbereich, die zum Erlangen oder Erhalten des Arbeits- oder Ausbildungsorts erforderlich sind.

Berufsvorbereitung

Zu den Beruflichen Reha-Leistungen zählt auch die Berufsvorbereitung einschließlich der wegen Behinderungen erforderlichen Grundausbildung. Darunter fallen z.B. die blindentechnische Grundausbildung oder Vorbereitungsmaßnahmen für Gehörlose.

Berufliche und schulische Bildung

Zur beruflichen Bildung zählen Maßnahmen zur Anpassung an den Beruf, Ausbildung und Weiterbildung einschließlich des dafür erforderlichen Schulabschlusses. **Nicht** dazu zählen allgemeinbildende Maßnahmen.

Wenn die Fähigkeit beeinträchtigt ist, einen angemessenen Beruf zu erlernen, werden auch Hilfen zu einer angemessenen **Schulbildung** einschließlich der Vorbereitung hierzu oder zur Entwicklung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten vor Beginn der Schulpflicht geleistet, z.B.:

- Übernahme erhöhter Kosten für eine private Heimsonderschule.
- Maßnahmen, die Schulreife nach einem Kindergartenunfall zu erlangen.

Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

In einer WfbM können Menschen mit Behinderungen einer Beschäftigung nachgehen oder durch Förderung ihrer Leistungsfähigkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereitet werden. WfbM sind keine Erwerbsbetriebe, d.h.: Nicht der finanzielle Gewinn steht im Mittelpunkt, sondern Leistungen der Berufsförderung, Berufsbildung sowie der Persönlichkeitsentwicklung.

Die WfbM ermöglicht Menschen mit Behinderungen eine berufliche Bildung und Beschäftigung sowie die Erhaltung, Entwicklung, Wiedergewinnung oder Erhöhung ihrer Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit. Ihnen wird ein, ihrer Leistung angemessenes, Arbeitsentgelt bezahlt. Zudem findet eine individuelle Betreuung und Förderung durch soziale Fachdienste (z.B. Sozialpädagogen, Psychologen, Ärzte) statt.

Menschen mit Behinderungen haben in der WfbM die Möglichkeit, in unterschiedlichsten Arbeitsbereichen tätig zu sein, z.B. in einer Gärtnerei, Schreinerei, Hauswirtschaft, Telefonzentrale oder bei der Montage und Verpackung.

Die Agentur für Arbeit, die Berufsgenossenschaften und die Rentenversicherungsträger übernehmen vorwiegend folgende Maßnahmen:

- **In der Regel 4 Wochen, maximal 3 Monate** in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen zur Arbeits- und Berufsförderung im **Eingangsverfahren**.
- **Bis zu 2 Jahre im Berufsbildungsbereich** als berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, aber nur dann über 1 Jahr hinaus, wenn die Leistungsfähigkeit des Menschen mit Behinderung weiterentwickelt oder wiedergewonnen werden kann.
- Nach dem Berufsbildungsbereich können Menschen mit Behinderungen für einen unbefristeten Zeitraum in den **Arbeitsbereich** wechseln.
- Bei Bedarf sind über **Unterstützte Beschäftigung** Angebote zur Persönlichkeitsentwicklung oder Berufsbegleitung möglich.

Durch die Einführung der sog. **anderen Leistungsanbieter** zum 1.1.2018 wurde eine Alternative zur WfbM geschaffen, um Menschen mit Behinderungen mehr Wahlmöglichkeiten zu bieten und das Leistungsangebot zu erweitern. Die Voraussetzungen zur Beschäftigung bei einem anderen Leistungsanbieter sind dieselben wie in einer WfbM.

Menschen mit Behinderungen, die bei anderen Leistungsanbietern beschäftigt sind, haben grundsätzlich die gleichen Rechte wie in einer WfbM. Es gilt zudem ein uneingeschränktes Rückkehrrecht, sodass ein Mensch mit Behinderung in eine WfbM zurückkehren kann, wenn er z.B. gekündigt wird oder sich überfordert fühlt.

Generell können alle Firmen oder Träger sog. andere Leistungsanbieter werden, wenn sie die fachlichen Anforderungen erfüllen.

Übernahme weiterer Kosten

Die Berufsgenossenschaften und die Rentenversicherungsträger übernehmen auch Kosten, die mit den Beruflichen Reha-Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Hierzu zählen z.B. Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Arbeitskleidung und -geräte.

Zuschüsse an den Arbeitgeber

Die Reha-Träger können Berufliche Reha-Leistungen auch als Zuschüsse an den Arbeitgeber leisten. Anspruchs- und antragsberechtigt ist der Versicherte. Der Arbeitgeber ist „nur“ Begünstigter ohne eigenes Antragsrecht.

Die Gewährung eines Zuschusses kann von Auflagen und Bedingungen abhängig gemacht werden. Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z.B. als:

- **Ausbildungszuschüsse** zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen.
Zuschusshöhe: 100 % der laut Ausbildungsvertrag für das letzte Ausbildungsjahr vereinbarten monatlichen Vergütung.
Dauer: gesamte Dauer der Maßnahme.
- **Eingliederungszuschüsse:**
Zuschusshöhe: bis zu 50 %, für Menschen mit Behinderungen bis zu 70 % (in der Regel mit einer jährlichen Kürzung von mindestens 10 %) des tariflichen bzw. ortsüblichen Bruttoarbeitsentgelts.
Dauer: in der Regel bis zu 1 Jahr, für Menschen mit Behinderungen in der Regel bis zu 2 Jahre, unter bestimmten Voraussetzungen für schwerbehinderte Menschen und Gleichgestellte bis zu 5 Jahre bzw. bis zu 8 Jahre (ab dem 55. Geburtstag).
- **Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb.**
- **Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung.** Sie soll die vollständige und dauerhafte berufliche Eingliederung verbessern oder überhaupt erst erreichen.
Zuschusshöhe: teilweise oder voll.
- **Umschulung, Aus- oder Weiterbildung im Betrieb.**
- **Technische Veränderung des Arbeitsplatzes.**

Wer hilft weiter?

- Die Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen, meist von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger oder der Berufsgenossenschaft. Die Anträge auf Kostenübernahme sollten gestellt werden **bevor** die Maßnahmen in die Wege geleitet werden.
- Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst. Adressen finden Sie unter www.integrationsaemter.de > Kontakt.
- Die Broschüre „Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Reha > Berufliche Reha kostenlos bestellt oder

heruntergeladen werden.

- Informationen zur Beruflichen Reha geben auch die Berufsgenossenschaften unter www.dguv.de > *Rehabilitation/Leistungen* > *Berufliche und soziale Teilhabe*.

Soziale Reha

Die Soziale Reha (auch Leistungen zur Sozialen Teilhabe“ genannt, soll Menschen mit Behinderungen eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen oder erleichtern.

Ziel der Leistungen zur Sozialen Reha ist, Behinderungen oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mindern und Menschen mit Behinderungen die Chance zu eröffnen, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Die Leistungen sind nicht einklagbar. Die Förderungen der Sozialen Reha setzen an, wo Berufliche Reha (siehe S. 61) oder Medizinische Reha (siehe S. 53) nicht oder noch nicht sinnvoll sind.

Leistungen

Die Leistungen zur Sozialen Reha umfassen unter anderem:

- **Leistungen für Wohnraum**, z.B. Hilfe bei Beschaffung, Umbau, Ausstattung und Erhalt von Wohnraum.
- **Assistenzleistungen**, z.B. Elternassistenz (siehe S. 65), Unterstützung bei der Haushaltsführung, der Lebensplanung, der Freizeitgestaltung sowie der Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.
- **Heilpädagogische Leistungen** für noch nicht eingeschulte Kinder, z.B. in interdisziplinären Frühförderstellen oder sozialpädiatrischen Zentren. Weitere Informationen unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Frühförderung von Kindern mit Behinderungen“*.
- **Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie**, z.B. wenn die Betreuung eines Kindes mit Behinderung in einer anderen Familie nötig oder gewünscht wird.
- **Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten**, z.B. Schulung lebenspraktischer Handlungen, Vorbereitung auf das Arbeitsleben, Verbesserung der Kommunikation, Blindenschriftlehrgänge.
- **Leistungen zur Förderung der Verständigung**, z.B. Dolmetscher für Menschen mit Hörbehinderungen.
- **Leistungen zur Mobilität**, z.B. Beförderung durch einen Fahrdienst, Leistungen zur Beschaffung eines Autos (siehe S. 24).
- **Hilfsmittel**, z.B. barrierefreie Computer.

Menschen mit Behinderungen, die ein Ehrenamt ausüben, haben die Möglichkeit, sich angemessene Ausgaben für die nötige Unterstützung durch Familie, Freunde oder Nachbarn erstatten zu lassen.

Besonderheiten in der Eingliederungshilfe

Ist die Eingliederungshilfe Kostenträger, können unter gewissen Voraussetzungen bestimmte Leistungen der Sozialen Teilhabe auch als **pauschale Geldleistung** gewährt werden, z.B. für die Kosten eines regelmäßig benötigten Fahrdienstes oder für einen persönlichen Assistenten.

Zudem ist in der Eingliederungshilfe die Übernahme sog. **Besuchsbeihilfen** möglich. Diese sollen Menschen mit Behinderungen, die in einer Betreuungsform über Tag und Nacht leben, und deren Angehörigen gegenseitige Besuche ermöglichen. Besuchsbeihilfen sind Ermessensentscheidungen des zuständigen Eingliederungshilfe-Trägers. In der Regel werden Kosten für eine Besuchsfahrt im Monat (bei Strecken über 200 km nur einmal alle 3 Monate) mit je 30 ct pro km übernommen.

Auch können bestimmte Leistungen (z.B. Heilpädagogische Leistungen, Gebärdensprachdolmetscher, Fahrdienste) **an mehrere Menschen mit Behinderungen gemeinsam (sog. Poolen)** erbracht werden. Dies ist jedoch nur möglich, wenn dies für den Menschen mit Behinderung zumutbar ist oder dieser das wünscht.

Elternassistenz für Eltern mit Behinderungen

Wenn ein oder beide Elternteile durch Behinderungen beeinträchtigt sind, kann es hilfreich sein, wenn die Familie unterstützt wird. Diese Hilfe kann durch eine sog. Elternassistenz erfolgen. Durch das BTHG haben Eltern mit Behinderungen seit dem 1.1.2018 einen **rechtlichen Anspruch** auf diese Assistenzleistung.

Die Elternassistenz hat nicht die Aufgabe, die Elternrolle zu übernehmen. Es geht ausschließlich darum, die behinderungsbedingten Einschränkungen auszugleichen. Eine Elternassistenz kann in folgenden Bereichen unterstützen:

- Pflege, Versorgung, Erziehung
- Hilfe im Haushalt, z.B. Putzen, Aufräumen, Kochen
- Begleitung außerhalb der Wohnung, z.B. beim Kinderarzt, in der Spielgruppe, beim Einkaufen
- Kinderbetreuung, während Vater/Mutter mit Behinderung in Therapie ist
- Assistenz, um eine altersgerechte Entwicklung des Kindes zu ermöglichen, z.B. Fahrradfahren lernen

Unterschied Elternassistenz und Begleitete Elternschaft

Der Begriff **Elternassistenz** meint insbesondere die Unterstützung von Eltern mit körperlichen Behinderungen oder Sinnesbehinderungen. In der Regel planen und entscheiden die Eltern selbst, durch welche Leistungen sie wann unterstützt werden. Dies können z.B. Dienstleistungen, Hilfsmittel oder Mobilitätshilfen sein. Von einer **begleiteten Elternschaft** spricht man dagegen bei Eltern mit psychischen oder geistigen Beeinträchtigungen. Diese werden z.B. durch Anleitung oder Beratung darin unterstützt, die Bedürfnisse ihrer Kinder zu erkennen und diese zu erfüllen.

Der Ratgeber „Elternassistenz – Ratgeber für die Beantragung und Organisation personeller Hilfen zur Pflege und Versorgung der Kinder“ des Bundesverbands behinderter und chronisch kranker Eltern bietet ausführliche Informationen rund um das Thema. Er kann unter www.behinderte-eltern.de > *Veröffentlichungen* > *veröffentlichte bbe-Ratgeber und Kalender* heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

Auskünfte geben die jeweiligen Reha-Träger, die unabhängige Teilhabeberatung unter www.teilhabeberatung.de oder das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Thema Behinderung, Telefon 030 221911-006, Mo–Do 8–20 Uhr.

Ergänzende Reha-Leistungen

Ergänzende Reha-Leistungen werden erbracht, wenn sie notwendig sind, um das Ziel einer Reha-Maßnahme zu erreichen oder zu sichern.

Umfang

Folgende Leistungen können zu den ergänzenden Reha-Leistungen zählen:

- **Reisekosten** sind Fahrtkosten, Transportkosten, Unterkunfts- und Verpflegungskosten, die infolge von Krankheit, Reha oder Behinderung entstehen. Sie können, abhängig von den individuellen Voraussetzungen, von verschiedenen Trägern übernommen werden.
- **Reha-Sport und Funktionstraining** finden immer in Gruppen und unter ärztlicher Aufsicht statt. Reha-Sport dient der allgemeinen Stärkung der Leistungsfähigkeit nach einer Erkrankung. Funktionstraining ist gezielt auf bestimmte körperliche Funktionsdefizite gerichtet. Die Maßnahmen dauern je nach Erkrankung und Kostenträger 6 Monate bis 3 Jahre.
- Eine **Haushaltshilfe** ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt erledigt. Sie übernimmt alle zur Weiterführung des Haushalts notwendigen Arbeiten, z.B. Einkauf, Kochen, Waschen oder Kinderbetreuung. Die Kosten werden in der Regel dann übernommen, wenn die haushaltsführende Person z.B. ins Krankenhaus muss (oder danach) und daheim Kinder unter 12 Jahren zu versorgen sind.
- **Kinderbetreuungskosten** können während der Teilnahme an einer Medizinischen oder Beruflichen Reha unter bestimmten Voraussetzungen erstattet werden.
- Das **Übergangsgeld** überbrückt einkommenslose Zeiten während der Teilnahme an Medizinischen oder Beruflichen Reha-Maßnahmen. Es wird nur gezahlt, wenn kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung besteht. Die Höhe ist unterschiedlich und richtet sich nach dem vorhergehenden Einkommen. Als Richtwert können zwei Drittel vom Nettoeinkommen angenommen werden.
- **Krankengeld**, siehe S. 41.
- **Sozialmedizinische Nachsorge** richtet sich an chronisch und schwerstkranke Kinder unter 14 Jahren (in besonders schwerwiegenden Fällen unter 18 Jahren) und schließt an eine stationäre Krankenhausbehandlung oder eine stationäre Reha an.
- **Patientenschulungsmaßnahmen** für chronisch Kranke.
- **Schulung von Angehörigen**, damit sie die weitere Betreuung und Pflege eines Patienten übernehmen können.
- **Teilnahme der Mutter** an Mutter-Kind-Kursen in krankengymnastischen, beschäftigungs- oder sprachtherapeutischen Übungsbehandlungen.
- **Schulung der Partner von Dialysepatienten.**
- **Ambulante Leistungen für Alkohol- und Drogenabhängige.**
- **Spezielle Gymnastik, Beratung und Gruppenarbeit.**
- **Leistungen für ein Kraftfahrzeug**, siehe S. 25.
- **Wohnungshilfen** sind finanzielle Leistungen zur Beschaffung, Ausstattung oder Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung.
- **Pflegegeld von der Unfallversicherung** wird in Höhe von 354 bis 1.491 € gezahlt, wenn ein Mensch infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit in erheblichem Maße Pflege und Unterstützung braucht. Auf Antrag stellt der Unfallversicherungsträger eine Pflegekraft oder übernimmt die Kosten der Pflege in einem Heim.
- **Verletztengeld**, siehe S. 46.

- **Ausbildungsgeld bei Medizinischer oder Beruflicher Rehabilitation.**

Nähere Informationen zu den einzelnen Leistungen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Ergänzende Leistungen zur Reha“.

Voraussetzungen

Die verschiedenen Leistungsträger haben unterschiedliche Voraussetzungen für die Übernahme der Kosten für Ergänzende Leistungen zur Reha:

- Die **Krankenversicherung** kann ergänzende Leistungen erbringen, um das Reha-Ziel zu erreichen oder zu sichern. Die Krankenversicherung übernimmt dann die Kosten, wenn sie zuletzt Krankenbehandlung leistete. Die Kostenübernahme liegt im Ermessen der Krankenkasse. Den Anträgen ist die Verordnung oder Stellungnahme des Arztes beizufügen. Bei Vorsorgekuren für Mütter bzw. Väter ist auch eine Bestätigung durch den Medizinischen Dienst notwendig.
- Die **Rentenversicherung** übernimmt unter anderem die Kosten für Ergänzende Reha-Leistungen im Zusammenhang mit einer Medizinischen Rehabilitation oder einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben.
- Die **Unfallversicherung** übernimmt die Kosten, wenn ein Unfallversicherungsfall vorliegt (Arbeitsunfall, Wegeunfall oder Berufskrankheit).
- In Einzelfällen kommt der **Sozialhilfeträger** für die Kosten auf.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger.

Teilhabe an Bildung

Leistungen zur Teilhabe an Bildung umfassen Hilfen für Menschen mit Behinderungen zu einer Schulbildung, zur schulischen oder hochschulischen Ausbildung sowie zur Weiterbildung. Die Leistungen werden erbracht, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können.

Hilfen zu Berufsausbildung und Studium

Menschen mit Behinderungen erhalten unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen zur schulischen oder hochschulischen Ausbildung sowie zur Weiterbildung.

Gefördert werden kann z.B.

- ein Masterstudium im Anschluss an ein Bachelorstudium,
- ein Meisterkurs oder ein Studium nach einer Berufsausbildung oder
- in begründeten Fällen auch ein Promotionsstudium.

Voraussetzungen in der Eingliederungshilfe

Wird die Teilhabe an Bildung nicht von einem anderen Kostenträger übernommen, kann sie auch von der Eingliederungshilfe geleistet werden. Für den Eingliederungshilfe-Träger sind die Voraussetzungen zur Ausbildung und Weiterbildung im § 112 Abs. 2 SGB IX genau geregelt:

Voraussetzung ist, dass dieselbe fachliche Richtung weitergeführt wird. Außer es handelt sich um ein

Masterstudium, das auf ein Bachelorstudium aufbaut und dieses interdisziplinär ergänzt. In der Regel werden Ausbildung und Studium nur unterstützt, wenn der Mensch mit Behinderung zu Beginn nicht älter als 29 Jahre bzw. bei Aufnahme eines Masterstudiums nicht älter als 34 Jahre ist.

Unterbrechung möglich

Nicht zu beeinflussende gewichtige Gründe, z.B. eine vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustands oder wichtige familiäre Gründe, können verhindern, dass eine Weiterbildungsmaßnahme direkt im Anschluss an eine schulische oder berufliche Ausbildung durchgeführt wird. In diesen Fällen werden die individuellen Umstände des Leistungsberechtigten berücksichtigt, sodass eine Förderung auch nach einer Unterbrechung möglich ist.

Studieren mit Behinderungen

Menschen dürfen aufgrund ihrer Behinderungen nicht vom Studium an der Hochschule ihrer Wahl ausgeschlossen werden. Deshalb müssen die Hochschulen dafür sorgen, dass Studierende mit Behinderungen oder chronisch kranke Studierende die Angebote der Hochschule möglichst ohne fremde Hilfe in Anspruch nehmen können. Zudem ist ihnen durch Nachteilsausgleiche ein Studium zu ermöglichen, z.B. durch die Berücksichtigung der spezifischen Belange in den Prüfungsordnungen.

Hilfen zur Schulbildung

Zuständig für die schulische Bildung sind die Bundesländer, daher gibt es kein bundesweit einheitliches System der Förderung. Es gilt jedoch überall die allgemeine Schulpflicht, auch für schwerbehinderte Kinder.

Kinder mit Behinderungen sollten, soweit es die Behinderung zulässt, gemeinsam mit Kindern ohne Behinderungen zur Schule gehen können.

Generell gibt es 3 Möglichkeiten für den Schulbesuch:

- Schulen für Kinder mit geistiger Behinderung, Förderschulen und Schulen für lernbehinderte Kinder.
- Integrationsschulen oder Integrationsklassen, also Klassen, wo Kinder mit und ohne Behinderungen zusammen lernen.
- Einzelintegration (Inklusion), das heißt: Das Kind mit Behinderung geht in eine Regelklasse und bekommt hierfür einen Schulbegleiter (Integrationsassistent, Integrationshelfer), der es individuell unterstützt und behinderungsbedingte Besonderheiten ausgleicht.



Wer hilft weiter?

- Der zuständige Kostenträger oder die unabhängige Teilhabeberatung unter www.teilhabeberatung.de.
- Bei allen Fragen zu einer **Berufsausbildung mit Behinderungen** sind die Agenturen für Arbeit Ansprechpartner.
- Das Deutsche Studentenwerk bietet telefonische Beratung unter 030 297727-64 sowie Informationen zum **Studium mit Behinderungen** unter www.studentenwerke.de > Themen > Studieren mit Behinderung.
- Wer für die Feststellung eines **sonderpädagogischen Förderungsbedarfs** zuständig ist und welche Stellen die Entscheidung über den Schultyp treffen, ist je nach Bundesland verschieden. Die Eltern werden bei den Entscheidungsprozessen stets miteinbezogen und können sich bei Bildungsberatungsstätten oder schulpсихologischen Diensten beraten lassen.

Persönliches Budget

Das Persönliche Budget ist eine Geldleistung. Damit können Menschen mit Behinderungen ihre Reha- und Teilhabeleistungen selbst einkaufen – erhalten es also anstelle von Dienst- oder Sachleistungen. Auf das Persönliche Budget besteht seit 2008 ein Rechtsanspruch.

Das Budget wird als Geldleistung oder selten auch in Form von Gutscheinen erbracht, Letzteres z.B. bei Pflegeleistungen. Vom Persönlichen Budget kauft der Betroffene selbst die Leistungen ein, die seinen persönlichen Hilfebedarf decken. Möglich sind sowohl Einmalzahlungen als auch monatlich wiederkehrende Geldleistungen. Laut Bundesministerium für Arbeit und Soziales werden überwiegend Budgetsummen von 200–800 € monatlich gewährt. Das Persönliche Budget soll jedoch nicht höher sein als die Kosten der bisher bewilligten Leistungen. Nur in besonders begründeten Ausnahmefällen kann es höher ausfallen, z.B. wenn es übergangsweise für den Wechsel von stationären auf ambulante Betreuungsleistungen notwendig ist.

Damit ist das Persönliche Budget eine alternative Leistungsform zu den bisherigen Sach- und Dienstleistungen und sichert einen hohen Grad an Selbstbestimmung und Wahlfreiheit.

Kostenträger

Folgende Kostenträger kommen für das Budget infrage: Krankenkasse, Pflegekasse, Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, Versorgungsamt, Hauptfürsorgestelle, Jugendamt, Eingliederungshilfe-Träger, Sozialamt, Integrationsamt, Agentur für Arbeit.

Antrag

Das Persönliche Budget muss beantragt werden. Beantragt werden können Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (siehe S. 50) sowie Leistungen, die alltäglich und regelmäßig wiederkehrend sind, z.B. Leistungen der Pflegeversicherung.

Mögliche **Antragsteller** sind:

- Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen
- Gesetzliche Betreuer von Menschen mit Behinderungen
- Eltern für ihre Kinder mit Behinderungen

Zur Antragstellung ist ein möglicher Kostenträger aufzusuchen. Dieser klärt dann seine Zuständigkeit, gegebenenfalls leitet er den Antrag weiter:

- Gibt es nur **einen Kostenträger**, d.h. Leistungen werden nur von einem Kostenträger benötigt, spricht man vom **Persönlichen Budget**.
- Werden Leistungen von **unterschiedlichen Kostenträgern** benötigt, nennt man dies ein **Trägerübergreifendes Persönliches Budget**.

In der Regel findet zu Beginn des Verfahrens ein Beratungsgespräch statt. Im Anschluss daran stellt der Mensch mit Behinderung einen Antrag auf das Persönliche Budget und die Zuständigkeit wird geprüft. Nach der Ermittlung und Feststellung des Bedarfs folgt eine schriftliche Zielvereinbarung zwischen dem Kostenträger und dem Menschen mit Behinderung. Der Kostenträger erlässt dann einen Bescheid.

Leistungserbringung

Der leistende Kostenträger erbringt die Leistung jeweils am Anfang des Monats. Manche Leistungen können auch einmalig sein, z.B. für einen Rollstuhl.

An das Persönliche Budget sind Menschen mit Behinderungen in der Regel 6 Monate lang gebunden. Die Bedarfsermittlung wird im Regelfall alle 2 Jahre wiederholt.

Praxistipps!

- Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bietet umfangreiche Informationen und Broschüren zum persönlichen Budget unter www.bmas.de > Themen > Teilhabe und Inklusion > Persönliches Budget.
- Wer bei der Beantragung und Verwaltung des Persönlichen Budgets Unterstützung benötigt, kann von einem Budgetassistenten Hilfestellung erhalten. Bei der Suche nach einem geeigneten Assistenten kann die kostenlose Informations- und Beratungsseite www.assistenz.de weiterhelfen.
- Auch über die Assistenzbörse des Verbunds behinderter Arbeitgeber/innen „VbA – Selbstbestimmt Leben e.V.“ können unter www.assistenzboerse.de/behindertenassis.htm persönliche Assistenten gesucht werden.

Wer hilft weiter?

- Die unabhängige Teilhabeberatung unter www.teilhabeberatung.de.
- Das Beratungstelefon der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben – ISL e.V. informiert über alle Fragen zum Persönlichen Budget unter der Telefonnummer 01805 474712 sowie per E-Mail an persoenliches.budget@isl-ev.de und bietet eine Broschüre mit Beispielen und Tipps zum Persönlichen Budget unter www.isl-ev.de > Themen > Assistenz / Budget.

Eingliederungshilfe

Die Eingliederungshilfe umfasst verschiedene Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung von Menschen mit Behinderungen. Eingliederungshilfe-Leistungen müssen beantragt werden, außer der Bedarf wird im sog. Gesamtplanverfahren festgestellt.

Die Eingliederungshilfe soll Menschen mit Behinderungen eine individuelle Lebensführung ermöglichen und deren volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft fördern. Zudem soll sie zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensplanung befähigen. Sie wird so lange gewährt, bis die Ziele der Eingliederungshilfe erfüllt sind bzw. die Aussicht besteht, dass die Ziele erfüllt werden können.

Voraussetzungen

Anspruch auf Eingliederungshilfe besteht nur nachrangig, d.h. die Hilfe wird nur gewährt, wenn kein vorrangig verpflichteter Träger Hilfe leistet.

Anspruch haben Personen mit nicht nur vorübergehender (d.h. länger als 6 Monate andauernder)

- wesentlicher körperlicher Behinderung (z.B. erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit sowie Blinde, Gehörlose und Menschen mit Hör- oder Sprachbehinderung) **oder**
- wesentlicher geistiger Behinderung (wodurch die Eingliederung in die Gesellschaft erheblich beeinträchtigt wird) **oder**
- wesentlicher seelischer Behinderung (z.B. körperlich nicht begründbare Psychosen, seelische Störungen als Folge von Krankheiten, Suchtkrankheiten, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen)

Einen **Rechtsanspruch** haben auch Personen, die von einer wesentlichen Behinderung bedroht sind (nach allgemeiner ärztlicher und sonstiger fachlicher Erkenntnis). In allen anderen Fällen steht die Eingliederungshilfe im Ermessen des zuständigen Eingliederungshilfe-Trägers.

Bedarfsermittlung und Gesamtplanung

Der individuelle Bedarf eines Menschen mit Behinderung meint im Eingliederungshilfrecht alles, was der Betroffene braucht, um gleichberechtigt am Leben in der Gemeinschaft teilhaben zu können.

Die Ermittlung dieses Bedarfs soll sich an der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) orientieren. Die ICF soll eine einheitliche Erfassung der körperlichen, psychischen und sozialen Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung gewährleisten. Das Projekt REHADAT des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln e.V. bietet unter www.rehadat-icf.de einen ICF-Lotsen, der über die einzelnen Komponenten (z.B. Sinnesfunktionen, bewegungsbezogene Funktionen) informiert.

Um den Teilhabeprozess zu steuern, zu dokumentieren und dessen Wirkung kontrollieren zu können, erstellt der Eingliederungshilfe-Träger einen **Gesamtplan**. Beteiligt werden der Mensch mit Behinderung, gegebenenfalls eine Person seines Vertrauens und sonstige Beteiligte, z.B. der behandelnde Arzt oder die Agentur für Arbeit.

Der Gesamtplan ist die Grundlage für die Bewilligung von Eingliederungshilfe-Leistungen. In ihm werden insbesondere folgende Informationen schriftlich festgehalten:

- Das Ergebnis der Bedarfsermittlung, also welche Bedarfe der Mensch mit Behinderung hat
- Die in der Bedarfsermittlung eingesetzten Verfahren und Instrumente
- Die Maßstäbe und Kriterien der Wirkungskontrolle
- Der Überprüfungszeitraum
- Die geplanten und durchgeführten Maßnahmen
- Die vereinbarten Ziele

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGÜS) bietet die „Orientierungshilfe zur Gesamtplanung“ unter www.bagues.de > *Veröffentlichungen* > *Orientierungshilfen und Empfehlungen* > *Aus dem Jahr 2018*.

Leistungen

Die Maßnahmen der Eingliederungshilfe können als Sach-, Geld- oder Dienstleistung erbracht werden. Einen Kostenbeitrag zu den Leistungen der Eingliederungshilfe müssen Menschen mit Behinderungen erst ab einer bestimmten Einkommens- bzw. Vermögensgrenze zahlen (siehe Eigenbeitrag, S. 74).

Zu den Leistungsgruppen der Eingliederungshilfe gehören:

- Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation, siehe S. 53
- Leistungen zur Beschäftigung, siehe unten
- Leistungen zur sozialen Teilhabe, siehe Soziale Reha S. 64
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung, siehe S. 67

Leistungen zur Beschäftigung

Die Leistungen zur Beschäftigung richten sich an Menschen mit Behinderungen, die (vorübergehend oder dauerhaft) nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können. Sie umfassen:

- Leistungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen und bei anderen Leistungsanbietern nach § 60 SGB IX, siehe S. 62
- Leistungen im Rahmen des Budgets für Arbeit, siehe S. 20

Außerdem werden die Kosten für Gegenstände und Hilfsmittel übernommen, die wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung zur Aufnahme oder Fortsetzung einer Beschäftigung notwendig sind. Dies umfasst auch eine Einweisung, wie das Hilfsmittel eingesetzt werden kann und notwendige Reparaturen, Änderungen oder Ersatzbeschaffungen. Voraussetzung ist, dass der Mensch mit Behinderung das Hilfsmittel bedienen kann.

Abgrenzung der Leistungen der Eingliederungshilfe zu Leistungen der Pflegeversicherung

Bei der Abgrenzung der Eingliederungshilfe zu ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung kommt es auf die **Zielsetzung** und den **Bedarf** an. Kann der Bedarf bereits durch ambulante Leistungen der Pflegeversicherung gedeckt werden, wird Eingliederungshilfe nicht mehr zusätzlich erbracht. Bei Überschneidungen gilt Folgendes: Ist das Ziel der Maßnahme eine eigenständige Lebensführung ist der Träger der Eingliederungshilfe zuständig, ansonsten die Pflegeversicherung. Sollte der Bedarf des Menschen mit Behinderung durch Leistungen der Pflegeversicherung nicht vollständig gedeckt werden können, sind zusätzliche Leistungen der Eingliederungshilfe bzw. der „Hilfe zur Pflege“ möglich. Die Hilfe zur Pflege ist eine Leistung des Sozialamts, welche bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen dieselben Leistungen wie die Pflegekasse übernimmt, wenn diese nicht, oder nur in zu geringem Umfang leistet.

Leben Menschen mit Behinderungen in **Wohnheimen für Menschen mit Behinderungen** (Räumlichkeiten nach § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI), zahlt die Pflegeversicherung zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen einen Pauschalbetrag von max. 266 € monatlich.

Bei der **Hilfe zur Pflege** findet das sog. Lebenslagenmodell Anwendung. Hat ein Mensch von Geburt an oder bis zur Regelaltersgrenze eine Behinderung oder ist pflegebedürftig, bekommt er Eingliederungshilfe, so lange die Ziele der Eingliederungshilfe erreicht werden können. Dies umfasst auch die Hilfe zur Pflege. Für die Betroffenen ist vor allem von Bedeutung, dass für sie dann die Einkommens- und Vermögensgrenzen der Eingliederungshilfe gelten. Treten Pflegebedürftigkeit oder Behinderungen erst nach Erreichen der Regelaltersgrenze ein, wird Hilfe zur Pflege nach den Einkommens- und Vermögensgrenzen der Sozialhilfe geleistet.

Trennung von Fachleistungen und existenzsichernden Leistungen

Durch das Bundesteilhabegesetz (siehe S. 5) wurden zum 1.1.2020 die Fachleistungen von den existenzsichernden Leistungen getrennt. Fachleistungen sind alle Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Existenzsichernde Leistungen umfassen den notwendigen Lebensunterhalt und werden von der Sozialhilfe übernommen.

Die Trennung der Fach- und existenzsichernden Leistungen gilt nicht für minderjährige Leistungsrechte sowie für Volljährige, die zu einer schulischen oder beruflichen Bildung in einer Einrichtung über Tag und Nacht (z.B. Internat) betreut werden. Zudem gibt es eine Übergangsregelung für reine Wohn- und Betreuungsangebote. Auch hier gibt es keine Trennung der Fach- und existenzsichernden Leistungen für Leistungsberechtigte, die nach ihrem 18. Lebensjahr noch für einen kurzen Zeitraum (in der Regel längstens bis zum 21. Geburtstag) in ihrer bisherigen Einrichtung über Tag und Nacht bleiben.

Des Weiteren kann es vorkommen, dass für Menschen mit erheblicher Behinderung die Übernahme der normalen Unterkunftskosten durch die Sozialhilfe nicht ausreichen. Übersteigen die **Kosten der Unterkunft** 25 % der sog. Angemessenheitsgrenze, werden die darüber hinausgehenden Kosten unter bestimmten Voraussetzungen vom Träger der Eingliederungshilfe als Leistung zur Sozialen Teilhabe getragen.

Eigenbeitrag

Um Leistungen der Eingliederungshilfe, z.B. einen Fahrdienst oder Assistenzleistungen zu erhalten, muss ab einem bestimmten Einkommen ein finanzieller Beitrag geleistet werden.

Berechnung des Einkommens

Durch das Bundesteilhabegesetz (siehe S. 5) wurde die Eingliederungshilfe zum 1.1.2020 aus der Sozialhilfe herausgelöst und in das SGB IX als neuer Teil 2 (§§ 90–150) integriert. Ist das Einkommen des Leistungsberechtigten höher als die Einkommensgrenze, muss er einen finanziellen Beitrag leisten. Das Partnereinkommen wird nicht berücksichtigt.

Als Einkommen werden Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbstständiger Arbeit, nichtselbstständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung sowie sonstige Einkünfte nach § 22 EStG berücksichtigt.

Ein Beitrag ist ab folgendem Einkommen zu leisten:

- 32.487 € (= 85 % der jährlichen Bezugsgröße), wenn das Einkommen überwiegend aus einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit erzielt wurde
- 28.665 € (= 75 % der jährlichen Bezugsgröße), wenn das Einkommen überwiegend aus einer nicht sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung oder anderen nicht ausdrücklich genannten Einkünften erzielt wurde
- 22.932 € (= 60 % der jährlichen Bezugsgröße), wenn das Einkommen überwiegend aus Renteneinkünften erzielt wurde

Diese Beträge erhöhen sich um:

- 5.733 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße) für den nicht getrennt lebenden Ehe- und Lebenspartner oder Partner einer eheähnlichen bzw. lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft
- 3.822 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße) für jedes unterhaltsberechtigten Kind im Haushalt

Hat der (Ehe-)Partner ein Einkommen, das höher ist als das oben genannte Einkommen, entfällt der Erhöhungsbeitrag. Für jedes unterhaltspflichtige Kind gibt es dann nur eine Erhöhung um 1.911 € (= 5 % der jährlichen Bezugsgröße).

Berechnung des Einkommens für Eltern minderjähriger Leistungsberechtigter im Haushalt

Ein Beitrag von Eltern für ihr minderjähriges Kind im selben Haushalt ist ab folgendem gemeinsamen Einkommen zu leisten:

- 61.152 € (= 160 % der jährlichen Bezugsgröße), wenn das Einkommen überwiegend aus einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit erzielt wurde
- 57.330 € (= 150 % der jährlichen Bezugsgröße), wenn das Einkommen überwiegend aus einer nicht sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung erzielt wurde
- 51.597 € (= 135 % der jährlichen Bezugsgröße), wenn das Einkommen überwiegend aus Renteneinkünften erzielt wurde

In diesem Fall gibt es keine Erhöhungsbeträge.

Höhe des Beitrags

Die Höhe des Beitrags wird aus der Differenz zwischen dem Einkommen des Leistungsberechtigten und der jeweiligen Freigrenze (siehe Berechnung des Einkommens, S. 74) berechnet. Der monatliche Beitrag beträgt 2 % dieser Differenz.

Berechnungsbeispiel: Verheirateter erwerbstätiger Leistungsberechtigter mit 2 Kindern
Jahreseinkommen: 57.000 €
minus Freibetrag bei sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung: 32.487 €
minus Freibetrag für Ehepartnerin: 5.733 €
minus Freibetrag für 2 Kinder: 7.644 € (2 x 3.822 €)
ergibt Differenz zwischen Einkommen und Freibeträgen: 11.136 € davon 2 % = 222,72 €
Der monatliche Beitrag wird auf volle 10 € abgerundet, sodass der Leistungsberechtigte in diesem Fallbeispiel einen monatlichen Beitrag von 220 € zu leisten hat.

Der Beitrag wird direkt an den Leistungserbringer gezahlt. Für weitere Eingliederungshilfe-Leistungen im gleichen Zeitraum oder für Leistungen an Kinder im gleichen Haushalt, ist kein weiterer Beitrag zu zahlen.

Bei Bedarfsgegenständen (z.B. Prothese, behinderungsgerechte Kleidung), die mindestens für 1 Jahr bestimmt sind, muss der Leistungsberechtigte einmal höchstens das Vierfache des monatlichen Beitrags bezahlen.

Beitragsfreie Maßnahmen

Per Gesetz muss kein Beitrag für folgende Maßnahmen bezahlt werden:

- Heilpädagogische Leistungen nach § 113 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX
- Leistungen zur Medizinischen Reha nach § 109 SGB IX
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 111 Abs. 1 SGB IX
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 112 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX
- Leistungen zur schulischen oder hochschulischen Ausbildung oder Weiterbildung für einen Beruf nach § 112 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX, wenn diese in besonderen Ausbildungsstätten über Tag und Nacht für Menschen mit Behinderungen geleistet werden
- Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten nach § 113 Abs. 2 Nr 5 SGB IX, wenn diese der Vorbereitung auf Leistungen zur Beschäftigung nach § 111 Abs. 1 SGB IX dienen
- Leistungen zur Sozialen Teilhabe nach § 113 Abs. 1 SGB IX für noch nicht eingeschulte Kinder
- Leistungen der Eingliederungshilfe und gleichzeitigem Bezug von Leistungen zum Lebensunterhalt nach SGB II oder SGB XII oder nach § 27a Bundesversorgungsgesetz

Einsatz von Vermögen

Zum Vermögen zählt das gesamte verwertbare Vermögen des Hilfesuchenden, z.B. Ersparnisse, Wertpapiere, Autos, Lebensversicherungen.

Die Höhe des **Schonvermögens für Barbeiträge** beträgt 150 % der jährlichen Bezugsgröße, das sind 2020: 57.330 € (150 % von 38.220 €). Das Vermögen des (Ehe-)Partners wird nicht berücksichtigt.

Für die **beitragsfreien Maßnahmen** (siehe S. 75) muss **kein Vermögen** eingesetzt werden.

Praxistipps!

- Ist der Leistungsberechtigte minderjährig und ist der Erfolg der Eingliederungshilfe-Maßnahme gefährdet, weil z.B. ein Elternteil den Beitrag nicht oder nur teilweise bezahlt, kann die Leistung dennoch in vollem Umfang geleistet werden. Der Träger der Eingliederungshilfe hat dann einen Kostenersatz-Anspruch gegen den Elternteil.
- Sollte der Beitrag durch das neue Recht seit 2020 höher sein als der bisher bezahlte Beitrag, muss weiterhin nur der niedrigere Beitrag geleistet werden.
- Das Netzwerk für Inklusion, Teilhabe, Selbstbestimmung und Assistenz NITSA e.V. bietet einen Online-Rechner zur Höhe des Eigenbeitrags je nach Einkommen: <https://nitsa-ev.de> > Service > Recht > BTHG-FAQ unter „Was ändert sich für mich beim Einkommen?“.

Träger der Eingliederungshilfe

Die Träger der Eingliederungshilfe sind je nach Bundesland unterschiedlich, meist sind es Städte und Landkreise. Jedes Bundesland bestimmt die zuständigen Träger selbst und konkretisiert die Regelungen des Bundesteilhabegesetzes in eigenen Landesgesetzen.

Über die einzelnen Gesetze und die zuständigen Träger informiert das Projekt Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz unter <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de> > Gesetz > *Umsetzungsstand in den Ländern*.

Die Träger der Eingliederungshilfe beraten zu den Eingliederungshilfe-Leistungen und unterstützen Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen. Die Beratung umfasst z.B. die persönliche Situation, den Bedarf und die eigenen Kräfte und Mittel. Es wird aufgezeigt, welche Eingliederungshilfe-Leistungen es gibt und ob den Leistungsberechtigten evtl. auch Leistungen von anderen Leistungsträgern zustehen. Die Unterstützung umfasst z.B. Hilfe bei der Antragstellung, bei der Erfüllung der Mitwirkungspflichten und der Entscheidung über Leistungserbringer.

Wer hilft weiter?

Für individuelle Auskünfte und Berechnungen ist der Eingliederungshilfe-Träger oder das Sozialamt zuständig. Allgemeine Informationen bietet die unabhängige Teilhabeberatung unter www.teilhabeberatung.de.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Im Falle einer Erwerbsminderung stehen Menschen mit Behinderungen je nach Erfüllen unterschiedlicher Voraussetzungen verschiedene finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung.

Erwerbsminderungsrente

Wenn ein Mensch mit Behinderung in seiner Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt ist, hat er die Möglichkeit Erwerbsminderungsrente zu beantragen.

Der Antrag auf Erwerbsminderungsrente ist an den Rentenversicherungsträger zu stellen. Besteht die Erwerbsminderung aufgrund eines Arbeitsunfalls, Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit ist die Unfallversicherung zuständig.

Voraussetzungen

Die nachfolgenden Voraussetzungen gelten für die Erwerbsminderungsrente der Rentenversicherung.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- Erfüllung der Wartezeit (= Mindestversicherungszeit) von 5 Jahren **oder**
 - volle Erwerbsminderung vor Ablauf von 6 Jahren nach Ausbildungsende und in den letzten 2 Jahren vorher Einzahlung von mindestens 12 Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit. Der Zeitraum von 2 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um Zeiten einer schulischen Ausbildung nach dem 17. Geburtstag, längstens jedoch um 7 Jahre **oder**
 - Erfüllung der Wartezeit von 20 Jahren, wenn bereits vor Erfüllung der Mindestversicherungszeit volle Erwerbsminderung bestand und seitdem ununterbrochen besteht, d.h. Anspruch haben z.B. auch Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), die seit Geburt bzw. Kindheit an einer Behinderung leiden, **und**
- in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung wurden 3 Jahre Pflichtbeiträge abgeführt. Dieser 5-Jahres-Zeitraum kann auch verlängert sein, z.B. um berücksichtigungsfähige Schul- oder Erziehungszeiten.

Mit Erreichen der **Altersgrenze der Regelaltersrente** wird die Erwerbsminderungsrente in Regelaltersrente umgewandelt.

Medizinische Voraussetzungen

Für eine Erwerbsminderungsrente muss die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sein. Es wird unterschieden zwischen teilweise und voll erwerbsgemindert:

- **Teilweise** erwerbsgemindert ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit eine berufliche Tätigkeit von mindestens 3, aber weniger als 6 Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.
- **Voll** erwerbsgemindert ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit nur eine berufliche Tätigkeit von weniger als 3 Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.

- Als voll erwerbsgemindert gelten auch
 - Menschen mit Behinderungen, die wegen ihrer Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können und entweder in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder Blindenwerkstätten arbeiten oder die in Einrichtungen, Heimen etc. Leistungen erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Arbeitnehmers entsprechen.
 - Versicherte während einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren.

Wer aus gesundheitlichen Gründen nur noch eine Teilzeitarbeit von mindestens 3 Stunden, aber weniger als 6 Stunden ausüben kann und **zugleich arbeitslos** ist, kann als voll erwerbsgemindert eingestuft werden und erhält dann Rente wegen voller Erwerbsminderung. Meist müssen die Betroffenen nachweisen, dass sie sich um eine Teilzeitarbeit bemüht haben, dass dies jedoch keinen Erfolg hatte (Anspruch wegen verschlossenem Arbeitsmarkt).

Berufsschutz

Versicherte, die vor dem 2.1.1961 geboren sind und in ihrem oder einem vergleichbaren Beruf nur noch weniger als 6 Stunden arbeiten können, bekommen eine teilweise Erwerbsminderungsrente wegen Berufsunfähigkeit, auch wenn sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 6 und mehr Stunden arbeiten könnten.

Befristung

Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet.

- Sie wird für **längstens 3 Jahre** gewährt. Danach kann sie wiederholt beantragt werden.
- **Unbefristet** wird die Rente nur gewährt, wenn keine Verbesserung der Erwerbsminderung mehr absehbar ist; davon ist **nach 9 Jahren** auszugehen.

Höhe

Die Höhe der Erwerbsminderungsrente wird individuell errechnet. Sie ist von mehreren Faktoren abhängig, z.B. Beitragszeiten, Beitragshöhe und Rentenartfaktor. Die monatliche Rentenhöhe (brutto) kann beim Rentenversicherungsträger erfragt werden. Die Höhe der **vollen** Erwerbsminderungsrente (brutto) kann auch der jährlichen Renteninformation entnommen werden, in der Regel sind dabei die Rentenabschläge berücksichtigt.

Neuregelung zur Erhöhung der Erwerbsminderungsrente

Eine Neuregelung verbessert seit 1.1.2019 die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente für Personen, die 2019 **erstmals** einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben. Die Zurechnungszeit wird auf 65 Jahre und 8 Monate angehoben. Dadurch werden Erwerbsgeminderte seit 2019 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zu diesem Zeitpunkt weitergearbeitet. Seit 2020 steigt die Zurechnungszeit bis 2027 in jedem Jahr um einen, danach jährlich um 2 Monate. Dieser Prozess endet 2031, wenn die reguläre Altersgrenze von 67 Jahren erreicht ist.

Praxistipps!

- Wenn die Erwerbsminderungsrente zu niedrig zum Leben ist, kann ergänzend Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 82) beantragt werden.

- Bei einer vollen Erwerbsminderung mit außergewöhnlicher erheblicher Gehbehinderung (Merkzeichen G oder Merkzeichen aG), kann zudem ein Mehrbedarfszuschlag von 17 % des Regelsatzes gewährt werden.
- Bausparbeträge können bei Erwerbsunfähigkeit des Sparers oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehepartners vorzeitig ausgezahlt werden, ohne dass Prämienansprüche verfallen.

Selbstständigkeit

Auch selbstständig Erwerbstätige können eine Erwerbsminderungsrente beanspruchen, wenn sie die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen erfüllen. Die weitere Ausübung der selbstständigen Erwerbstätigkeit auf Kosten der Gesundheit ist rentenunschädlich. Das erzielte Einkommen ist dabei allerdings auf die Erwerbsminderungsrente anzurechnen und kann den Rentenzahlbetrag mindern.

Hinzuverdienst

Die **volle** Erwerbsminderungsrente wird nur dann ungekürzt ausgezahlt, wenn der Hinzuverdienst jährlich 6.300 € nicht übersteigt. Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40 % auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit ist dem Rentenversicherungsträger zu melden.

Zu beachten ist, dass eine Arbeit von 3 oder mehr Stunden täglich den Anspruch auf volle Erwerbsminderungsrente gefährdet.

Bei der **teilweisen** Erwerbsminderungsrente gibt es individuelle Hinzuverdienstgrenzen. Die Grenzen werden beim Rentenversicherungsträger oder z.B. bei einem Rentenberater berechnet.



Praxistipps!

- Dem Rentenanspruch sind zweckmäßige ärztliche Unterlagen (z.B. Befundbericht des Hausarztes) sowie alle Versicherungsnachweise beizufügen, damit er möglichst schnell bearbeitet werden kann. Zudem sollten beim Antrag alle behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden, damit sie gegebenenfalls von der Rentenversicherung befragt werden können.
- Bei Notwendigkeit der Weiterführung der Rente ist ein neuer bzw. ein **Verlängerungsantrag** nötig. Im Antrag sind die Einschränkungen des Versicherten durch den Arzt möglichst genau zu beschreiben bzw. die Angaben aus dem Erstantrag zu bestätigen, falls keine Verbesserung eingetreten ist.



Wer hilft weiter?

Auskünfte und Beratungsstellen vor Ort vermitteln die Rentenversicherungsträger, die auch individuelle Rentenberechnungen vornehmen.

Verletztenrente

Nach einem Arbeits- oder Wegeunfall oder bei einer Berufskrankheit können Betroffene Verletztenrente beim Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaften) beantragen.

Voraussetzungen

Die Unfallversicherungsträger zahlen nach Arbeitsunfall, Wegeunfall oder Berufskrankheit Verletztenrente, wenn

- hierdurch die Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 % gemindert ist (in landwirtschaftlichen Unternehmen 30 %) **und**
- wenn die Erwerbsfähigkeit länger als 26 Wochen gemindert ist.

Minderung der Erwerbsfähigkeit weniger als 20 %

Beträgt die Minderung der Erwerbsfähigkeit weniger als 20 % (bzw. 30 %), zahlt die Unfallversicherung nur dann Verletztenrente, wenn die Erwerbsfähigkeit durch **weitere** Versicherungsfälle zusätzlich gemindert ist:

- Dabei muss die Minderung der Erwerbsfähigkeit durch die Folgen eines Versicherungsfalles mindestens 10 % betragen **und**
- sich eine Minderung der Erwerbsfähigkeit aus allen Versicherungsfällen zusammen von insgesamt 20 % (bzw. 30 %) ergeben.

Höhe

Bei **vollständigem Verlust der Erwerbsfähigkeit** (Minderung der Erwerbsfähigkeit 100 %) beträgt die Verletztenrente zwei Drittel des vor dem Versicherungsfall erzielten Jahresarbeitsverdienstes.

Bei **teilweisem Verlust** der Erwerbsfähigkeit richtet sich die Verletztenrente nach der Vollrente und dem Prozentsatz der Minderung der Erwerbsfähigkeit.

Bei **Schwerverletzten** (= Minderung der Erwerbsfähigkeit mindestens 50 %) erhöht sich die Verletztenrente um weitere 10 %, wenn infolge des Versicherungsfalles eine Erwerbstätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann und kein Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung besteht.



Wer hilft weiter?

Auskünfte erteilen die Unfallversicherungsträger.

Altersrente für schwerbehinderte Menschen

Schwerbehinderte Menschen können Altersrente früher beantragen als Menschen ohne Behinderungen. Unter bestimmten Voraussetzungen kann vor dieser früheren Rente sogar noch eine vorgezogene Altersrente beantragt werden, allerdings mit Abschlägen von bis zu 10,8 %.

Die Altersgrenze für eine abschlagsfreie Rente wird seit 2015 schrittweise von 63 auf 65 Jahre angehoben. Die Altersgrenze für die vorgezogene Rente wird seit 2012 von 60 auf 62 Jahre angehoben.

Zu beachten ist, dass der Rentenanspruch auch weiter besteht, wenn während des Bezugs der Rente die Schwerbehinderung aufgehoben wird.

Abschlagsfreie Rente bei Schwerbehinderung

Anspruch auf abschlagsfreie Altersrente haben Menschen, die

- die Wartezeit (= Mindestversicherungszeit) von 35 Jahren erfüllt haben **und**
- anerkannt schwerbehindert (GdB mindestens 50) sind **und**
- die jeweilige Altersgrenze für ihren Jahrgang erreicht haben.

Bei Jahrgängen bis 1951 lag die Rentenaltersgrenze bei 63 Jahren. Eine detaillierte Übersicht über den möglichen Rentenbeginn der Jahrgänge 1952 bis 1963 gibt § 236a SGB VI. Nachzulesen beim Bundesamt für Justiz unter www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/_236a.html.

Aus Vertrauensschutzgründen besteht weiterhin Anspruch auf Rente ab 63 Jahren für schwerbehinderte Menschen, die

- die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben **und**
- am 1.1.2007 anerkannt schwerbehindert (GdB mindestens 50) waren **und**
 - vor 1955 geboren wurden und vor dem 1.1.2007 Altersteilzeit vereinbart haben **oder**
 - Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus bezogen haben.

Rente bei Schwerbehinderung mit Abschlägen

Altersrente für schwerbehinderte Menschen **kann** bereits vor der Altersgrenze beantragt werden. Dabei gelten die gleichen Voraussetzungen wie für die abschlagsfreie Rente.

Auch hier erhöht sich die Altersgrenze mit steigendem Geburtsmonat oder -jahr. Bei 1959 Geborenen beträgt die Grenze 61 Jahre und 2 Monate.

Die vorgezogene Altersrente für schwerbehinderte Menschen ist niedriger als die abschlagsfreie Rente. Für jeden Monat, den die Rente vor der Altersgrenze bezogen wird, wird die Rente um je 0,3 % gekürzt. Diese Rentenkürzung ist dauerhaft, d.h. sie fällt mit dem Erreichen der Altersgrenze nicht weg und führt nach dem Tod des Versicherten auch zu einer Kürzung der Hinterbliebenenrente.

Vorgezogene Monate vor der Altersgrenze	Dauerhafte Kürzung der Rente um
1 Monat	0,3 %
2 Monate	0,6 %
3 Monate	0,9 %
4 Monate	1,2 %
...	...
33 Monate	9,9 %
34 Monate	10,2 %
35 Monate	10,5 %
36 Monate	10,8 %

Bei Jahrgängen bis 1951 lag die vorgezogene Altersgrenze bei 60 Jahren.

Praxistipps!

- Der Antrag sollte ca. 3 Monate vor dem gewünschten Rentenbeginn gestellt werden. Antragsformulare gibt es bei den Rentenversicherungsträgern und den Stadt- und Gemeindeverwaltungen.
- Wenn die Rente später als 3 Monate nach Ablauf des Monats, in dem die Rentenvoraussetzungen erfüllt werden, beantragt wird, beginnen die Zahlungen erst im Monat der Antragstellung.
- Der Rentenanspruch besteht auch weiter, wenn während des Bezugs der Rente die Schwerbehinderung wieder aufgehoben wird.

Wer hilft weiter?

Auskünfte und Beratungsstellen vor Ort vermitteln die Rentenversicherungsträger, die auch individuelle Rentenberechnungen vornehmen.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung ist eine Leistung der Sozialhilfe. Sie sichert den Lebensunterhalt von Menschen, die wegen Alters oder voller Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen.

Voraussetzungen

Leistungsberechtigt sind Menschen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland unter folgenden Voraussetzungen:

- Erreichen der Altersgrenze für Regelaltersrente **oder** dauerhaft volle Erwerbsminderung ab dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage (Erwerbsminderungsrente) **oder** Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) **und**
- keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners wird angerechnet, wenn es dessen Eigenbedarf übersteigt **und**
- keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (sog. Unterhaltsregress). Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

Nicht leistungsberechtigt sind Personen, die ihre Bedürftigkeit in den letzten 10 Jahren vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt haben.

Höhe

Die Grundsicherung entspricht in der Höhe der Hilfe zum Lebensunterhalt in der Sozialhilfe:

Regelsätze für	Höhe
Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende	432 €
Volljährige Ehe- oder Lebenspartner in einer Bedarfsgemeinschaft jeweils	389 €

Regelsätze für	Höhe
Volljährige in Einrichtungen (nach SGB XII) sowie nicht-erwerbstätige Erwachsene unter 25 Jahre im Haushalt der Eltern jeweils	345 €
Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils	328 €
Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils	308 €
Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils	250 €

Unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Sozialhilfe > Einkommen und Vermögen“ wird erläutert, welches Einkommen und Vermögen wie angerechnet wird. Erhält ein Mensch mit Behinderung neben der Grundsicherung Leistungen der Eingliederungshilfe, gelten gesonderte Regelungen der Einkommens- und Vermögensanrechnung, siehe S. 74.

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe (siehe S. 82)
- Die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig)
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge
- Beiträge zu Renten- und Lebensversicherungen als Kann-Leistung
- Mehrbedarfzuschläge für bestimmte Personengruppen, z.B. für Menschen mit Behinderungen die voll erwerbsgemindert sind oder eine Regelaltersrente beziehen und das Merkzeichen G oder aG in ihrem Schwerbehindertenausweis haben
- Bedarfe von Kindern und Jugendlichen für Bildung und Teilhabe
- Einmalige Leistungen, z.B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten
- Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen, insbesondere Übernahme von Mietschulden
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht

Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt. Die Auszahlung beginnt am Ersten des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen für die Änderung eingetreten sind und mitgeteilt wurden. Bekommt der Berechtigte infolge der Änderung weniger Leistungen, beginnt der neue Bewilligungszeitraum am Ersten des Folgemonats. Zu Beginn der Altersrente oder nach Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beginnt die Auszahlung am Ersten des Folgemonats.



Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden auf Antrag vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Wenn beim Übergang in die Rente das Geld zum Lebensunterhalt nicht reicht, weil die Rente erst am Monatsende gezahlt wird, kann ein Überbrückungsdarlehen beantragt werden.
- Seit dem 1.7.2017 dürfen sich Grundsicherungsempfänger maximal 4 Wochen im Ausland aufhalten, um ihre Bezüge nicht zu verlieren.

Wer hilft weiter?

Der Antrag kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, in dessen Bereich der Antragsberechtigte seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Auch Rentenversicherungsträger beraten zum Thema Grundsicherung bei Erwerbsminderungsrente, nehmen einen Rentenanspruch entgegen und senden diesen gemeinsam mit einer Mitteilung über die Höhe der monatlichen Rente an den zuständigen Träger der Sozialhilfe.

Hilfe zum Lebensunterhalt

„Hilfe zum Lebensunterhalt“ ist das, was im allgemeinen Sprachgebrauch als „Sozialhilfe“ bezeichnet wird. Sie deckt grundlegende Bedürfnisse wie Ernährung, Kleidung und Körperpflege, wenn der Hilfesuchende selbst kein Einkommen oder Vermögen hat.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 82). Bevor das Sozialamt Hilfe leistet, wird geklärt, ob nahestehende Personen unterhaltspflichtig gegenüber dem Hilfebedürftigen sind. In besonderem Maße unterhaltspflichtig sind Eltern, Ehe- und Lebenspartner. Normal unterhaltspflichtig sind Eltern für ihre volljährigen Kinder und volljährige Kinder gegenüber ihren Eltern, allerdings erst ab einem Einkommen von über 100.000 €. Nicht unterhaltspflichtig sind Geschwister untereinander, Enkel, Großeltern und verschwägte Personen.

Unterhaltungspflicht von Eltern gegenüber volljährigen Kindern mit Behinderungen

Wenn volljährige Kinder mit Behinderungen Leistungen der **Eingliederungshilfe** erhalten, wird das Vermögen ihrer Eltern seit 1.1.2020 nicht mehr berücksichtigt.

Bei Leistungen der **Sozialhilfe** müssten Eltern nur Unterhalt zahlen, wenn sie ein Jahresbruttoeinkommen von **mehr als 100.000 €** haben. Bei Hilfe zur Pflege zahlen die Eltern dann einen pauschalen Unterhaltsbeitrag von 34,44 €, bei Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 26,49 € monatlich. Lebt ein volljähriges Kind mit Behinderung in besonderen Ausbildungsstätten über Tag und Nacht (z.B. Internat), werden die Eltern unabhängig vom Einkommen nicht zu den Lebensunterhaltskosten herangezogen.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt das Sozialamt.

Grundsicherung für Arbeitsuchende (Hartz IV)

Die „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ (SGB II) umfasst Leistungen für erwerbsfähige, hilfebedürftige Menschen von 15 bis zur Rentenaltersgrenze.

Voraussetzungen

Leistungen nach dem SGB II (Hartz IV) erhalten Personen, die

- das 15. Lebensjahr vollendet und die Altersgrenze für die Regelaltersrente noch nicht erreicht haben
und

- erwerbsfähig sind **und**
- hilfebedürftig sind **und**
- ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Leistungen erhalten auch Personen, die mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben.

Erwerbsfähig ist, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 3 Stunden täglich zu arbeiten.

Hilfebedürftig sind Menschen, wenn sie ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen bestreiten können. Auf die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende wird eigenes Einkommen und vorhandenes Vermögen angerechnet.

Leistungen nach dem SGB II

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende soll durch individuelle Betreuung hilfebedürftige Menschen unterstützen, damit sie so schnell wie möglich ihren Lebensunterhalt wieder selbstständig verdienen können. Dies soll durch folgende Leistungen erreicht werden:

- **Dienstleistungen**, z.B. Information, Beratung und umfassende Unterstützung mit dem Ziel der Eingliederung in Arbeit. Jeder ALG-II-Empfänger bekommt einen persönlichen Ansprechpartner bei der Agentur für Arbeit, mit dem eine Eingliederungsvereinbarung abgeschlossen wird.
- **Geldleistungen**, z.B. zur Eingliederung der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in Arbeit sowie zur Sicherung des Lebensunterhalts der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und der mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen.
- **Sachleistungen**.



Praxistipp!

Die Broschüre „Grundsicherung für Arbeitsuchende SGB II: Fragen und Antworten“ kann beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A430“ kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit, die Gemeinde/Kommune oder ein Jobcenter.

Pflege

Eine Behinderung kann zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Pflegebedürftigkeit führen. Leistungen der Pflegeversicherung können Pflegebedürftigen sowie ihren Angehörigen Hilfe und Unterstützung bieten.

Die gesetzliche Pflegeversicherung bietet Leistungen für Patienten, die mindestens ein halbes Jahr lang gepflegt werden müssen. Pflichtversichert in den Pflegekassen sind – mit wenigen Ausnahmen – alle Mitglieder der Krankenkassen.

Definition „Pflegebedürftigkeit“

Die Pflegebedürftigkeit muss von der Pflegekasse festgestellt werden. Dies ist die Hauptvoraussetzung, um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten.

Pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung ist, wer gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen aufweisen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig bewältigen können. Die Beeinträchtigungen müssen dauerhaft, voraussichtlich für **mindestens 6 Monate**, bestehen.

Antrags- und Begutachtungsverfahren

Pflegeanträge sind bei der Pflegekasse zu stellen. Nach Antragseingang lässt die Pflegekasse vor Ort begutachten, ob tatsächlich eine Pflegebedürftigkeit vorliegt und entscheidet dann, ob der Patient einen Pflegegrad und damit auch Leistungen der Pflegekasse erhält. Im Begutachtungsverfahren wird der Grad der Selbstständigkeit in 6 Modulen ermittelt, worauf eine Einstufung in einen von 5 Pflegegraden erfolgt.

Pflegeleistungen werden vom Versicherten, gegebenenfalls mit Hilfe der Angehörigen, bei der Pflegekasse beantragt. Prinzipiell ist die Vorversicherungszeit zu berücksichtigen und die Pflegekasse muss die Pflegebedürftigkeit feststellen.

Die Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst (MD) oder einen anderen unabhängigen Gutachter mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit. Beim Begutachtungstermin erfasst der MD den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen und legt diesen in einem Gutachten fest. Die Pflegekasse stuft den Pflegebedürftigen nach Erhalt des Gutachtens in einen Pflegegrad ein und sendet dem Antragsteller den Leistungsbescheid zu. Der Bescheid enthält Angaben zum Pflegegrad und den daraus resultierenden Leistungen der Pflegekasse

Bearbeitungsfrist

Über einen Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss die Pflegekasse innerhalb einer bestimmten Frist entscheiden. Die Frist ist abhängig vom Aufenthaltsort des Antragstellers und von der Beantragung von Pflegezeit.

Sie beträgt

- 25 Arbeitstage, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet.
- 2 Wochen, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet und ein Angehöriger Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt hat.
- 1 Woche, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Reha-Einrichtung oder in einem Hospiz befindet oder eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) erhält.

Werden die 5-Wochen-Frist oder andere Begutachtungsfristen nicht eingehalten, muss die Pflegekasse für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 € an den Antragsteller zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder der Betroffene bereits stationär gepflegt wird und mindestens den Pflegegrad 2 hat.

Praxistipps!

- Zwischen Antragstellung und Genehmigung von Pflegeleistungen können mehrere Wochen vergehen. Wird in dieser Zeit bereits eine Pflegeperson benötigt, muss diese zunächst selbst bezahlt werden. Sobald der Antrag genehmigt wird, übernimmt die Pflegekasse die Kosten rückwirkend zum Tag der Antragstellung in Höhe der bewilligten Leistungen.
- Können Pflegeleistungen vor deren Genehmigung nicht selbst bezahlt werden, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt vorübergehend Hilfe zur Pflege beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab.

Grad der Selbstständigkeit

Bei der Begutachtung dient der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen als Maß zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit. Die relevanten Bereiche der Lebensführung sind in Module eingeteilt:

Module und Beispiele	Gewichtung
1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen	10 %
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Verstehen von Sachverhalten und Informationen	15 %
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: Gegen sich selbst gerichtetes aggressives oder schädigendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	Es wird nur das Modul mit dem höheren Punktwert in die Berechnung einbezogen.
4. Selbstversorgung: Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	40 %
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibung sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Verbandwechsel und Wundversorgung, Arztbesuche	20 %

Module und Beispiele	Gewichtung
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	15 %
7. Außerhäusliche Aktivitäten: Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege	Die Module 7 und 8 dienen der Feststellung des Präventions- oder Rehabilitationsbedarfs und werden bei der Berechnung des Pflegegrads nicht berücksichtigt. Zu diesem Bedarf kann der Gutachter Empfehlungen aussprechen.
8. Haushaltsführung: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten	

Für die Module 1 bis 6, die jeweils mehrere Einzelkriterien enthalten (z.B. Essen oder Trinken), ermittelt der Gutachter einen Punktwert. Die Höhe der Punkte orientiert sich daran, wie sehr die Selbstständigkeit eingeschränkt ist bzw. die Fähigkeiten nicht mehr vorhanden sind.

Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt nach folgender Skala:

- **Selbstständig:** Es besteht die Fähigkeit eine Handlung oder Aktivität allein, d.h. ohne Unterstützung einer anderen Person, aber gegebenenfalls mit Nutzung von Hilfsmitteln, durchzuführen.
- **Überwiegend selbstständig:** Der größte Teil der Aktivität kann alleine durchgeführt werden. Die Pflegeperson muss nur unterstützend tätig werden, z.B. durch Zurechtlegen von Gegenständen, einzelne Handreichungen, Aufforderungen oder um die Sicherheit zu gewährleisten.
- **Überwiegend unselbstständig:** Die Aktivität kann nur zu einem geringen Anteil selbstständig durchgeführt werden, aber eine Beteiligung ist möglich. Diese setzt gegebenenfalls eine ständige Anleitung oder Motivation voraus und Teilschritte müssen übernommen werden.
- **Unselbstständig:** Die Aktivität kann nicht eigenständig durchgeführt werden, auch nicht teilweise. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Die Pflegeperson muss nahezu alle (Teil-)Handlungen durchführen. Eine minimale Beteiligung des Pflegebedürftigen ist nicht zu berücksichtigen.

Die innerhalb eines Bereichs für die verschiedenen Kriterien vergebenen Punkte werden zusammengezählt und gewichtet. Entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag fließen im Anschluss die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrads ein (Höhe der Gewichtung siehe einzelne Module).

Aus den gewichteten addierten Punktwerten von 5 Modulen wird der Gesamtpunktwert (0–100) errechnet, der das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt. Daraus leitet sich der Pflegegrad ab.

Praxistipp!

Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) unter www.mds-ev.de > *Richtlinien/Publikationen* > *Richtlinien/Grundlagen der Begutachtung* > *Pflegebedürftigkeit* heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.

Pflegegrade

Die Pflegebedürftigkeit wird in 5 Pflegegrade eingeteilt. Diese bilden die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten des Betroffenen ab:

Pflege-grad	Punktwert	Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
1	12,5 bis unter 27	Geringe
2	27 bis unter 47,5	Erhebliche
3	47,5 bis unter 70	Schwere
4	70 bis unter 90	Schwerste
5	90 bis 100	Schwerste mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Die Einstufung in einen Pflegegrad entscheidet über die Leistungen, die der Pflegebedürftige von der Pflegekasse erhält.

Widerspruch

Ist der Antragsteller mit der Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad nicht einverstanden, kann er innerhalb eines Monats Widerspruch einlegen.

Da bei der Pflegebegutachtung nur eine Momentaufnahme erfasst wird, kann es sein, dass der Gutachter die Situation des Pflegebedürftigen falsch einschätzt. Als Grundlage für den Widerspruch sollte daher immer das Gutachten beim Medizinischen Dienst (MD) angefordert werden, sofern es dem Feststellungs- bzw. Ablehnungsbescheid nicht beiliegt. Dann sollte die Einschätzung des Gutachters mit den eigenen Pflegeerfahrungen verglichen werden. War der Pflegebedürftige beispielsweise am Tag des Gutachterbesuchs wesentlich fitter als sonst oder wollte sich von seiner besten Seite zeigen, kann das die Ursache des „falschen“ bzw. nicht der Realität des Alltags entsprechenden Gutachtens sein. Es ist aber auch möglich, dass der Gutachter einen Umstand übersehen oder nicht genügend berücksichtigt hat.

Folgende Hinweise sollten bei einem Widerspruch beachtet werden:

- Das Gutachten des MD sorgfältig durchlesen und Abweichungen von eigenen Erfahrungen und Aufzeichnungen (z.B. aus einem Pflegetagebuch) notieren.
- Spätestens ab dem Zugang der Ablehnung sollte ein Pflegetagebuch geführt und jede Beobachtung und Hilfestellung festgehalten werden.
- Es sollten sämtliche Unterlagen, die Auskunft über den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen geben können (z.B. Arztbriefe, Operationsberichte, Atteste, Entlassungsberichte), gesammelt und dem Widerspruch beigelegt werden. Sind in der Zeit zwischen der Begutachtung und dem Widerspruch neue Dokumente entstanden, sollten diese schnellstmöglich angefordert werden, um sie dem Widerspruch beilegen zu können.
- Der Widerspruch sollte schriftlich, am besten postalisch per Einschreiben, eingereicht werden. Dann existiert im Zweifel ein Nachweis über den Eingang des Widerspruchs bei der Pflegeversicherung.
- Um die Fristen des Widerspruchs einhalten zu können, reicht zunächst ein formloses Schreiben, in dem vermerkt ist, dass die ausführliche Begründung für den Widerspruch zeitnah nachgereicht wird.

- Es muss beachtet werden, dass nur der Pflegebedürftige selbst oder eine bevollmächtigte Person den Widerspruch einreichen darf.

Es kann hilfreich sein, vorab ein Beratungsgespräch bei einem Pflegeberater zu vereinbaren, der beim Widerspruchs-Prozess Unterstützung leisten kann.

Nach der Ablehnung eines Widerspruchs bleibt nur noch eine Klage beim Sozialgericht.

Praxistipp!

Ein ausführlicher Vordruck eines Pfl egetagebuch kann unter www.betamet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Höherstufung

Liegt bereits ein Pflegegrad vor und der Pflegeaufwand erhöht sich deutlich, sind ein erneuter Antrag und in der Regel ein erneutes Feststellungsverfahren (sog. Änderungsgutachten) nötig, damit der Pflegebedürftige in einen höheren Pflegegrad eingestuft wird.

Ein höherer Pflegegrad kann auch in einem Wiederholungsgutachten festgestellt werden.

Pflegeeinstufung von Kindern

Bei der Begutachtung pflegebedürftiger Kinder werden ihre Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit mit altersentsprechenden gesunden Kindern verglichen.

Die Einstufung in einen Pflegegrad erfolgt nach folgenden Punktwerten:

Pflegegrad	Punktwert
kein Pflegegrad	unter 12,5
2	12,5 bis unter 27
3	27,5 bis unter 47,5
4	47,5 bis unter 70
5	70 bis 100

Pflegebedürftige Kinder im Alter von 0 bis 18 Monaten werden grundsätzlich einen Pflegegrad höher eingestuft, um häufige Begutachtungen in den ersten Monaten zu vermeiden.

Leistungen der Pflegeversicherung

Zu den Leistungen der Pflegeversicherung zählen Leistungen zur häuslichen Pflege sowie teil- und vollstationäre Leistungen.

Leistungen bei häuslicher Pflege

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

Pflegegeld

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige, die von einer selbst organisierten, nicht professionellen Pflegekraft zu Hause versorgt werden. In der Regel handelt es sich dabei um nahe Angehörige. Die Pflegebedürftigen sind dafür verantwortlich, dass sie mit dem Pflegegeld die erforderliche Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Hilfe sicherstellen, z.B. indem sie das Pflegegeld als finanzielle Anerkennung an ihre pflegenden Angehörigen weitergeben.

Pflegesachleistung

Pflegesachleistungen sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung, die von ambulanten Pflegediensten in der häuslichen Umgebung erbracht werden. Der Pflegedienst rechnet monatlich direkt mit der Pflegekasse ab.

Kombinationsleistung

Nimmt der Pflegebedürftige Sachleistungen nur teilweise in Anspruch, erhält er zudem anteiliges Pflegegeld. An die Entscheidung, zu welchen Teilen er Geld- und Sachleistungen erhalten möchte, ist er in der Regel 6 Monate gebunden.

Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens 6 Wochen im Jahr. Voraussetzungen sind, dass der Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 hat und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate gepflegt hat. Der Leistungsbetrag kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege (siehe S. 94) auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatzpflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Pflegeberatung und -kurse

Jeder, der einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt, hat Anspruch auf eine Pflegeberatung und bekommt dafür einen festen Ansprechpartner vor Ort. Zudem können Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen eine Beratung und kostenlose Pflegekurse in Anspruch nehmen.

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die häuslich gepflegt werden, haben einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von 125 € monatlich. Der Betrag wird als Kostenerstattung für anerkannte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger oder zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen bei der Alltagsgestaltung gewährt.

Er dient zur Erstattung von Leistungen im Zusammenhang mit:

- Tages- oder Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- Angeboten zur Unterstützung im Alltag (z.B. durch einen ambulanten Betreuungsdienst)

Durch den Entlastungsbetrag ist es möglich, die Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege länger in Anspruch zu nehmen. Auch die dabei entstehenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) oder Fahrtkosten können vom Entlastungsbetrag bezahlt werden.

Zudem können Leistungen des ambulanten Pflegedienstes in Anspruch genommen werden, allerdings gilt dies für Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 bis 5 nicht für den Bereich der Selbstversorgung (Modul 4).

Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung zahlt Patienten, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise, wenn nicht ein anderer Kostenträger (z.B. die Krankenversicherung) vorrangig leistet. Dazu zählen Produkte zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und solche, die die selbstständige Lebensführung fördern. Die Erstattung ist bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln (z.B. saugende Bettschutzeinlagen) auf 40 € monatlich begrenzt.

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung haben das Ziel, die häusliche Pflege in der Wohnung zu ermöglichen, zu erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederherzustellen. Dazu zählen z.B. der behinderungsgerechte Umbau einer Dusche, der Einbau eines Treppenlifts oder Türverbreiterungen. Die Pflegekasse zahlt maximal 4.000 € je Maßnahme und bis zu 16.000 €, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen.

Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag von 214 € monatlich, wenn sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Mindestens 2 und höchstens 11 weitere Pflegebedürftige leben in der ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung zusammen.
- Sie erhalten Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung.
- In der Wohngruppe ist eine Pflegekraft tätig, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet.
- Zweck der Wohngruppe ist die gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung. Heimrechtliche Vorschriften dürfen dem nicht entgegenstehen.

Der Zuschlag dient vor allem der Finanzierung einer für die Wohngruppe zuständigen Pflegekraft.

Höhe der Leistungen bei häuslicher Pflege

Bei der Höhe der Leistungen bei häuslicher Pflege wird unterschieden, ob die Pflege nur von Angehörigen übernommen wird (Pflegegeld), oder ob die Pflege nur von einem ambulanten Pflege- und/oder Betreuungsdienst übernommen wird (Pflegesachleistung).

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld monatlich	—	316 €	545 €	728 €	901 €
Pflegesachleistungen monatlich	(Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €)	bis zu 689 €	bis zu 1.298 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.995 €

Ersatzpflege (bis zu 6 Wochen; Angaben beziehen sich jeweils auf ein Kalenderjahr)					
... durch Fackräfte und nicht verwandte Pflegekräfte	—	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
... durch nahe Angehörige *	—	bis zu 474 € (316 € x 1,5)	bis zu 817,50 € (545 € x 1,5)	bis zu 1.092 € (728 € x 1,5)	bis zu 1.351,50 € (901 € x 1,5)

* Handelt es sich bei der Ersatzpflegekraft um eine Person, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist oder in häuslicher Gemeinschaft mit ihm lebt, dürfen die Kosten den Betrag des 1,5-fachen des jeweiligen monatlichen Pflegegelds (entspricht dem Pflegegeld für 6 Wochen) je **Kalenderjahr** nicht überschreiten. Jedoch können **nachweisbare** zusätzliche Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstausfall bei der Pflegekasse geltend gemacht werden. Während der Ersatzpflege hat der Pflegebedürftige nur am ersten und letzten Tag Anspruch auf das volle Pflegegeld. An den übrigen Tagen erhält er nur die Hälfte des Pflegegelds.

Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- oder Nachtpflege)

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, besteht ein Anspruch auf teilstationäre Pflege. Teilstationäre Pflege bedeutet, dass der Pflegebedürftige entweder tagsüber oder nachts in einer stationären Einrichtung (Tages- oder Nachtpflege) versorgt und die restliche Zeit zu Hause von Angehörigen gepflegt wird. Die Pflegekasse übernimmt dabei die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung, die Kosten der medizinischen Behandlungspflege, die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) muss der Pflegebedürftige selbst tragen.

Höhe der Leistungen bei teilstationärer Pflege

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege monatlich	(Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €)	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €

Leistungen bei stationärer Pflege

Eine vollstationäre Pflege im **Pflegeheim** ist erforderlich, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht (mehr) möglich ist. Die Pflegekasse zahlt dann abhängig vom Pflegegrad einen pauschalen Sachleistungsbetrag (Pflegesatz) an das Pflegeheim.

Höhe der Leistungen bei stationärer Pflege

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen; Angaben je Kalenderjahr)	(Anspruch über Ent- lastungs- betrag: 125 €)	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
Vollstationäre Pflege monatlich	(Anspruch über Ent- lastungs- betrag: 125 €)	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €

Ebenso wie bei der Tages- oder Nachtpflege muss der Pflegebedürftige die Kosten für Unterkunft und Verpflegung selbst bezahlen. Zudem muss ein **Eigenanteil** gezahlt werden, den die Pflegekassen mit dem Heim vereinbaren. Er ist bei allen Pflegegraden gleich hoch.

Kurzzeitpflege

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege kann eine vorübergehende stationäre Kurzzeitpflege nötig werden. Diese ist auf **maximal 8 Wochen und maximal 1.612 € im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (siehe S. 91) auf bis zu 3.224 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt.

Kurzzeitpflege ist auch möglich, wenn die Pflegebedürftigkeit noch keine 6 Monate besteht. Sie kann unter bestimmten Voraussetzungen auch in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen erbracht werden.



Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der Ratgeber „Pflege“ des beta Instituts. Dieser kann unter www.betanet.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.
- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung: 030 3406066-02.
- Unter www.gkv-spitzenverband.de > *Pflegeversicherung* > *Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare* > *Empfehlungen zum Leistungsrecht* finden Sie im gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 19. Dezember 2019 ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele für Leistungen der Pflegeversicherung.
- Eine übersichtliche **Tabelle** zu allen Leistungen der Pflegeversicherung finden Sie im Anhang auf S. 105.

Leistungen für pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige sind oft stark belastet. Die Pflegeversicherung bietet verschiedene Leistungen an, die sie bei ihrer wichtigen Tätigkeit unterstützen sollen.

Absicherung in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Dafür gelten folgende Regelungen:

- **Rentenversicherung**

Die Pflegekasse zahlt Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens 2 Tage, zu Hause pflegen und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche regelmäßig erwerbstätig sind, Beiträge zur Rentenversicherung.

- Die Beitragshöhe richtet sich nach dem Pflegegrad der zu pflegenden Person.
- Die Pflegezeit ist für die Rentenversicherung eine Pflichtbeitragszeit, d.h. sie erhöht die Beitragsjahre und die Rentenansprüche. Zudem hat die Pflegeperson Ansprüche aus der Rentenversicherung wie z.B. eine Medizinische Reha-Maßnahme (siehe S. 53).
- Die Leistungen zur sozialen Sicherung werden auch weiterbezahlt für die Dauer der Häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr (Ersatzpflege) sowie in den ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur Medizinischen Rehabilitation.
- Auch Pflegepersonen, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung (z.B. während der Familienpflegezeit, siehe S. 96) nachgehen, bekommen zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung durch die Pflegekasse.
- Seit dem 1.7.2017 werden auch für pflegende Rentner Rentenbeiträge von der Pflegekasse bezahlt. Damit kann die bestehende Rente aufgebessert werden.

- **Unfallversicherung**

Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim zuständigen Unfallversicherungsträger melden. Der Versicherungsschutz umfasst die pflegerischen Tätigkeiten sowie den Hin- und Rückweg zum/vom Pflegebedürftigen.

- **Krankenversicherung**

Pflegepersonen müssen auf ihre Krankenversicherung achten, denn es gilt eine generelle Krankenversicherungspflicht.

- Pflegende Rentner sind unverändert über die Rentnerkrankenversicherung versichert.
- Arbeitnehmer, die neben der Pflege weiterhin sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, sind darüber auch krankenversichert.
- Pflegende Ehepartner können familienversichert sein oder werden.
- Bei Arbeitslosigkeit, Grundsicherung oder Sozialhilfe ist die Krankenversicherung inklusive.

Wer keinen dieser Punkte erfüllt, muss sich freiwillig krankenversichern. In den meisten dieser Fälle bezuschusst die Pflegekasse auf Antrag die Mindestbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung, z.B. bei voller Pflegezeit oder bei einem Minijob neben der Pflege.

- **Arbeitslosenversicherung**

Für Pflegende, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich an regelmäßig mindestens 2 Tagen in der Woche pflegen und deshalb ihre Berufstätigkeit aufgeben mussten, zahlt die Pflegekasse Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Die Pflegepersonen haben

damit Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der Pflege Tätigkeit nicht gelingt. Gleiches gilt für Personen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.

Praxistipps!

- Eine Auflistung der aktuellen Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bietet die deutsche Rentenversicherung in der Infobroschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“. Die Broschüre kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rente“ heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A401“ heruntergeladen werden.

Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

Im Falle einer unerwarteten Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen kann ein Arbeitnehmer für **maximal 10 Tage freigestellt** werden, um dessen Pflege zu organisieren (sog. kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Auf diese kurzzeitige Freistellung besteht unabhängig von der Betriebsgröße ein Rechtsanspruch. Um den Lohnausfall auszugleichen, kann **Pflegeunterstützungsgeld** bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragt werden.

Pflegezeit und Familienpflegezeit

Pflegende Angehörige, die berufstätig sind, haben Anspruch auf Pflegezeit oder Familienpflegezeit. Der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis in dieser Zeit in der Regel nicht kündigen.

Die **Pflegezeit** kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson meist ohne Gehalt von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung durch Reduzierung der Arbeitszeit ist möglich. Ein Rechtsanspruch auf Pflegezeit besteht ab einer Betriebsgröße von mehr als 15 Beschäftigten. Der Arbeitgeber muss bei einer teilweisen Freistellung den Wünschen des Arbeitnehmers entsprechen, solange es keine dringenden betrieblichen Gründe gibt, die dem entgegenstehen.

Die **Familienpflegezeit** dauert maximal 2 Jahre. Der Arbeitnehmer kann seine Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden reduzieren, um einen nahen Angehörigen zu pflegen. Auf Familienpflegezeit besteht ein Rechtsanspruch, wenn ein Unternehmen mehr als 25 Mitarbeiter hat.

Praxistipps!

- Während der Pflegezeit und Familienpflegezeit kann ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts und muss ab Ende der Darlehenszahlungen oder auf Antrag ab dem Ende der Freistellungsphase zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich.
Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben bietet unter www.bafza.de > Programme und Förderungen > Familienpflegezeit einen Familienpflegezeit-Rechner zur Ermittlung des maximalen Darlehensbetrags.
- Nähere Informationen zur Pflegezeit erhalten Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegezeit“.

Patientenvorsorge

Im Rahmen der Patientenvorsorge kann im Vorfeld geregelt werden, welche Entscheidungen hinsichtlich persönlicher Angelegenheiten und medizinischer Maßnahmen gewünscht sind oder wer diese Entscheidungen treffen soll, falls man nicht mehr in der Lage ist, sich selbst dazu zu äußern.

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

In einer Vorsorgevollmacht werden eine oder mehrere Personen des absoluten Vertrauens festgelegt, die im Falle einer Geschäftsunfähigkeit als Bevollmächtigte handeln und entscheiden.

Die Vorsorgevollmacht kann die Wahrnehmung aller persönlichen Angelegenheiten umfassen (Generalvollmacht) oder sich auf einzelne Aufgabenbereiche (sog. Aufgabenkreise) beschränken.

Eine Vorsorgevollmacht sollte folgende **Aufgabenkreise** abdecken:

- Gesundheits- und Pflegebedürftigkeit
- Vermögenssorge
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten
- Aufenthalt und Unterbringung
- Post- und Fernmeldeverkehr
- Behörden- und Ämtervertretung
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

Da häufig sehr schwerwiegende Entscheidungen getroffen werden müssen, sollten die eigenen Vorstellungen mit dem in der Vorsorgevollmacht vorgesehenen Bevollmächtigten besprochen werden. Ein Bevollmächtigter wird nicht gerichtlich kontrolliert.

Betreuungsverfügung

In einer Betreuungsverfügung wird dem Betreuungsgericht vorgeschlagen, wer als gesetzlicher Betreuer die persönlichen Angelegenheiten übernehmen soll, wenn man sich selbst nicht mehr darum kümmern kann. Es kann auch festgelegt werden, wer auf keinen Fall als gesetzlicher Betreuer eingesetzt werden soll. Im Vergleich zur Vorsorgevollmacht ist eine Betreuungsverfügung dann sinnvoll, wenn man keine Person kennt, der man uneingeschränkt vertrauen kann.

Darüber hinaus können konkrete Betreuungswünsche festgelegt werden, z.B. zum Umgang mit seiner Person, zur Verwaltung von Finanzen, zum Aufenthalt oder zu medizinischen Angelegenheiten. Eine gesetzliche Betreuung muss gerichtlich angeordnet werden und ist nur für einen oder mehrere klar definierte Aufgabenkreise (siehe S. 97) möglich. Betreuer werden vom Betreuungsgericht kontrolliert.

Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung wird festgelegt, wie die medizinische Behandlung in bestimmten Situationen erfolgen soll, in denen man selbst nicht mehr in der Lage ist, diese Entscheidungen zu treffen oder zu äußern.

In der Patientenverfügung kann festgelegt werden, unter welchen Bedingungen eine bestimmte Behandlung

- nicht begonnen werden darf, d.h. unterlassen werden muss oder
- nicht weiter fortgeführt werden darf, d.h. beendet werden muss.

Auch ein Hinweis zur Organspende ist möglich.

Eine Patientenverfügung ist rechtlich bindend, wenn die gewünschte Behandlung auf die vorliegende Krankheitssituation zutrifft. Damit der Wille des Verfassers bezüglich ärztlicher Maßnahmen eindeutig und sicher nachvollzogen werden kann, ist es empfehlenswert, sich bei der Erstellung einer Patientenverfügung vom Arzt beraten zu lassen.

Praxistipp!

Der Ratgeber „Patientenvorsorge“ des beta Instituts mit ausführlichen Informationen zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht kann unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

Informationen geben Hausärzte, Palliativfachkräfte, Amts- und Betreuungsgerichte, Rechtsanwälte und Notare sowie das Patientenschutztelefon der Deutschen Stiftung Patientenschutz unter: 0231 7380730 oder 030 28444840 oder 089 2020810.

Adressen

Folgende überregionale Organisationen beraten und informieren rund um das Thema Behinderungen sowie teilweise zu weiteren Themen wie z.B. Urlaub, Freizeit und Sport:

Allgemeiner Behindertenverband in Deutschland e.V. (ABiD)

Friedrichstr. 95, 10117 Berlin
Telefon: 030 27593429 (Mo–Fr 9–15 Uhr)
Fax: 030 27593430
E-Mail: kontakt@abid-ev.de
www.abid-ev.de

Antidiskriminierungsstelle des Bundes

Kapelle-Ufer 2, 10117 Berlin
Telefon: 030 18555-1855 (Juristische Erstberatung: Mo 13–15 Uhr, Mi und Fr 9–12 Uhr.
Allgemeine Anfragen: Mo–Fr 9–12 Uhr und 13–15 Uhr)
Fax: 030 18555-41855
E-Mail: beratung@ads.bund.de (E-Mail-Beratung) und poststelle@ads.bund.de (allgemeine Anfragen)
www.antidiskriminierungsstelle.de

Webportal „einfach teilhaben“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Wilhelmstr. 49, 10117 Berlin
Info-Telefon für Menschen mit Behinderungen: 030 221911-006
Telefon: 030 18527-0
Fax: 030 18527-1830
E-Mail: info@bmas.bund.de
www.einfach-teilhabe.de

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)

Kirchfeldstr. 149, 40215 Düsseldorf
Telefon: 0211 31006-0
Fax: 0211 31006-48
E-Mail: info@bag-selbsthilfe.de
www.bag-selbsthilfe.de

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen

Mauerstr. 53, 10117 Berlin
Bürgertelefon: 030 221911-006
Gebärdentelefon: (ISDN-Bildtelefon): 030 188080805 (E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de)
E-Mail: buero@behindertenbeauftragter.de
www.behindertenbeauftragter.de

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (BVKM)

Brehmstr. 5–7, 40239 Düsseldorf
Telefon: 0211 64004-0
Fax: 0211 64004-20
E-Mail: info@bvkm.de
www.bvkm.de

Bundesverband für Menschen mit Arm- oder Beinamputation e.V. (BMAB)

Kleverkamp 24, 30900 Wedemark
Telefon: 089 4161740-10
Fax: 089 4161740-90
E-Mail: info@bmab.de
www.bmab.de

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE)

Herner Str. 406, 44807 Bochum
Telefon: 0234 68705552 (Mo und Do 10–13 Uhr)
E-Mail: kontakt-info@bpe-online.de
www.bpe-online.de

Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e.V. (DBSV)

Rungestr. 19, 10179 Berlin
Telefon: 030 285387-0
Fax: 030 285387-200
E-Mail: info@dbsv.org
www.dbsv.org

Deutscher Gehörlosen-Bund e.V. (DGB)

Prenzlauer Allee 180, 10405 Berlin
Telefonvermittlungsdienst mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern für Gebärdensprache und Deutsch: 01805 837700 (Di, Mi und Do 10–12 Uhr)
Telefonberatung des Bundeskompetenzzentrums für Selbsthilfe, Sozialpolitik, Rechtsberatung und Diskriminierungsschutz: 030 49902266
www.gehoerlosen-bund.de

Deutscher Schwerhörigenbund e.V. (DSB)

Sophie-Charlotten-Str. 23a, 14059 Berlin
Telefon: 030 4754111-4
Fax: 030 4754111-6
E-Mail: dsb@schwerhoerigen-netz.de
www.schwerhoerigen-netz.de

Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. (ISL)

Leipziger Str. 61, 10117 Berlin
Telefon: 030 4057-1409
Fax: 030 3101-1251
E-Mail: info@isl-ev.de
www.isl-ev.de

Deutscher Behindertensportverband e.V. (DBS)

Tulpenweg 2-4, 50226 Frechen-Buschbell
Telefon: 02234 6000-0
Fax: 02234 6000-150
E-Mail: info@dbs-npc.de
www.dbs-npc.de

Deutscher Gehörlosen-Sportverband e.V. (DGS)

Tenderweg 9, 45141 Essen
Telefon: 0201 56579820
Fax: 0201 89063446
E-Mail: office@dg-sv.de
www.dg-sv.de

Deutscher Rollstuhl-Sportverband e.V. (DRS)

Friedrich-Alfred-Str. 10, 47055 Duisburg
Telefon: 0203 717418-2
Fax: 0203 717418-1
E-Mail: info@rollstuhlsport.de
www.drs.org

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. (BSK)

Altkrautheimer Str. 20, 74238 Krautheim
Telefon: 06294 4281-0
Fax: 06294 4281-79
E-Mail: info@bsk-ev.org
www.bsk-ev.org

Freizeit ohne Barrieren e.V. (FoB)

Bleichstr. 39a, 33102 Paderborn
Telefon: 05251 4141280
E-Mail: info@fob-paderborn.de
www.fob-paderborn.de

Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.

Raiffeisenstr. 18, 35043 Marburg
Telefon: 06421 491-0
Fax: 06421 491-167
E-Mail: bundesvereinigung@lebenshilfe.de
www.lebenshilfe.de

GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche, die bei einem niedrigen GdB angeführt sind, gelten auch für alle höheren GdB. Kraftfahrzeughilfe und kommunale Fahrdienste kommen bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen für viele Menschen mit (Schwer-)Behinderung in Betracht.

20	50	60	80	90	100
Bei entsprechenden Voraussetzungen können Leistungen zur Reha und Teilhabe in Anspruch genommen werden, z.B. Medizinische, Berufliche oder Soziale Reha und unterhalts-sichernde sowie ergänzende Leistungen (§ 29 Abs. 1 SGB I)	Schwerbehinderteneigenschaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX)	Steuerfreibetrag: 720 € (§ 33b EStG)	Steuerfreibetrag: 1.060 € (§ 33b EStG)	Steuerfreibetrag: 1.230 € (§ 33b EStG)	Steuerfreibetrag: 1.420 € (§ 33b EStG)
	Steuerfreibetrag: 570 € (§ 33b EStG)	Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 5,83 € bei GdB allein wegen Sehbehinderung (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung (wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI besteht): 4.500 €	Sozialtarif bei der Telekom mit zusätzlichem Merkzeichen BI oder GI: Ermäßigung um bis zu 8,72 €. Nur für bestimmte Tarife, nicht bei Flatrates.	Freibetrag beim Wohngeld: 1.800 € (§ 17 WoGG)
30/40	Bevorzugte Einstellung, Beschäftigung (§§ 164, 205 SGB IX)	Wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungskostenpauschale 30 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)	Behinderungsbedingte Privatfahrten können steuerlich abgesetzt werden: bis zu 3.000 km x 30 ct = 900 €		Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung (wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI besteht): 4.500 €
	Kündigungsschutz (§§ 168 ff. SGB IX)	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) und häuslicher oder teilstationärer Pflege/ Kurzeitpflege: 1.800 € (§ 17 WoGG)	Behinderungsbedingte Privatfahrten können steuerlich abgesetzt werden: bis zu 3.000 km x 30 ct = 900 €		Freibetrag bei der Erbschafts- und Schenkungssteuer in bestimmten Fällen (§ 13 Abs. 1 Nr. 6 ErbStG)
Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen möglich (§ 2 Abs. 3 SGB IX)	Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX)	Wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungskostenpauschale 30 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)	Behinderungsbedingte Privatfahrten können steuerlich abgesetzt werden: bis zu 3.000 km x 30 ct = 900 €		Vorzeitige Verfügung über Bausparkassen bzw. Sparbeträge (AGB der Anbieter)
	Freistellung von Mehrarbeit (§ 207 SGB IX)	Ermäßigung oder Befreiung bei Kursteuern (Ortssatzungen)	Behinderungsbedingte Privatfahrten können steuerlich abgesetzt werden: bis zu 3.000 km x 30 ct = 900 €		
Kündigungsschutz bei Gleichstellung (§ 151 Abs. 3 SGB IX)	Eine Arbeitswoche Zusatzurlaub (§ 208 SGB IX)	Bei Merkzeichen G und aG wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungskostenpauschale 30 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)	Behinderungsbedingte Privatfahrten können steuerlich abgesetzt werden: bis zu 3.000 km x 30 ct = 900 €		
	Vorgezogene Altersrente um bis zu 5 Jahre (§§ 37, 236a SGB VI) bzw. Pensionierung von Beamten (§ 52 BBG)	Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderungen bzw. Erkrankungen	Behinderungsbedingte Privatfahrten können steuerlich abgesetzt werden, wenn gleichzeitig Merkzeichen G eingetragen ist: bis zu 3.000 km x 30 ct = 900 € (§ 33 EStG)		
Steuerfreibetrag: GdB 30: 310 € GdB 40: 430 € (§ 33b EStG)	Stundenermäßigung bei Lehrern: bundeslandabhängig	Ermäßigte BahnCard	Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 5,83 €, wenn keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)		
	Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z.B. ADAC, AVD (Satzungen der Clubs)				In vielen Kommunen Hundesteuerermäßigung für ausgebildete Hunde, z.T. auch bei niedrigerem GdB

Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad

Abhängig vom ermittelten Pflegegrad hat der Pflegebedürftige Anspruch auf verschiedene Leistungen der Pflegeversicherung:

Mögliche Leistungen	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
<u>Pflegegeld</u> für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)	—	316 €	545 €	728 €	901 €
<u>Pflegesachleistung</u> (§ 36 SGB XI)	125 € (<u>Entlastungsbetrag</u>)	bis zu 689 €	bis zu 1.298 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.995 €
<u>Tagespflege und Nachtpflege</u> (§ 41 SGB XI)	125 € (<u>Entlastungsbetrag</u>)	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
<u>Vollstationäre Pflege</u> (§ 43 SGB XI)	125 € (<u>Entlastungsbetrag</u>)	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen (siehe auch <u>Vollstationäre Pflege</u>) (§ 43a SGB XI)	—	10 % des Heimgelts (bis zu 266 €)	10 % des Heimgelts (bis zu 266 €)	10 % des Heimgelts (bis zu 266 €)	10 % des Heimgelts (bis zu 266 €)
<u>Ersatzpflege</u> (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen) durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte (§ 39 SGB XI)	—	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
<u>Ersatzpflege</u> (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen) durch Angehörige (bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert oder in häuslicher Gemeinschaft mit Pflegeperson lebend) (§ 39 SGB XI)	—	bis zu 474 € (316 € x 1,5)	bis zu 817,50 € (545 € x 1,5)	bis zu 1.092 € (728 € x 1,5)	bis zu 1.351,50 € (901 € x 1,5)
<u>Kurzzeitpflege</u> (bis zu 8 Wochen) (§ 42 SGB XI)	125 € (<u>Entlastungsbetrag</u>)	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
<u>Pflegehilfsmittel</u> (§ 40 Abs. 1 & 2 SGB XI)	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €
<u>Wohnumfeldverbesserung</u> (§ 40 Abs. 4 SGB XI)	bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)	bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)	bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)	bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)	bis zu 4.000 € (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften)
Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen, siehe auch <u>Wohnen im Alter</u> (§ 38a SGB XI)	214 €	214 €	214 €	214 €	214 €
Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen, siehe auch <u>Wohnen im Alter</u> (§ 45e SGB XI)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)

Impressum

Herausgeber

beta Institut gemeinnützige GmbH
Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement
Kobelweg 95, 86156 Augsburg
info@beta-institut.de
www.beta-institut.de
www.betanet.de

Leitende Redakteurin

Janina Del Giudice

Redaktionsteam

Simone Kreuzer, Jutta Meier, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

Foto Titelseite

© katty2016 – stock.adobe.com – ID 103486226

Autoren und Herausgeber übernehmen keine Haftung für die Angaben in diesem Werk.

Alle Rechte vorbehalten

© 2020

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

Der Ratgeber einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Reproduzierung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen oder Datenverarbeitungsanlagen.

15. überarbeitete Auflage, März 2020