

Ratgeber Behinderung

Leistungen bei Behinderung

beta Care

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

Die folgenden Informationen wurden zusammengestellt von:

betaCare – Wissenssystem für Krankheit und Soziales

betaListe

Lexikon für Sozialfragen als Buch (zu beziehen über betapharm Arzneimittel oder den Buchhandel)

betanet

Suchmaschine für Sozialfragen im Gesundheitswesen: www.betanet.de

Das beste Medikament hilft wenig, wenn soziale Probleme nicht bewältigt werden. Die betapharm Arzneimittel GmbH fördert daher für Ihren sozialen Beratungsbedarf das Wissenssystem betaCare.

Mit betaCare – Ihr Informationsservice für Sozialfragen

haben Sie genau die Informationen zur Hand, die Ihren Patienten bei sozialen Problemen weiterhelfen.

Die inhaltliche Verantwortung und Fachkompetenz liegt beim **beta Institut gemeinnützige GmbH Augsburg**.

Das beta Institut beschäftigt sich mit ganzheitlicher Krankheitsbewältigung. Dabei steht der Mensch mit seinen Bedürfnissen immer im Mittelpunkt. Es entwickelt, fördert und erforscht innovative Ansätze im Gesundheitswesen. Dieses Mehr an Fachkompetenz und Qualität in der psychosozialen Versorgung soll dem Menschen helfen, mit seiner Krankheit und den daraus veränderten Lebenssituationen vertrauens- und hoffnungsvoller, aber auch selbstbestimmt und kompetent zurechtzukommen.

Folgende Ratgeber können Sie unter www.betacare-wissenssystem.de > Ratgeber downloaden:

Sozialrechtliche Themen:

- Schwangerschaft/Mutterschaft
- Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung
- Pflege

Krankheitsspezifische Themen:

- Demenz & Soziales
- Depression und Soziales
- Epilepsien
- Herzinfarkt & Soziales
- Neurodermitis und Soziales
- Osteoporose und Soziales
- Parkinson & Soziales
- Psychosen, Schizophrenie & Soziales
- Schmerz und Soziales

Inhaltsverzeichnis

1. Behinderung	4
1.1 Schwerbehindertenausweis	8
1.2 Merkzeichen.....	9
1.2.1 Merkzeichen „aG“ – außergewöhnlich gehbehindert	9
1.2.2 Merkzeichen „B“ – Begleitung erforderlich.....	10
1.2.3 Merkzeichen „Bl“ – Blind.....	10
1.2.4 Merkzeichen „G“ - Gehbehindert	11
1.2.5 Merkzeichen „Gl“ – Gehörlos.....	12
1.2.6 Merkzeichen „H“ - Hilflos	12
1.2.7 Merkzeichen „RF“ - Rundfunk- und Fernsehgebührenbefreiung	13
1.2.8 Weitere Merkzeichen.....	14
1.2.9 Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche.....	15
1.3 Grad der Behinderung.....	16
1.3.1 GdB-abhängige Nachteilsausgleiche.....	17
1.4 Versorgungsamt / Amt für Versorgung und Familienförderung	18
1.5 Integrationsämter und Integrationsfachdienste	18
2. Nachteilsausgleiche	20
2.1 Steuervorteile für Behinderte	20
2.1.1 Kinderfreibetrag / Kindergeld	20
2.1.2 Erwerbsbedingte Kinderbetreuungskosten.....	20
2.1.3 Pauschbetrag für Behinderte	21
2.1.4 Außergewöhnliche Belastungen	22
2.2 Öffentliche Verkehrsmittel.....	23
2.3 Flugverkehr	24
2.4 Parkerleichterungen	25
2.5 Kraftfahrzeugsteuer.....	27
2.6 Kraftfahrzeughilfe	28
2.7 Fahrdienste	29
2.8 Telefongebührenermäßigung.....	29
2.9 Rundfunk- und Fernsehgebührenbefreiung	30
2.10 Mehrbedarfszuschläge und Krankenkostzulage	31
2.11 Soziale Sicherung	33
2.12 Wohngeld.....	34
2.13 Wohnungsbauförderung und Sozialwohnung	35
2.14 Kündigungsschutz und Zusatzurlaub	36
3. Rehabilitation	37
3.1 Bereiche der Reha	37
3.1.1 Medizinische Rehabilitation.....	37
3.1.2 Teilhabe am Arbeitsleben	41
3.1.3 Ergänzende Leistungen zur Reha.....	43
3.2 Rehabilitation > Zuständigkeit.....	44
3.3 Arbeitstherapie und Belastungserprobung	46
3.4 Berufsfindung und Arbeitserprobung.....	47
3.5 Haushaltshilfe für Behinderte	48
3.6 Reisekosten	49
3.7 Teilnahmekosten.....	50

3.8 Übergangsgeld.....	51
3.9 Ausbildungsgeld.....	54
3.10 Kinderbetreuungskosten	56
3.11 Frühförderung behinderter Kinder	56
3.11 Arbeitsassistenz.....	58
4. Altersrente für Schwerbehinderte.....	59
Impressum	60

1. Behinderung

Die Rechte und die Leistungen für Behinderte und Schwerbehinderte sind in zwei verschiedenen Gesetzen geregelt: Schwerpunktmäßig im Sozialgesetzbuch Nr. 9 (SGB IX) "Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen" sowie ergänzend in den §§ 19, 97-115, 160-162 Sozialgesetzbuch Nr. 3 (SGB III). Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen zur Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Wann eine Person gesetzlich als behindert oder schwerbehindert gilt, finden Sie im Folgenden:

Behinderte

Behinderte nach § 19 SGB III sind körperlich, geistig oder seelisch beeinträchtigte Personen, deren Aussichten, am Arbeitsleben (weiter) teilzuhaben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend (d.h. mehr als 6 Monate) wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen.

Dieselben Rechte wie Behinderte haben Personen, denen eine Behinderung droht.

Behinderte nach § 2 Abs. 1 SGB IX sind Menschen, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit zu einer Beeinträchtigung führt, die für einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt.

Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Schwerbehinderte

Schwerbehinderte nach § 2 Abs. 2 SGB IX sind Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) ab 50. Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen nach dem SGB IX erhalten Schwerbehinderte nur, wenn sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung in Deutschland haben.

Die Anerkennung als Schwerbehinderter weist man mit einem Schwerbehindertenausweis nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt. Dieser kann neben dem GdB und auch Merkzeichen enthalten, die die Art der Behinderung bezeichnen.

Mehr unter Schwerbehindertenausweis und Merkzeichen.

Grad der Behinderung (GdB) und Grad der Schädigungsfolgen (GdS)

GdB und GdS haben die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen auf alle Lebensbereiche, nicht nur die Einschränkungen im Erwerbsleben zum Inhalt. Sie sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens.

GdB und GdS werden nach gleichen Grundsätzen bemessen. Die Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass der GdS nur auf Schädigungsfolgen (kausal) bezogen ist, während der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache (final) bezogen ist. GdB und GdS werden in 10er-Graden bis maximal 100 angegeben.

Die Bezeichnung GdB wird im Schwerbehindertenrecht (SGB IX) verwendet.

Die Bezeichnung GdS wird im sozialen Entschädigungsrecht verwendet, deren Rechtsgrundlage das Bundesversorgungsgesetz (BVG) ist. Dessen Kernstücke bilden insbesondere die Kriegsopferversorgung und die Opferentschädigung.

Versorgungsmedizinische Grundsätze

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung, des GdB und der Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises nach den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des GdB bzw. GdS. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB/GdS ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

Die "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" ersetzen seit 1.1.2009 die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht" und werden vom Bundesjustizministerium unter www.gesetze-im-internet.de > Gesetze/Verordnungen > V > VersMedV > Anlage zu § 2 > Anlage als Download angeboten.

Bemessung

Für die Bemessung des GdB ist vor allem die tatsächliche Leistungseinschränkung durch die Erkrankung bzw. Behinderung maßgeblich. Bei der Beurteilung ist vom klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Die GdB von mehreren Erkrankungen werden dabei nicht zusammengerechnet. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

Nachteilsausgleiche

Abhängig vom GdB sind die Nachteilsausgleiche für Behinderte. Details unter Nachteilsausgleiche und Hilfen für Behinderte auf einen Blick.

Antrag auf Erhöhung

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines Menschen mit Schwerbehindertenausweis oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung dazu, dann sollte beim Versorgungsamt ein Antrag auf Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) gestellt werden. Der Vordruck für den Antrag wird auf Anfrage vom Versorgungsamt zugeschickt und es wird geprüft, ob ein neuer Schwerbehindertenausweis mit eventuell neuen Merkzeichen ausgestellt wird.

Praxistipps

- Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bietet die kostenlose Broschüre "Ratgeber für behinderte Menschen" an. Diese kann unter Telefon 0180 5151510 bestellt oder unter www.bmas.de > Publikationen heruntergeladen werden.
- Die Broschüre "Mein Kind ist behindert - diese Hilfen gibt es" gibt Hinweise auf finanzielle Hilfen für Familien und erwachsene Menschen mit Behinderungen. Zu bestellen schriftlich (3,- € gegen Rechnung) bei: Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V., Brehmstr. 5-7, 40239 Düsseldorf, Telefon 0211 64004-0, Fax 0211 64004-20, E-Mail info@bvkm.de, www.bvkm.de.

Wer hilft weiter?

Zuständig für die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) sind die Versorgungsämter. Über die Gleichstellung entscheiden die Agenturen für Arbeit.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bietet ein Infotelefon für behinderte Menschen: 01805 676715 (14 Ct/Min.), Mo-Do, 8-20 Uhr.

Gleichstellung behindert/schwerbehindert

Personen mit einem GdB von weniger als 50, aber mindestens 30, erhalten die gleichen Leistungen wie Schwerbehinderte, wenn sie infolge ihrer Behinderung keinen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder behalten können (§§ 2 Abs. 3, 68 Abs. 3 SGB IX).

Unterschiede

Gleichgestellte genießen wie Schwerbehinderte einen besonderen Kündigungsschutz. Sie haben jedoch im Gegensatz zu Schwerbehinderten keinen Anspruch auf einen Zusatzurlaub von 5 bezahlten Arbeitstagen im Jahr (§ 125 SGB IX) und auf vorgezogenes Altersruhegeld nach Vollendung des 60. Lebensjahres (Altersrente für Schwerbehinderte).

Gleichgestellte bekommen keinen Schwerbehindertenausweis und keine "Erleichterungen im Personenverkehr" (Öffentliche Verkehrsmittel).

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 und eines Schreibens des Arbeitgebers, der den Behinderten als Schwerbehinderten einstellen bzw. weiterbeschäftigen würde. Die Gleichstellung wird mit dem Tag der Antragstellung wirksam. Sie kann befristet werden.

Die Gleichstellung erfolgt durch die Agentur für Arbeit. Der Antrag muss unmittelbar bei der Agentur für Arbeit gestellt werden unter Vorlage des Feststellungsbescheides des Versorgungsamtes und eines Schreibens des Arbeitgebers, der den Antragsteller einstellen bzw. weiterbeschäftigen würde. Die Gleichstellung wird mit dem Tag der Antragstellung wirksam. Sie kann befristet werden.

Wer hilft weiter?

- Informationen zum SGB IX und zu Behinderung gibt das Bürgertelefon des Bundesarbeitsministeriums, 01805 676715 (14 Ct./Min.), Mo-Do, 8-20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für Schwerbehinderte oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantworten die örtlichen Servicestellen.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das Integrationsamt. Über die Gleichstellung entscheiden die Agenturen für Arbeit.
- Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der Integrationsfachdienst.
- Die Versorgungsämter sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises.

Nachteilsausgleiche und Hilfen für Behinderte auf einen Blick

Das SGB IX sowie die verschiedenen Vorschriften in anderen Gesetzen, Verordnungen, Erlassungen, Satzungen, Tarifen oder auf freiwilliger Grundlage bieten behinderten Menschen als Nachteilsausgleiche eine Reihe von Rechten und Hilfen. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme dieser Rechte sind ein Schwerbehindertenausweis und das Stellen eines Antrags bei der zuständigen Stelle. Die wichtigsten dieser Nachteilsausgleiche finden Sie in dieser Infomappe unter folgenden Punkten:

- Arbeitstherapie und Belastungserprobung ... 3.1
- Ausbildungsgeld..... 3.7
- Berufsfindung und Arbeitserprobung 3.2
- Fahrdienste 2.8
- Flugverkehr 2.4
- Frühförderung behinderter Kinder..... 3.9
- Haushaltshilfe für Behinderte..... 3.5
- Kinderbetreuungskosten 3.8
- Kraftfahrzeughilfe 2.7
- Kraftfahrzeugsteuer 2.6
- Kündigungsschutz..... 2.15
- Mehrbedarfzuschläge..... 2.11
- Öffentlicher Fernverkehr 2.3
- Öffentlicher Nahverkehr 2.2
- Parkerleichterungen..... 2.5
- Rehabilitation 3.
- Reisekosten 3.4
- Rundfunk- und Fernsehgebührenbefreiung.. 2.10

➤ Soziale Sicherung	2.12
➤ Steuervorteile für Behinderte	2.1
➤ Teilnahmekosten.....	3.5
➤ Telefongebührenermäßigung.....	2.9
➤ Übergangsgeld.....	3.6
➤ Wohngeld	2.13
➤ Wohnungsbauförderung	2.14
➤ Zusatzurlaub	2.15

1.1 Schwerbehindertenausweis

Der Schwerbehindertenausweis belegt Art und Schwere der Behinderung und muss vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen für Schwerbehinderte beantragt oder in Anspruch genommen werden. Schwerbehinderte können je nach Grad der Behinderung und/oder Merkzeichen folgende Nachteilsausgleiche beanspruchen:

- Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche. (siehe dort)
- Nachteilsausgleiche abhängig vom Grad der Behinderung. (siehe dort)

Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag des Schwerbehinderten. Antragsformulare sind beim Versorgungsamt erhältlich.

Praxistipps

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle zusätzlichen Beeinträchtigungen (z.B. Sehfehler) und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte anführen, die am besten über die angeführten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtsentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen die entsprechenden 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 Grad der Behinderung. Der Patient sollte sich etwa eine Woche lang selbst beobachten und beobachten lassen und alles aufschreiben, was körperlich beeinträchtigt, was Schmerzen verursacht, womit er sich und/oder andere gefährdet (z.B. zu langsam im Straßenverkehr, andere Verkehrsteilnehmer nicht gehört oder gesehen).
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsbericht, Kurbericht, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Lichtbild beilegen (erst ab Vollendung des 10. Lebensjahres notwendig).
- Wenn der Behinderte niemals in der Lage ist, das Haus zu verlassen, ist es auf Antrag möglich, einen Schwerbehindertenausweis ohne Foto zu bekommen.
- Nach der Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) bekommt der Behinderte vom Versorgungsamt einen sog. Feststellungsbescheid. 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 unter 10 Jahren ist der Ausweis bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung neu überprüft.

Bei Schwerbehinderten zwischen 10 und 15 Jahren ist der Ausweis bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung neu überprüft.

Antrag auf Erhöhung

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines Menschen mit Schwerbehindertenausweis oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung durch eine neue Erkrankung dazu, dann sollte beim Versorgungsamt ein Antrag auf Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) gestellt werden. Der Vordruck für den Antrag wird auf Anfrage vom Versorgungsamt zugeschickt und es wird geprüft, ob ein neuer Schwerbehindertenausweis mit eventuell neuen Merkzeichen ausgestellt wird.

1.2 Merkzeichen

Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis kennzeichnen die Art der Behinderung und die damit verbundenen Leistungen und Vergünstigungen. Die einzelnen Merkzeichen werden nachfolgend alphabetisch aufgeführt und erläutert:

- aG – außergewöhnlich gehbehindert
- B – Begleitung erforderlich
- B – blind
- G – gehbehindert
- Gl – gehörlos
- H – hilflos
- RF – Rundfunk- und Fernsehgebührenbefreiung

Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis kennzeichnen die Art der Behinderung und die damit verbundenen Leistungen und Vergünstigungen. Unter Punkt 1.2.9 gibt eine Tabelle einen Überblick über die einzelnen Merkzeichen und die damit verbundenen Nachteilsausgleiche.

1.2.1 Merkzeichen „aG“ – außergewöhnlich gehbehindert

Das Merkzeichen „aG“ erhalten Personen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung, d.h.: Das Gehvermögen ist auf das Schwerste eingeschränkt und die Fortbewegung ist nur mit fremder Hilfe oder großer Anstrengung möglich.

Voraussetzungen

Die Voraussetzungen für das Merkzeichen „aG“ sind z. B. anzunehmen bei:

- Querschnittgelähmten
- Doppeloberschenkelamputierten
- Doppelunterschenkelamputierten
- Behinderten, die ständig auf einen Rollstuhl angewiesen sind
- schweren und schwersten Erkrankungen der inneren Organe wie Herzschäden mit schweren Dekompensationserscheinungen oder Ruheinsuffizienz sowie schweren Einschränkungen der Lungenfunktion

Bei Kindern

Das Merkzeichen „aG“ ist auch bei Säuglingen und Kleinkindern möglich. Für die Beurteilung gelten dieselben Kriterien wie bei Erwachsenen.

Das Merkzeichen aG ist ausschlaggebend für

- Steuervorteile für Behinderte (siehe 2.1)
- Kraftfahrzeughilfe (siehe 2.7)
- Ermäßigungen bei Automobilclubs und Kraftfahrzeugsteuer (siehe 2.6)
- Fahrdienste (siehe 2.8)
- Öffentlicher Nahverkehr (siehe 2.2)
- Parkerleichterungen (siehe 2.5)

1.2.2 Merkzeichen „B“ – Begleitung erforderlich

Das Merkzeichen „B“ erhalten Schwerbehinderte, die eine ständige Begleitung bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel brauchen. Schwerbehinderte mit Merkzeichen B sind zur Mitnahme einer Begleitperson berechtigt, aber nicht verpflichtet. Die notwendige Begleitperson eines Schwerbehinderten mit dem Merkzeichen „B“ wird

- im Öffentlichen Fernverkehr (siehe 2.3),
- im Öffentlichen Nahverkehr (siehe 2.2)
- und im Flugverkehr (siehe 2.4)

unentgeltlich befördert.

Voraussetzung

Das Merkzeichen „B“ wird erteilt, wenn die ständige Begleitung bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel nötig ist, um Gefahren für sich oder andere infolge der Behinderung zu vermeiden. Wenn die **Begleitperson** den Behinderten bei dessen Berufsausübung und auf Dienstreisen begleitet, steht die **Begleitperson** unter dem **Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung**.

1.2.3 Merkzeichen „Bl“ – Blind

Das Merkzeichen „Bl“ erhalten blinde oder hochgradig sehbehinderte Menschen.

Voraussetzungen

Das Merkzeichen „Bl“ wird erteilt, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

- vollständige Blindheit
- die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt nicht mehr als 1/50
- andere Störungen des Sehvermögens (z.B. Gesichtsfeldeinengungen) liegen vor, die obiger Sehschärfe entsprechen

Das Merkzeichen Bl ist ausschlaggebend für

- Steuervorteile für Behinderte, Umsatzsteuer, Hundesteuer (Blindenhund) (siehe 2.1)
- Blindengeld Blindenhilfe
- Kraftfahrzeughilfe (siehe 2.7), Automobilclubs (beitragsfrei), Kraftfahrzeugsteuer (siehe 2.6)
- Fahrdienste (siehe 2.8)
- Öffentlicher Nahverkehr (siehe 2.2)
- Parkerleichterungen (siehe 2.5)
- Rundfunk- und Fernsehgebührenbefreiung (siehe 2.10)
- Telefongebührenermäßigung (siehe 2.9)

1.2.4 Merkzeichen „G“ - Gehbehindert

Das Merkzeichen „G“ erhalten Personen mit erheblicher Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr bzw. erheblicher Geh- und/oder Stehbehinderung.

Voraussetzungen

- Immer bei Merkzeichen „H“
- Immer für Gehörlose
- Immer bei geistig Behinderten mit einem GdB von 100

Anzunehmen bei:

- Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule bei einem GdB von mindestens 50 oder besonderen Auswirkungen auf die Gehfähigkeit bei einem GdB von mindestens 40
- Schwere inneren Leiden wie z.B. schweren Herzschäden, dauernden Einschränkungen der Lungenfunktion oder chronischer Niereninsuffizienz
- Hirnorganischen Anfällen mit mittlerer Anfallshäufigkeit, wenn die Anfälle überwiegend am Tag erfolgen
- Diabetes mellitus mit häufigen hypoglykämischen Schocks
- Störungen der Orientierungsfähigkeit wie schweren Sehbehinderungen oder geistigen Behinderungen mit einem GdB von 80 oder 90

Bei Kindern

Das Merkzeichen „G“ ist auch bei Säuglingen und Kleinkindern möglich. Für die Beurteilung gelten dieselben Kriterien wie bei Erwachsenen.

Das Merkzeichen G ist ausschlaggebend für

- Steuervorteile für Behinderte (siehe 2.1)
- Kraftfahrzeughilfe (siehe 2.7)
- Ermäßigungen bei Automobilclubs
- Zusätzliche behinderungsbedingte Gebühren, z.B. für Eignungsgutachten, Eintragung besonderer Bedienungseinrichtungen oder Auflagen im Führerschein, beim TÜV oder der Straßenverkehrsbehörde können ermäßigt oder erlassen werden
- Kraftfahrzeugsteuer (siehe 2.6)
- Fahrdienste (siehe 2.8)
- Mehrbedarfszuschläge (siehe 2.11)
- Öffentlicher Nahverkehr (siehe 2.2)

1.2.5 Merkzeichen „Gl“ – Gehörlos

Das Merkzeichen „Gl“ erhalten gehörlose Menschen.

Voraussetzungen

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

Das Merkzeichen „Gl“ hat z. B. Bedeutung für

- die unentgeltliche Beförderung im Öffentlichen Nahverkehr (siehe 2.2) und ist ausschlaggebend
- für Kraftfahrzeugsteuer (siehe 2.6),
- Telefongebührenermäßigung (siehe 2.9) und
- Rundfunk- und Fernsehgebührenbefreiung (siehe 2.10).

1.2.6 Merkzeichen „H“ - Hilflos

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

Voraussetzungen

Das Merkzeichen „H“ wird **immer** erteilt bei:

- Blindheit und hochgradiger Sehbehinderung (Merkzeichen „Bl“)
- Querschnittlähmung und anderen Behinderungen, die auf Dauer und ständig – auch innerhalb des Wohnraums – die Benutzung eines Rollstuhls erfordern (Merkzeichen „aG“)

Unter folgenden Voraussetzungen ist **anzunehmen**, dass das Merkzeichen „H“ erteilt wird:

- Hirnschäden, Anfallsleiden, geistige Behinderung und Psychosen, wenn diese Behinderungen alleine einen Grad der Behinderung (GdB) bzw. Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von 100 bedingen
- Verlust von zwei oder mehr Gliedmaßen

Bei Kindern

ist nur der Teil der Hilfsbedürftigkeit zu berücksichtigen, der den eines gesunden gleichaltrigen Kindes überschreitet.

Ausnahme

Wegen der Besonderheiten des Kindesalters (Kinder müssen das "Handwerkszeug" zum adäquaten Umgang mit ihrer Behinderung erst im Laufe ihrer Entwicklung erwerben) kann auch schon bei einem niedrigeren GdB/GdS Hilflosigkeit vorliegen. Im einzelnen gilt dies bei:

- geistiger Behinderung, z.B. wenn eine ständige Überwachung aufgrund von Verhaltensstörungen notwendig ist, in der Regel bis zum 18. Lebensjahr.
- autistischen Syndromen und anderen emotionalen und psychosozialen Störungen mit langdauernden erheblichen Einordnungsschwierigkeiten bis in der Regel zum 16. Lebensjahr.
- hirnorganischen Anfallsleiden - in Abhängigkeit von der Anfallsart und der -frequenz sowie eventuellen Verhaltensauffälligkeiten.
- Einschränkungen des Sehvermögens mit einem GdB/GdS von wenigstens 80 bis zur Beendigung der speziellen Schulausbildung für Sehbehinderte.
- Taubheit und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit ab Beginn der Frühförderung bis in der Regel zur Beendigung der Ausbildung.
- Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und kompletter Gaumen-Segelspalte bis zum Abschluss der Erstbehandlung (in der Regel ein Jahr nach der Operation).
- Bronchialasthma schweren Grades in der Regel bis zum 16. Lebensjahr, s.a. Asthma > Behinderung.
- angeborenen oder in der Kindheit erworbenen Herzschäden mit schwerer Leistungsbeeinträchtigung bis zu einer Besserung durch eine Operation, längstens bis zum 16. Lebensjahr.
- Niereninsuffizienz mit einem GdB/GdS von 100 oder Behandlung mit künstlicher Niere bis zum 16. Lebensjahr.

- Diabetes mellitus bis zum 16. Lebensjahr, bei fortbestehender unausgeglichener Stoffwechsellage bis zum 18. Lebensjahr, s.a. Diabetes > Schwerbehinderung.
- Phenylketonurie in der Regel bis zum 14. Lebensjahr. Danach nur noch, wenn gleichzeitig ein Hirnschaden vorliegt.
- Mukoviszidose mit einem GdB/GdS von wenigstens 50 bis zum 16. Lebensjahr, bei schweren und schwersten Einschränkungen bis zum 18. Lebensjahr.
- malignen Erkrankungen für die Dauer der zytostatischen Therapie.
- schweren Immundefekten für die Dauer des Immundefekts.
- Hämophilie mit Notwendigkeit der Substitutionsbehandlung bis zum 6. Lebensjahr, je nach Blutungsneigung und Reifegrad auch länger.
- juveniler chronischer Polyarthritis in der Regel bis zum 16. Lebensjahr.
- Osteogenesis imperfecta, sofern 2 oder mehr Knochenbrüche pro Jahr auftreten, bis zu einem Zeitraum von 2 Jahren ohne Knochenbrüche, längstens bis zum 16. Lebensjahr.
- klinisch gesicherter Typ-I-Allergie gegen schwer vermeidbare Allergene mit der Gefahr lebensbedrohlicher anaphylaktischer Schocks in der Regel bis zum 12. Lebensjahr.
- Zöliakie nur ausnahmsweise.

Orientierung für den Grad der Behinderung bei Kindern geben die Pflegestufen der Pflegeversicherung für schwer kranke und behinderte Kinder. Ein Schwerbehindertenausweis kann je nach Diagnose auch schon ab der Geburt ausgestellt werden. Der Austausch und die Information in Selbsthilfegruppen können hier sehr nützlich sein.

Das Merkzeichen H ist ausschlaggebend für

- Steuervorteile für Behinderte (siehe 2.1)
- Kraftfahrzeughilfe (siehe 2.7)
- Ermäßigungen bei Automobilclubs und Kraftfahrzeugsteuer (siehe 2.6)
- Fahrdienste (siehe 2.8)
- Öffentlicher Nahverkehr (siehe 2.2)

1.2.7 Merkzeichen „RF“ - Rundfunk- und Fernsehgebührenbefreiung

Das Merkzeichen „RF“ signalisiert Rundfunk- und Fernsehgebührenbefreiung und Telefongebührenermäßigung für den Inhaber des Schwerbehindertenausweises.

Voraussetzungen

Die gesundheitlichen Voraussetzungen für eine Befreiung von der Rundfunk- und Fernsehgebührenpflicht liegen vor bei:

- Blinden oder wesentlich Sehbehinderten mit einem Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 60 alleine für die Sehbehinderung
- Hörgeschädigten, bei denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist (GdB für die Hörbehinderung wenigstens 50)
- Behinderten mit einem GdB von mindestens 80, die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen nicht teilnehmen können. Hierzu gehören:
 - Behinderte mit schweren Bewegungseinschränkungen (auch durch innere Leiden wie z.B. schwere Herzleistungs- oder Lungenfunktionsschwäche), die deshalb auf Dauer selbst mit Hilfe von Begleitpersonen oder technischen Hilfsmitteln (z.B. Rollstuhl) keine öffentlichen Veranstaltungen in zumutbarer Weise besuchen können
 - Behinderte, die durch ihre Behinderung auf ihre Umgebung unzumutbar abstoßend oder störend wirken wie z.B. durch Entstellung, Geruchsbelästigung (unzureichend verschließbarer Anus praeter), häufige Anfälle, laute Atemgeräusche, unwillkürliche Bewegungen oder Laute (Spastiker)
 - Behinderte mit nicht nur vorübergehend ansteckender Lungentuberkulose
 - Behinderte z.B. nach Organtransplantationen, die wegen einer immunsuppressiven Behandlung jede Ansteckungsgefahr meiden müssen geistig oder seelisch Behinderte, die aufgrund motorischer Unruhe und Verhaltensauffälligkeiten stören würden

Für die **tatsächliche** Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht müssen jedoch weitere Voraussetzungen erfüllt sein. Details siehe 2.10.

Wer hilft weiter?

Versorgungsamt

1.2.8 Weitere Merkzeichen

Nachfolgend eine Liste seltener Merkzeichen. Detaillierte Auskünfte gibt auch hier das Versorgungsamt.

- **Kriegsbeschädigt**
für Kriegsbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von wenigstens 50 % i.S.d. Bundesversorgungsgesetzes (BVG).
- **VB**
für Beschädigte mit einem GdS von wenigstens 50 % nach Gesetzen, auf die das BVG anwendbar ist, z.B. Opfer von Gewalttaten oder Wehr-, Zivildienst- und Impfgeschädigte. Mit Merkzeichen "VB" besteht Anspruch auf Versorgung nach den Vorschriften des BVG.
- **EB**
GdS von wenigstens 50 %, Entschädigung nach § 28 des Bundesentschädigungsgesetzes (BEG).
- **1.KL.**
Kriegsbeschädigte und Verfolgte i.S.d. BEG. Mit Merkzeichen "1.KL." darf in Zügen mit einem Fahrausweis 2. Klasse die 1. Klasse benutzt werden.

1.2.9 Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche

aG	B	Bl	G	Gl	H	RF		
außergewöhnlich gehbehindert	Notwendigkeit ständiger Begleitung	blind	erheblich gehbehindert	gehörlos	hilfflos	Befreiung von der Rundfunkgebühren pflicht		
Unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahver- kehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 145-147 SGB IX)	Unentgeltliche Beförderung der Begleitperson im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§§ 145-147 SGB IX)	Unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 145-147 SGB IX)	Unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahver- kehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 145-147 SGB IX) oder Kraftfahrzeugsteuer- ermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahver- kehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 145-147 SGB IX) oder Kraftfahrzeugsteuer- ermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 145- 147 SGB IX)	Befreiung von der Rundfunkgebühren- pflicht (§ 6 Abs. 1 RGebStV)		
Kraftfahrzeugsteuer- befreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)		Kraftfahrzeugsteuerbe- freiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)					Kraftfahrzeugsteuer- befreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)	Kraftfahrzeugsteuer- befreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)
Anerkennung der Kfz-Kosten für be- hinderungsbedingte Privatfahrten als außergewöhnliche Belastung: bis zu 15.000 km x 0,30 € = 4.500,- € (§ 33 EStG)		Sozialtarif beim Telefon: Vergünstigung von 8,72 € netto monatl. (s. „RF“)					Abzugsbetrag für behinderungsbe- dingte Privatfahrten bei einem GdB ab 70 und dem Merkzeichen „G“: bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900,- € (§ 33 EStG)	Sozialtarif beim Telefon bei einem GdB von 90: Ermä- ßigung bei den Ver- bindungsentgelten bis zu 8,72 € netto monatlich im Rahmen des ISDN- Sozialtarifs und für Verbindungen im T- Net durch die Deutsche Telekom, wenn diese dauer- haft als Verbind- ungsnetzbetreiber voreingestellt ist
Kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen	Unentgeltliche Beförderung von Begleitpersonen blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Internat. Personen- und Gepäcktarif TCV)	Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Ein- kommensteuererklärung: 3.700,- € (§ 33b EStG)	Mehrbedarfser- höhung bei der Sozialhilfe: 17 % (§ 30 SGB XII)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer (Ortssatzungen über Hundesteuer)	Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommenssteuer: 3.700,- € (§ 33b EStG)	Bei zusätzlicher Blindheit, Gehörlosigkeit oder Sprachbehinderung mit einem GdB von mind. 90 (Sprach- behinderung allein GdB von 30): Vergünstigung von 8,72 € netto monatlich		
Parkerleichterungen, Parkplatzreservie- rung (§ 46 Abs. 1 StVO)		Parkerleichterungen, Parkplatzreservierung (§ 46 Abs. 1 StVO)					Befreiung von der Rundfunkgebühren- pflicht (§ 6 Abs. 1 RGebStV)	
		Gewährung von Blinden- geld (Landesblinden- geldgesetze)						

1.3 Grad der Behinderung

Der Grad der Behinderung (GdB) bezieht bei Schwerbehinderten die Schwere der Behinderung. Er wird durch das Versorgungsamt festgestellt, so weit er nicht bereits anderweitig festgestellt wurde, z.B. durch Rentenbescheid oder durch eine Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung.

Versorgungsmedizinische Grundsätze

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung nach den "Versorgungsmedizinischen Grundsätzen". Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des GdB bzw. GdS. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB/GdS ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

Die "Versorgungsmedizinischen Grundsätze" ersetzen seit 1.1.2009 die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht" und werden vom Bundesjustizministerium unter www.gesetze-im-internet.de > Gesetze/Verordnungen > V > VersMedV > Anlage zu § 2 > Anlage als Download angeboten.

Diese Anhaltspunkte enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben darüber, wie hoch der GdB bei welchen Behinderungen festzusetzen ist. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB ist vom **individuellen Einzelfall** abhängig.

Für die Bemessung des GdB ist vor allem die tatsächliche Leistungseinschränkung durch die Erkrankung bzw. Behinderung maßgeblich. Bei der Beurteilung ist vom klinischen Bild **und** von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Die GdB von mehreren Erkrankungen werden dabei nicht zusammengerechnet. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

Abhängig vom GdB sind die Nachteilsausgleiche für Behinderte. Einen Überblick finden Sie in der Tabelle auf der folgenden Seite, Details unter Punkt 2.

Antrag auf Erhöhung

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines schwerbehinderten Menschen oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung durch eine neue Erkrankung dazu, dann sollte beim Versorgungsamt ein Antrag auf Erhöhung des GdB gestellt werden. Der Vordruck für den Antrag wird auf Anfrage vom Versorgungsamt zugeschickt und es wird geprüft, ob ein neuer Schwerbehindertenausweis mit evtl. neuen Merkzeichen ausgestellt wird.

Tabellen zum Grad der Behinderung bei bestimmten Erkrankungen finden Sie auch unter www.betanet.de im Sozialrecht, Suchbegriff „Grad der Behinderung“, z. B. zu Asthma, Brustkrebs, CED und weiteren Erkrankungen.

1.3.1 GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

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

20	50		60	80	90	100
Teilnahme am Behindertensport (§ 29 Abs. 1 Nr. 4 SGB I)	Schwerbehinderteneigenschaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX)	Pflichtversicherung in der gesetzl. Kranken- und Rentenversicherung für Behinderte in Werkstätten (SGB V u. SGB VI)	Steuerfreibetrag: 720 € (§ 33b EStG)	Steuerfreibetrag 1.060 € (§ 33b EStG)	Steuerfreibetrag 1.230 € (§ 33b EStG)	Steuerfreibetrag 1.420 € (§ 33b EStG)
	Steuerfreibetrag: 570 € (§ 33b EStG)					
30/40			70			
Gleichstellung (§ 2 Abs. 3 SGB IX)	Bevorzugte Einstellung, Beschäftigung (§§ 81, 122 SGB IX)	Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z.B. ADAC, DTC (Satzungen der Clubs)	Steuerfreibetrag: 890 € (§ 33b EStG)	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit i.S.d. § 14 SGB XI: 1.500 € (§ 17 Wohngeldgesetz)	Sozialtarif beim Telefon: Blindheit oder Gehörlosigkeit oder Sprachbehinderung + jew. GdB 90: Ermäßigung bei den Verbindungsentgelten bis zu 8,72 € netto monatlich im Rahmen des ISDN-Sozialtarifs und für Verbindungen im T-Net durch die Telekom, wenn diese dauerhaft als Verbindungsnetzbetreiber voreingestellt ist	Freibetrag beim Wohngeld: 1.500 € (§ 17 Wohngeldgesetz)
	Kündigungsschutz (§ 85 ff SGB IX)	Ermäßigung des Flugpreises für BVG-/SVG-Beschädigte (Passagetarife der Lufthansa)				
Kündigungsschutz bei Gleichstellung (§ 68 Abs. 3 SGB IX)	Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 102 SGB IX)	Kfz-Finanzierungshilfen für Berufstätige (z.B. § 20 SchwbAV i.V.m. KfzHV)	Werbungskostenpauschale: 0,30 €/km (§ 9 Abs. 2 EStG)	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)		Freibetrag bei der Erbschafts- und Schenkungssteuer in bestimmten Fällen (§ 13 Abs. 1 Nr. 6 ErbStG)
Steuerfreibetrag: GdB 30: 310 € GdB 40: 430 € (§ 33b EStG)	Freistellung von Mehrarbeit (§ 124 SGB IX)	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)	Abzugsbetrag für Privatfahrten bei Merkzeichen "G": bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900 € (§ 33 EStG)	Preisnachlass von verschiedenen Mobilfunkbetreibern		Vorzeitige Verfügung über Bausparkassen- bzw. Sparbeiträge (Wohnungsbau-Prämiengesetz bzw. Vermögensbildungsgesetz)
	Eine Arbeitswoche Zusatzurlaub (§ 125 SGB IX)					
	Altersrente mit 60/63 (§§ 37, 236a SGB VI)	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit i.S.d. § 14 SGB XI: 1.200 € (§ 17 Wohngeldgesetz)				
	Vorgezogene Pensionierung von Beamten mit 60 (§ 42, Abs. 4 BBG)	Ermäßigung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)				
	Befreiung von der Wehrpflicht (§ 11 WehrpflichtG)					
	Stundenermäßigung bei Lehrern: bundeslandabhängig					

1.4 Versorgungsamt / Amt für Versorgung und Familienförderung

(§§ 68 ff. SGB IX)

Das Versorgungsamt stellt fest, ob eine Behinderung besteht und welchen Grad der Behinderung (GdB) bzw. Grad der Schädigungsfolgen (GdS) und welche Merkzeichen ein Schwerbehinderter zugesprochen bekommt. Es prüft u.a. auch die gesundheitlichen Voraussetzungen für einen Schwerbehindertenausweis und für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen.

Je nach Bundesland werden die Versorgungsämter unterschiedlich bezeichnet, z.B. "Zentrum Bayern Familie und Soziales", "Landesamt für soziale Dienste" oder "Amt für soziale Angelegenheiten".

Wer hilft weiter?

Die Adresse des zuständigen Versorgungsamts erfährt man bei der Stadt- oder Gemeindeverwaltung oder unter www.versorgungsamter.de.

1.5 Integrationsämter und Integrationsfachdienste

Integrationsämter

Integrationsämter (früher: Hauptfürsorgestellen) haben folgende Aufgaben:

- Förderung und Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in das Arbeitsleben.
- Hilfen zur behindertengerechten Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen.
- Durchführung des besonderen Kündigungsschutzes für Schwerbehinderte.
- Erhebung und Verwendung der Ausgleichsabgabe. (Wenn Arbeitgeber die vorgeschriebene Zahl von schwerbehinderten Menschen nicht beschäftigen, haben sie für jeden unbesetzten Pflichtplatz eine Ausgleichsabgabe zu entrichten. §§ 71, 77 SGB IX)

Die Leistungen des Integrationsamts – persönlicher oder materieller Art – stellen eine individuelle, auf die besonderen Anforderung des Arbeitsplatzes abgestellte Ergänzung zu den Leistungen des Reha-Trägers dar. Das Integrationsamt selbst ist kein Rehabilitationsträger.

Ist die Erbringung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe 3.) unverzüglich notwendig, dann kann das Integrationsamt diese Leistung vorläufig erbringen.

Integrationsfachdienste

Integrationsfachdienste sind Einrichtungen, die die Integrationsämter und Arbeitsagenturen bei der Durchführung ihrer Aufgaben unterstützen. Sie beraten und begleiten schwerbehinderte Menschen, die einen hohen Bedarf an Betreuung im Arbeitsleben haben, und/oder vermitteln sie in Arbeit. Auch schwerbehinderte Schulabgänger und Menschen die in Werkstätten für Behinderte arbeiten, werden bei Bedarf von Integrationsfachdiensten unterstützt, um Ihnen einen Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen.

Integrationsfachdienste haben folgende Aufgaben:

- Ansprechpartner sowohl für schwerbehinderte Arbeitnehmer, als auch für Arbeitgeber, die Fragen im Zusammenhang mit schwerbehinderten Arbeitnehmern haben.
- Die beruflichen Fähigkeiten des Schwerbehinderten herausfinden und diesen im Arbeitsleben integrieren.
- Geeignete Arbeitsplätze für Schwerbehinderte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anwerben und vermitteln.
- Vorbereitung von Schwerbehinderten auf die vorgesehenen Arbeitsplätze.
- Betreuung von Schwerbehinderten während der Einarbeitungszeit und falls notwendig auch darüber hinaus.
- Information der Vorgesetzten und Kollegen im Arbeitsplatzumfeld.

Praxistipp – Wer hilft weiter?

Die Adresse des zuständigen **Integrationsamts** ist zu erfragen bei der Gemeinde- oder Stadtverwaltung, bei der BHI, Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, Ernst-Frey-Straße 9, 76135 Karlsruhe, Telefon 0721/ 8107-0 oder im Internet zu recherchieren: www.integrationsaemter.de > Kontakt.

Integrationsfachdienste sind im gesamten Bundesgebiet eingerichtet: Ziel ist, in jedem Bezirk einer Agentur für Arbeit einen solchen anzubieten. Eine Auflistung aller Integrationsfachdienste für die einzelnen Bundesländer finden Sie unter www.integrationsaemter.de > Kontakt > Integrationsfachdienst.

2. Nachteilsausgleiche

Das SGB IX sowie die verschiedenen Vorschriften in anderen Gesetzen, Verordnungen, Erlassungen, Satzungen, Tarifen oder auf freiwilliger Grundlage bieten behinderten Menschen als Nachteilsausgleiche eine Reihe von Rechten und Hilfen. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme dieser Rechte sind ein Schwerbehindertenausweis (siehe 1.1) und das Stellen eines Antrags bei der zuständigen Stelle.

2.1 Steuervorteile für Behinderte

Durch Vorlage des Schwerbehindertenausweises oder des Bescheides über die Schwerbehinderung können Behinderte oder ihre Eltern Steuervorteile beim Finanzamt erreichen.

Zu den Steuervergünstigungen zählen

- Kindergeld/Kinderfreibetrag (siehe 2.1.1)
- Erwerbsbedingter Betreuungsfreibetrag (siehe 2.1.3)
- Pauschbetrag für Behinderte (siehe 2.1.2)
- Außergewöhnliche Belastungen (siehe 2.1.4)
 - bei Heim- und Pflegeunterbringung
 - bei Pflegepersonen/Pflegepauschbetrag
 - für private Kraftfahrzeugkosten
 - für Kinderbetreuungskosten

Zudem kann es für Schwerbehinderte Erleichterungen bei der Vermögenssteuer, der Erbschafts- und Schenkungssteuer, der Hundesteuer (Blinde, Gehörlose, Hilflose) und der Umsatzsteuer geben.

2.1.1 Kinderfreibetrag / Kindergeld

Wer für ein Kind Kindergeld bekommt, dem steht alternativ ein Kinderfreibetrag zu, der jährlich bei 3.864,- € pro Kind bei zusammen veranlagten Eltern bzw. bei 1.932,- € pro Kind je Elternteil liegt. Der Freibetrag ermäßigt das zu versteuernde Einkommen um diesen Betrag.

Allerdings gibt es nicht beides: Man bekommt entweder Kindergeld oder einen Kinderfreibetrag.

- Behinderte unter 18 Jahren werden wie gesunde Kinder berücksichtigt.
- Behinderte Kinder über 18 Jahren können weiterhin auf Antrag vom Finanzamt auf der Lohnsteuerkarte eingetragen werden, wenn sie aufgrund ihrer Behinderung außerstande sind, selbst in ausreichendem Maße für ihren Lebensunterhalt zu sorgen. Dies gilt auch für ältere Behinderte, sofern die Behinderung und die Unfähigkeit, selbst in ausreichendem Maße für den Lebensunterhalt zu sorgen, bereits vor Vollendung des 25. Lebensjahres vorgelegen haben. Beim Kinderfreibetrag über das 18. Lebensjahr hinaus dürfen die Einkünfte und Bezüge des Kindes nicht höher sein als 7.680,- € jährlich.

2.1.2 Erwerbsbedingte Kinderbetreuungskosten

Elternpaare, bei denen beide berufstätig sind, und berufstätige Alleinerziehende können über den Kinderfreibetrag hinaus zusätzlich **nachgewiesene** Kinderbetreuungskosten für Kinder unter 14 Jahren oder behinderte Kinder absetzen. Es können zwei Drittel der Kosten abgesetzt werden, maximal 4.000,- € je Kind.

Voraussetzung

ist, dass der Steuerpflichtige entweder erwerbstätig, in Ausbildung oder krank ist. Bei zusammen lebenden Eltern müssen beide Elternteile diese Voraussetzungen erfüllen.

Nicht absetzbar

sind Aufwendungen für Unterricht, Sport, Freizeit oder Vermittlung besonderer Fertigkeiten.

2.1.3 Pauschbetrag für Behinderte

Pauschbeträge für Behinderte sind Freibeträge, die vom zu versteuernden Einkommen abgezogen werden (§ 33 b Einkommenssteuergesetz). Der Freibetrag kann

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

Die Pauschbeträge erhalten

- Behinderte mit einem GdB von mindestens 50
- Behinderte mit 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

Grad der Behinderung (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,-
85 und 90	1.230,-
95 und 100	1.420,-
Merkzeichen "H" und "BI" unabhängig vom GdB	3.700,-

Anmerkung zur Tabelle: Seit 1983 wird der Grad der Behinderung nur noch in Zehner-Schritten eingestuft. Das Finanzamt behält die alten Tabellen bei, weil auch Behinderte 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 Behinderten die Pauschbeträge, ist es besser, auf den Pauschbetrag zu verzichten und die tatsächlichen Aufwendungen geltend zu machen. Diese müssen dann mit Belegen nachgewiesen werden.

Kinder

Bei behinderten Kindern ohne eigene Steuererklärung können die Eltern den Pauschbetrag auf sich **übertragen** lassen. **Voraussetzung** ist, dass sie für das Kind Kindergeld oder einen Kinderfreibetrag erhalten.

Bei geschiedenen, dauernd getrennt lebenden oder unverheirateten Eltern wird der Behinderten-Pauschbetrag der Kinder jeweils zur Hälfte auf beide Elternteile übertragen, sofern die Eltern nicht beide eine andere Aufteilung wünschen.

2.1.4 Außergewöhnliche Belastungen

Behinderte können verschiedene Ausgaben als außergewöhnliche Belastungen zusätzlich zu den o.g. Pauschbeträgen geltend machen:

Heim- und Pflegeunterbringung

Bei Heim- oder Pflegeunterbringung können von den Kosten der Dienstleistungen des Heimes (z.B. Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim), die mit denen einer Haushaltshilfe vergleichbar sind, jährlich maximal

- 624,- € abgesetzt werden, wenn der Behinderte nicht pflegebedürftig ist.
- 924,- € abgesetzt werden, wenn der Behinderte dauerhaft pflegebedürftig (Pflegebedürftigkeit) ist. Die Aufwendungen sind mit Belegen nachzuweisen.

Pflegepersonen/Pflegepauschbetrag

Wer eine hilflose Person (Merkzeichen „H“), einen Pflegebedürftigen der Pflegestufe III oder einen Schwerbehinderten **persönlich** in seiner Wohnung oder in der des Pflegebedürftigen pflegt, kann entweder die tatsächlichen Kosten (sie sind nachzuweisen) oder einen Pflegepauschbetrag von **€ 924,- jährlich** absetzen.

Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson für die Pflege keine Einnahmen erhält.

Private Kraftfahrzeugkosten

Behinderte können **behinderungsbedingte** Fahrten (z.B. zum Arzt, zur Apotheke, zur Therapiebehandlung, zur Schule, zur Behörde etc.) von der Steuer absetzen:

- GdB ab 80 oder Merkzeichen „G“ mit einem GdB von 70
jährlicher Pauschbetrag von 900,- € ohne Nachweis. Dies entspricht 3.000 km à 30 Cent. Höhere behinderungsbedingte Fahrtkosten müssen mit Fahrtenbuch nachgewiesen werden.
- Merkzeichen „aG“, „Bl“ und „H“
Fahrten bis zu 15.000 km jährlich (à 30 Cent/km = 4.500,- €) können abgesetzt werden, sofern sie nachgewiesen oder glaubhaft gemacht werden (z.B. durch ein Fahrtenbuch).

Besondere Vergünstigungen genießen Behinderte auch bei der Kraftfahrzeugsteuer. Details siehe 2.6.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte zu allen steuerlichen Vergünstigungen geben die zuständigen Finanzämter, speziell Behinderte betreffend auch das Versorgungsamt. Für die Hundesteuer (Blindenhund) ist die jeweilige Gemeinde zuständig.

2.2 Öffentliche Verkehrsmittel

(§§ 145 ff. SGB IX)

Als "Erleichterung im Personenverkehr" können Schwerbehinderte und Behinderte Verkehrsmittel des öffentlichen Nah- und Fernverkehrs vergünstigt oder kostenlos benutzen.

Zum öffentlichen Nahverkehr zählen:

- Straßenbahnen, Busse, U- und S-Bahnen
- Zug (2. Klasse), wenn er in einen Verkehrsverbund einbezogen ist und mit Verbundfahrchein benutzt werden kann
- Züge der Deutschen Bahn in der 2. Klasse im Nahverkehr im **Umkreis von 50 km** um den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Schwerbehinderten. Das Versorgungsamt gibt dazu spezielle Streckenverzeichnisse heraus.
- Schiffe im Linien-, Fähr- und Übersetzverkehr im Orts- und Nachbarschaftsbereich

Voraussetzungen

für die unentgeltliche Beförderung sind:

- Schwerbehinderte mit Merkzeichen G, Merkzeichen aG, Merkzeichen H, Merkzeichen BI und
- Orangefarbener Flächenaufdruck auf dem Schwerbehindertenausweis
- Gültiges Beiblatt mit Wertmarke

Wertmarken

Es gibt zwei Wertmarken:

- Wert 30,- € für die kostenlose Beförderung für sechs Monate
- Wert 60,- € für die kostenlose Beförderung für zwölf Monate

Kostenlose 60,- €-Wertmarke

Folgende Schwerbehinderte erhalten ein weißes Beiblatt mit 60-€-Wertmarke **kostenlos**:

- Schwerbehinderte mit Merkzeichen „H“ oder „BI“
- Schwerbehinderte, die Arbeitslosengeld II, Leistungen der Grundsicherung oder laufende Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten.

Wertmarken gegen Bezahlung

Schwerbehinderte mit Merkzeichen G, Merkzeichen aG oder Merkzeichen GI erhalten ein weißes Beiblatt mit 60-€-Wertmarke oder 30-€-Wertmarke gegen Bezahlung.

Antrag

Die Wertmarken, unabhängig ob kostenlos oder kostenpflichtig, müssen beim Versorgungsamt beantragt werden.

Kostenlose Mitbeförderung

Auch ohne Beiblatt zum Schwerbehindertenausweis und Wertmarke werden zusätzlich kostenlos mitbefördert:

- Handgepäck
- Krankenfahrstuhl, sofern das Verkehrsmittel diesen aufnehmen kann. Zu beachten ist, dass der Rollstuhl bei einer Bahnreise die Maße der ISO-Norm (Breite max. 70 cm, Länge max. 1,2 m, Gewicht max. 250 kg) nicht überschreiten sollte.
- Führhund

Notwendige ständige Begleitung

Die Begleitperson fährt immer kostenlos mit, wenn im Schwerbehindertenausweis ein Merkzeichen "B" eingetragen und der Vermerk "Die Notwendigkeit ständiger Begleitung ist nachgewiesen" nicht gelöscht ist. Das gilt auch, wenn der Behinderte keine Wertmarke besitzt

Wenn die Begleitperson den Behinderten bei dessen Berufsausübung und auf Dienstreisen begleitet, steht die Begleitperson unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung.

Wer hilft weiter?

Versorgungsämter und die Verkehrsbetriebe vor Ort.

Nah- und Fernverkehr: Ermäßigte Bahnfahrten

Eine BahnCard ermöglicht den Kauf von Bahnfahrkarten zum reduzierten Preis.

- Schwerbehinderte mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 70 können die BahnCard 50 zum halben Preis erwerben. Dies gilt auch für Menschen ab 60 Jahren.
- Mit der BahnCard 50 gibt es 50 % Ermäßigung auf alle Normalpreise.
- Rollstühle, Führhunde und orthopädische Hilfsmittel werden unentgeltlich befördert.
- Die Platz- oder Abteilreservierung ist kostenlos.

Notwendige ständige Begleitung

Die notwendige Begleitperson fährt im Nah- und Fernverkehr kostenlos mit, wenn im Schwerbehindertenausweis ein Merkzeichen B mit dem Vermerk "Die Notwendigkeit ständiger Begleitung ist nachgewiesen" oder "Die Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson ist nachgewiesen" eingetragen ist. Die Platz- oder Abteilreservierung ist kostenlos.

Wenn die Begleitperson den Behinderten bei dessen Berufsausübung und auf Dienstreisen begleitet, steht sie unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung.

Praxistipp – Wer hilft weiter?

Informationen zu weiteren Vergünstigungen und Hilfen gibt die Broschüre "Mobil mit Handicap". Sie ist überall kostenlos erhältlich, wo es Fahrkarten gibt. Die Broschüre kann auch über die MobilitätsServiceZentrale, Telefon 01805 512512 bestellt oder unter www.bahn.de > Barrierefreies Reisen > Unsere Mobilitätsbroschüre heruntergeladen werden.

2.3 Flugverkehr

Deutsche Linienfluggesellschaften befördern notwendige Begleitpersonen von Behinderten mit Merkzeichen "B" im innerdeutschen Flugverkehr kostenlos.

Wenn die Begleitperson den Behinderten bei dessen Berufsausübung und auf Dienstreisen begleitet, steht die Begleitperson unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung.

Praxistipps

Mittlerweile sind fast alle internationalen Flughäfen weltweit so ausgestattet, dass sie den Bedürfnissen gehbehinderter, aber auch seh- und hörbehinderter Passagiere entsprechen. Es ist wichtig, dass der Fluggast bereits bei der Buchung des Tickets im Reisebüro oder bei der Fluglinie direkt seine Einschränkungen und Bedürfnisse mitteilt. Folgende Dienste werden beispielsweise angeboten:

- Behindertengerechte Schalter beim Check-in
- Sonderbetreuungsräume für behinderte Passagiere
- Rollstuhlservice: Bodenpersonal begleitet den behinderten Menschen vom Abflugbereich zum Flugzeug, von Flugzeug zu Flugzeug (Umsteiger) oder vom Flugzeug zum Ankunftsbereich. Flughafeneigene Rollstühle werden zur Verfügung gestellt.

Informationen über Einrichtungen, Serviceleistungen und Anlaufstellen für behinderte Fluggäste auf den internationalen und 15 regionalen Flughäfen in Deutschland gibt die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Verkehrsflughäfen (ADV), Gertraudenstr. 20, 10178 Berlin, Telefon 030 310118-0, E-Mail gutwenger@adv.aero.

Wer hilft weiter?

Informationen über sonstige Ermäßigungen für behinderte Fluggäste sind bei Reisebüros bzw. den Fluggesellschaften erhältlich.

2.4 Parkerleichterungen

Als "Erleichterung im Personenverkehr" bekommen Schwerbehinderte einen Parkausweis und/oder einen Sonderparkplatz. Der Ausweis ermöglicht die Nutzung von Sonderparkplätzen und erlaubt z.B. das Parken in eingeschränkten Halteverböten.

Parkausweis

Schwerbehinderte mit Merkzeichen "aG" und "Bl" erfüllen die Voraussetzung für den Parkausweis. Beim Parkausweis handelt es sich um eine Ausnahmegenehmigung, die bei der örtlich zuständigen Straßenverkehrsbehörde beantragt werden muss. Der Parkausweis ist gut sichtbar hinter der Windschutzscheibe anzubringen. Er berechtigt:

- zum Parken auf Behindertenparkplätzen
- Im eingeschränkten Halteverbot, im Zonenhalteverbot und auf Anwohnerparkplätzen bis zu 3 Stunden zu parken. Die Ankunftszeit ist durch eine Parkscheibe kenntlich zu machen.
- Im Zonenhalteverbot oder an Stellen, an denen 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.

Voraussetzungen

Schwerbehinderte bekommen den Parkausweis mit folgenden Merkzeichen bzw. Erkrankungen:

- 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
- Merkzeichen G und Merkzeichen B und ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 80 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen oder GdB von wenigstens 70 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen, 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

Es lohnt sich, bei der jeweiligen Stadt-, Gemeinde- oder Kreisverwaltung oder Verkehrsbehörde nach regionalen Parkerleichterungen zu fragen, da diese nicht bundesweit einheitlich festgelegt sind. Einige Bundesländer räumen die oben genannten Parkerleichterungen auch Schwerbehinderten ein, die nicht das Merkzeichen „aG“ im Schwerbehindertenausweis haben (z.B. für Osteoporose-Patienten). Folgende Auflistung ist nicht vollständig, sondern soll der Orientierung dienen.

Praxistipp

Zur Beantragung Passfoto, Schwerbehindertenausweis und den letzten Bescheid des Versorgungsamtes mitbringen. Ein Parkausweis kann z.B. auch von Ehepartnern und Kindern beantragt werden, wenn der berechtigte Schwerbehinderte nicht selbst in der Lage ist, das Fahrzeug zu führen. Bei schwerbehinderten Kindern, die die Voraussetzungen erfüllen, können die Eltern den Parkausweis beantragen und ihn nutzen, wenn sie das Kind befördern.

EU - Parkausweis

Seit Anfang 2002 wird nur noch ein einheitlicher EU - Parkausweis für Schwerbehinderte, der in allen EU - Ländern gilt, ausgestellt. Zum Ausweis gehört eine Broschüre, die über die jeweiligen Parksonderrechte aufklärt. Im Ausland muss dann der Text in der Landessprache aufgeklappt und sichtbar neben den Ausweis gelegt werden. Der blaue Parkausweis hat noch Gültigkeit bis Ende 2010.

Sonderparkplatz

Für Blinde oder Schwerbehinderte mit Merkzeichen "aG" können bestehende Parkmöglichkeiten oder Einzelparkplätze in unmittelbarer Nähe der Wohnung reserviert werden.

Voraussetzung

- Es ist kein genügender Parkraum vorhanden.
- Der Behinderte hat keine Garage oder keinen Abstellplatz in zumutbarer Entfernung zu seiner Wohnung.

Praxistipp

Dieser Sonderparkplatz ist bei der örtlich zuständigen Straßenverkehrsbehörde zu beantragen und wird entsprechend beschildert. Die Behörde erteilt auch weitere Auskünfte.

Wer hilft weiter?

Die örtlich zuständige Straßenverkehrsbehörde.

Regionale Besonderheiten

Es lohnt sich, bei der jeweiligen Stadt-, Gemeinde- oder Kreisverwaltung oder Verkehrsbehörde nach regionalen Parkerleichterungen zu fragen, da diese nicht bundesweit einheitlich festgelegt sind.

Einige Bundesländer räumen die oben genannten Parkerleichterungen auch Schwerbehinderten ein, die nicht das Merkzeichen aG im Schwerbehindertenausweis haben (z.B. für Osteoporose-Patienten).

Hier die Regelungen einiger Bundesländer:

Mecklenburg-Vorpommern

- Gehbehinderte und in ihrer Mobilität beeinträchtigte Personen mit noch nicht abgeschlossenen Feststellungsverfahren der Versorgungsbehörde, sofern sie sich nur in einem maximalen Aktionsradius von ca. 50 m bewegen können.
- Personen, die aufgrund eines Unfalls, einer Operation oder einer Krankheit vorübergehend, aber dennoch für einen längeren Zeitraum in ihrer Mobilität erheblich eingeschränkt sind (maximaler Aktionsradius ca. 50 m).

Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz

- Schwerbehinderte mit dem Merkzeichen G, sofern die Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens aG nur knapp verfehlt wurden (Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 70 und maximaler Aktionsradius ca. 100 m).

Sachsen

- Personen, die vor oder nach schweren Operationen stehen, oder die sich in oder nach medizinischer Behandlungen befinden **und** eine vorübergehende, weniger als sechs Monate dauernde außergewöhnliche Gehbehinderung haben.

Sachsen-Anhalt

- Personen, die vor oder nach schweren Operationen stehen, oder die sich in oder nach medizinischer Behandlungen befinden **und** eine vorübergehende, weniger als sechs Monate dauernde außergewöhnliche Gehbehinderung haben.
- Personen, die aufgrund ihrer Behinderung zum Ein- und Aussteigen auf das vollständige Öffnen der Autotüren und somit auf Parkmöglichkeiten von besonderer Breite angewiesen sind.

Schleswig-Holstein

- Schwerbehinderte mit dem Merkzeichen G, sofern die Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens aG nur knapp verfehlt wurden (Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 70 und maximaler Aktionsradius ca. 100 m).
- Gehbehinderte und in ihrer Mobilität beeinträchtigte Personen mit noch nicht abgeschlossenen Feststellungsverfahren der Versorgungsbehörden, sofern sie sich nur in einem maximalen Aktionsradius von ca. 100 m bewegen können.
- Personen, die aufgrund eines Unfalls, einer Operation oder einer Krankheit vorübergehend, aber dennoch für einen längeren Zeitraum in ihrer Mobilität erheblich eingeschränkt sind (maximaler Aktionsradius 100 m).

2.5 Kraftfahrzeugsteuer

Schwerbehinderte können als "Erleichterung im Personenverkehr" Steuerbegünstigungen für ihr Kraftfahrzeug bekommen.

Voraussetzung

Das oder die Kraftfahrzeuge müssen auf den Behinderten zugelassen sein, d.h.: Er ist der Halter. Nicht erforderlich ist, dass der behinderte Fahrzeughalter einen Führerschein besitzt. Daher ist die Steuerbegünstigung auch bei Kindern, auf die ein Kraftfahrzeug zugelassen ist, möglich. Allerdings dürfen die Eltern das Fahrzeug nur für den Transport oder die Haushaltsführung des Behinderten bzw. des behinderten Kindes benutzt werden.

Antrag

Die Steuerbegünstigung muss bei der Kfz-Zulassungsstelle oder beim Finanzamt mit dem Schwerbehindertenausweis beantragt werden. Sie wird im Kfz-Schein eingetragen. Wenn das Fahrzeug auf das Kind zugelassen wird, sind neben den üblichen Kfz-Papieren und Bescheinigungen folgende Unterlagen bei der An/Ummeldung notwendig: Schwerbehindertenausweis, Ausweise der Eltern, Unterschrift der Eltern für die Zulassung auf das Kind, Versicherungsdoppelkarte auf einen Elternteil (Schadensfreiheitsrabatt der Eltern bleibt erhalten). Nach der An/Ummeldung ist das dem Schwerbehindertenausweis beiliegende ausgefüllte Antragsformular an das Versorgungsamt zu senden.

Es gibt zwei Formen der Steuerbegünstigung:

- **Steuerbefreiung**
für Schwerbehinderte mit Merkzeichen "H", "Bl" oder "aG".
Zusätzlich können diese Schwerbehinderten auch die unentgeltliche Beförderung in Öffentlichen Verkehrsmitteln in Anspruch nehmen
- **Steuerermäßigung um 50 %**
für Schwerbehinderte mit Merkzeichen "G" oder "Gl".
Alternativ können diese Schwerbehinderten die unentgeltliche Beförderung in Öffentlichen Verkehrsmitteln in Anspruch nehmen.

Weitere Förderungen rund um das Kraftfahrzeug finden Sie im nächsten Punkt „Kraftfahrzeughilfe“.

Wer hilft weiter?

Finanzamt

2.6 Kraftfahrzeughilfe

Kraftfahrzeughilfe erhalten Behinderte als Zuschuss zum **Kauf eines Autos**, zum **Führerschein** oder zur **behindertengerechten Ausstattung** eines Autos. Sie wird geleistet, wenn der Versicherte nicht nur vorübergehend aufgrund der Behinderung auf die Kfz-Benutzung angewiesen ist. Sie zählt zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Rentenversicherung und der Unfallversicherung.

Voraussetzungen und Kostenträger

Die Kraftfahrzeughilfe zählt zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Rentenversicherung und der Unfallversicherung. Der versicherte Behinderte 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 erreicht oder wenn nur damit die Eingliederung in das Berufsleben oder die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht werden.

Die Rentenversicherungsträger leisten Kraftfahrzeughilfe nur, wenn die rentenrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfüllt sind. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, kann die Agentur für Arbeit bei behinderten Arbeitnehmern Kraftfahrzeughilfe leisten.

Bei Beamten leistet das Integrationsamt.

Beschaffung eines Kraftfahrzeugs

Der Zuschuss zur Beschaffung eines Kraftfahrzeugs ist vom Einkommen des Antragstellers abhängig. Der Bemessungsbetrag für den Zuschuss beträgt € 9.500,-.

Bei einem Netto-Einkommen bis € ..	beträgt der Zuschuss €
€ 1.010,-	€ 9.500,- (100 %)
€ 1.135,-	€ 8.360,- (88 %)
€ 1.260,-	€ 7.220,- (76 %)
€ 1.390,-	€ 6.080,- (64 %)
€ 1.515,-	€ 4.940,- (52 %)
€ 1.640,-	€ 3.800,- (40 %)
€ 1.765,-	€ 2.660,- (28 %)
€ 1.890,-	€ 1.520,- (16 %)

Vom Einkommen sind für jeden vom Versicherten unterhaltenen Familienangehörigen € 290,- abzuziehen (= 12 % der monatlichen Bezugsgröße).

Fahrerlaubnis/Führerschein

Der Zuschuss zur Erlangung einer Fahrerlaubnis ist ebenfalls einkommensabhängig:

- Bei einem Nettoeinkommen bis € 1.010,- werden die Kosten voll getragen.
- Bei einem Nettoeinkommen bis € 1.390,- werden 2/3 der Kosten getragen.
- Bei einem Nettoeinkommen bis € 1.890,- wird 1/3 der Kosten getragen.

Die Einkommensgrenzen richten sich nach der monatlichen Bezugsgröße. Vom Einkommen sind für jeden vom Versicherten unterhaltenen Familienangehörigen 305,- € abzuziehen.

Kosten für behinderungsbedingte Untersuchungen, Ergänzungsprüfungen und Eintragungen in vorhandene Führerscheine werden voll übernommen.

Behinderungsbedingte Zusatzausstattung

Die Kosten und Reparaturen einer behinderungsbedingten Zusatzausstattung übernehmen Rentenversicherung, Unfallversicherung und das Integrationsamt in vollem Umfang und unabhängig vom Einkommen. Darunter fallen z.B. Automatikgetriebe, Bremskraftverstärker, Lenkhilfe, verstellbare und schwenkbare Sitze, Standheizung.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger: Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Integrationsamt oder die Agentur für Arbeit.

2.7 Fahrdienste

Als "Erleichterung im Personenverkehr" können Schwerbehinderte Fahrdienste kostenlos oder gegen eine geringe Gebühr benutzen.

Die Fahrdienste sind von den Wohlfahrtsverbänden eingerichtet und werden vom örtlichen Sozialhilfeträger finanziert. Dabei werden kostenlose Fahrgutscheine ausgegeben oder aber vom Behinderten der Nahverkehrstarif für die private Beförderung verlangt.

Fahrdienste sind eine freiwillige Leistungen der Gemeinden, auf die kein Rechtsanspruch besteht.

Wer hilft weiter?

Die Regelungen sind regional unterschiedlich. Auskünfte erteilt das jeweilige Sozialamt, Bereich Behindertenhilfe.

2.8 Telefongebührenermäßigung

Die Deutsche Telekom ermäßigt bestimmten Personengruppen die Telefongebühr:

- Schwerbehinderten mit Merkzeichen RF
Die Vergünstigung beträgt monatlich bis zu 6,94 € netto auf Verbindungskosten.
- Blinde, Gehörlose oder Sprachbehinderte mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 90, die dadurch in ihrer Kommunikation stark beeinträchtigt sind
Die Vergünstigung beträgt monatlich bis zu 8,72 € netto.
- Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt, von ALG II oder Sozialgeld oder von Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung
bekommen in der Regel eine Rundfunk- und Fernsehgebührenbefreiung und haben damit auch Anspruch auf Telefongebührenermäßigung, den sogenannten "Sozialtarif" der Telekom. Die Vergünstigung beträgt 6,94 € netto monatlich.
Der Sozialtarif gilt nicht für alle Anschlussarten. Informationen darüber erteilt die Telekom.

Manche Mobilfunkbetreiber bieten vergünstigte Tarife für Schwerbehinderte mit einem Grad der Behinderung von mindestens 80 an.

Antrag

Die Telefongebührenermäßigung muss beantragt werden: unter Vorlage des Schwerbehindertenausweises und der Rundfunk- und Fernsehgebührenbefreiung bei der Telekom.

Wer hilft weiter?

Sozialamt, Telekom und gegebenenfalls andere Telefonanbieter.

2.9 Rundfunk- und Fernsehgebührenbefreiung

Bestimmte Schwerbehinderte werden von der Rundfunk- und Fernsehgebührenpflicht befreit.

Voraussetzungen

Eine Befreiung von der Rundfunk- und Fernsehgebührenpflicht erhalten:

- Schwerbehinderte mit dem Merkzeichen RF
- Sozialhilfeempfänger, die Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen.
- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.
- Empfänger von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, allerdings nicht die, die den befristeten Zuschlag nach Bezug von Arbeitslosengeld bekommen.

Zudem haben diese Personen einen Anspruch auf eine Telefongebührenermäßigung, den sogenannten "**Sozialtarif**" der Telekom.

Umfang

Die Befreiung umfasst die monatliche Rundfunkgebühr, nämlich die Hörfunkgebühr von 5,76 € und die Fernsehgebühr von 17,98 € bzw. die Einheitsgebühr für je ein Hörfunk- und Fernsehgerät zusammen von ebenfalls 17,98 €.

Behinderte Kinder

Die Zuerkennung des Merkzeichens „RF“ für Kinder erfolgt äußerst selten. Auch wenn das Kind selbst tatsächlich befreit ist, bleiben die Eltern für ein im gemeinsamen Haushalt befindliches Rundfunk- oder Fernsehgerät gebührenpflichtig.

Antrag – Wer hilft weiter?

Die Befreiung von der Rundfunk- und Fernsehgebührenpflicht muss bei der Gebühreneinzugszentrale (GEZ) beantragt werden. Anträge können dort angefordert oder heruntergeladen werden. Anschrift: GEZ, 50656 Köln, www.gez.de.

Dem ausgefüllten Antrag muss der Leistungsbescheid über Sozialhilfe bzw. Arbeitslosengeld II oder der Schwerbehindertenausweis im Original bzw. in beglaubigter Kopie beiliegen. Der Antrag muss eigenhändig unterschrieben und gemeinsam mit den Belegen per Post geschickt werden.

Die Befreiung gilt ab dem Folgemonat der Antragstellung.

2.10 Mehrbedarfzuschläge und Krankenkostzulage

(§ 30 SGB XII und § 21 SGB II)

Sozialhilfeempfänger und Empfänger von Grundsicherung erhalten bei besonderen Belastungen, z.B. schwanger, alleinerziehend, behindert, einen finanziellen Zuschlag.

Voraussetzungen und Höhe

Mehrbedarfzuschläge gibt es zusätzlich zum Regelsatz der laufenden Sozialhilfe bzw. der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Die Zuschläge orientieren sich am maßgebenden Eckregelsatz. Sie sind eine Leistung im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt. Auch im Zusammenhang mit Arbeitslosengeld II kann es unter bestimmten Voraussetzungen einen Mehrbedarf zum Lebensunterhalt geben.

Ansprüche auf verschiedene Mehrbedarfzuschläge sind nebeneinander zu gewähren, allerdings nur bis zur Höhe von 100 % des maßgebenden Regelsatzes.

Berechtigte Personenkreise und Höhe

Die Höhe errechnet sich prozentual aus dem jeweils maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe, Details siehe Regelsätze der Sozialhilfe.

Merkzeichen G

Personen, die voll erwerbsgemindert (Abgestufte Erwerbsminderungsrente) im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung sind oder die das 65. Lebensjahr vollendet haben, und das Merkzeichen G in ihrem Schwerbehindertenausweis haben: Mehrbedarfzuschlag von 17 % des maßgebenden Regelsatzes.

Behinderte

Behinderte, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und Eingliederungshilfe für Behinderte zur Schul-, Aus- oder Fortbildung erhalten, erhalten einen Mehrbedarfzuschlag von 35 % des maßgebenden Regelsatzes (Regelsätze der Sozialhilfe).

Kranke, Genesende, Behinderte

Kranke, Genesende, Behinderte oder von einer Krankheit oder Behinderung Bedrohte, die einer kostenaufwendigeren Ernährung bedürfen, erhalten Krankenkostzulage in angemessener Höhe nach den Richtlinien der Sozialämter und in der Regel unter Vorlage eines ärztlichen Attestes. Ausführliche Informationen Krankenkostzulage.

Praxistipp

Der Regelbedarf ist mit den Regelsätzen abgedeckt und der ergänzende Mehrbedarf ist eindeutig festgelegt. Besteht jedoch aufgrund einer besonderen Ernährung, von Alter oder Behinderung ein "Sonderbedarf", kann nach Prüfung des Einzelfalls das Sozialamt dies als "besonderen Härtefall" sehen und den Sonderbedarf übernehmen. Leistungsberechtigte müssen dies beim Sozialamt beantragen und auch nachweisen.

Beispiele für einen Sonderbedarf:

- Zusatzkosten für Essen auf Rädern, das wegen Alter oder Behinderung in Anspruch genommen werden muss.
- Kosten für die Bett- und Unterwäsche, die eigentlich im Regelsatz enthalten ist, bei Stuhl- und Harninkontinenz.
- Für Kranke, Genesende oder Behinderte wird für notwendige kostenaufwendige Ernährung ein Mehrbedarf in angemessener Höhe gewährt Krankenkostzulage.

Krankenkostzulage

(§ 30 Abs. 5 SGB XII, § 21 Abs. 5 SGB II)

Krankenkostzulage bekommen Patienten, die eine besondere, kostenaufwendige Ernährung benötigen und gleichzeitig Empfänger von Sozialhilfe oder Grundsicherung für Arbeitssuchende sind. Die Krankenkostzulage muss beim Sozialamt bzw. bei der Agentur für Arbeit beantragt werden. Dafür ist auf jeden Fall ein ärztliches Attest nötig. Die Höhe richtet sich nach der Erkrankung.

Höhe

Die nachfolgenden Beträge für die Höhe der Krankenkostzulage entsprechen den Empfehlungen des Deutschen Vereins. Es handelt sich um Richtwerte.

- Niereninsuffizienz (Nierenversagen) - eiweißdefinierte Kost: 36,- €
- Niereninsuffizienz mit Hämodialysebehandlung - Dialysediät: 72,- € Tipp: Siehe auch Nierenerkrankungen > Ernährungstherapie
- Zöliakie/Sprue (Durchfallerkrankung bedingt durch Überempfindlichkeit gegenüber Klebereiweiß) - Glutenfreie Kost: 72,- €
- Mehrbedarf aufgrund einer verzehrenden Krankheit wie HIV-Infektion, Krebs, Leberversagen, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, Multiple Sklerose: 36,- €. Allerdings nur bei schweren Verläufen oder dem Vorliegen besonderer Umstände.

Praxistipp

Diese Liste verändert sich nach aktuellen medizinischen Erkenntnissen laufend. Deshalb sollte bei Krankheiten, die eine besondere Ernährung erfordern, dem Sozialamt bzw. der Agentur für Arbeit neben dem ärztlichen Attest auch die vorgeschlagene Ernährungsbehandlung vorgelegt werden sowie ein Kostenvoranschlag, welche Mehrkosten diese Ernährung im Monat verursacht.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt das Sozialamt bzw. die Agentur für Arbeit.

2.11 Soziale Sicherung

(§§ 26, 346, 347 SGB III – §§ 5 Abs. 1 Nr. 6 u. Nr. 7, 251 SGB V – §§ 1 Nr. 2, 168 SGB VI – §§ 2 Abs. 1 Nr. 4 u. Nr. 15 SGB VII – §§ 20 Abs. 1 Nr. 6 u. Nr. 7, 59 SGB XI)

Schwerbehinderte und Behinderte, die in einer Werkstatt für Behinderte beschäftigt sind, und Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind in der Sozialversicherung besonders abgesichert.

Kranken- und Pflegeversicherung

Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Behinderte, die in Werkstätten für Behinderte tätig sind, sind in der gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung pflichtversichert. Die Beiträge bezahlt:

- bei Leistungen zur Teilhabe der zuständige Reha-Träger.
- für Behinderte in Werkstätten der Träger der Einrichtung.

Freiwilliger Beitritt

Innerhalb von 3 Monaten nach Feststellung der Schwerbehinderung können Schwerbehinderte freiwillig der gesetzlichen Krankenversicherung beitreten, **vorausgesetzt** sie selbst, ein Elternteil oder Ehegatte waren in den 5 Jahren vor der Behinderung mindestens 3 Jahre versichert. Die Voraussetzung muss nicht erfüllt werden, wenn Elternteil oder Ehegatte selbst behindert waren und deshalb nicht gesetzlich krankenversichert sein konnten.

Rentenversicherung

- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die Übergangsgeld beziehen, sind in der Rentenversicherung pflichtversichert: Die Beiträge bezahlt der zuständige Reha-Träger.
- In Werkstätten für Behinderte tätige (Schwer-)Behinderte sind auch ohne Bezug von Übergangsgeld pflichtversichert: Die Beiträge bezahlen der Träger der Einrichtung und der Behinderte je zur Hälfte.

Arbeitslosenversicherung

- Jugendliche, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, sind in der Arbeitslosenversicherung pflichtversichert. Die Beiträge bezahlt der Träger der Einrichtung.
- In Werkstätten für Behinderte tätige (Schwer-)Behinderte sind nur im Falle eines Beschäftigungsverhältnisses versichert. Die Beiträge bezahlt der Arbeitgeber, sofern das monatliche Bruttogehalt höher ist als 504,-/427,- € (West/Ost) (= 20 % der monatlichen Bezugsgröße).
- Für Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die Übergangsgeld beziehen, werden keine Beiträge vom Reha-Träger zur Arbeitslosenversicherung gezahlt.

Unfallversicherung

Alle Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und in Werkstätten für Behinderte tätige (Schwer-)Behinderte sind während der Zeit der Teilnahme im Betrieb oder in der Einrichtung bzw. Werkstätte und auf dem Weg von der Wohnung des Behinderten/Teilnehmers dorthin und zurück in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert.

2.12 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. Er ist abhängig von der Zahl der Familienmitglieder, deren Einkommen und der regional unterschiedlichen Höhe der zuschussfähigen Miete oder Belastung. Das Wohngeld steht bei Vorliegen der Voraussetzungen auch Ausländern zu, die in Deutschland leben.

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 Empfänger von

- Grundsicherung für Arbeitssuchende (Arbeitslosengeld II, Sozialgeld),
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderungsrente und
- Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Sozialhilfe,
- Empfänger von Leistungen, bei denen bereits Kosten für Unterkunft und Heizung berücksichtigt und abgedeckt worden sind.

Schwerbehinderte: besonderer Freibetrag

Bei Schwerbehinderten und Behinderten wird bei der Ermittlung des für das Wohngeld maßgeblichen Jahreseinkommens ein **Freibetrag abgezogen**:

- 1.500,- € für Schwerbehinderte mit einem GdB von 100
- 1.500,- € für Schwerbehinderte mit einem GdB von mindestens 80 und häuslicher Pflegebedürftigkeit
- 1.200,- € für Schwerbehinderte mit einem GdB von unter 80 bis 50 und häuslicher Pflegebedürftigkeit

Praxistipp

Das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung bietet Wohngeld-Tabellen und die Broschüre "Wohngeld 2009 - Ratschläge und Hinweise" an. Diese können unter www.bmvbs.de > Wohngeld - Ratschläge, Hinweise und Tabellen heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

- Der Antrag auf Wohngeld erfolgt bei der örtlichen Wohngeldstelle, die auch weitere Auskünfte erteilt. Hier können auch die aktuellen Wohngeldtabellen eingesehen werden. Die Stadt- oder Gemeindeverwaltung des Wohnorts nennt die zuständige Stelle bzw. das zuständige Amt für Wohngeld.
- Das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung bietet eine Info-Hotline für Fragen zum Wohnungs- und Bauwesen, Telefon 030 183003060, Mo-Fr 9-12 Uhr.

2.13 Wohnungsbauförderung und Sozialwohnung

Im Rahmen festgelegter Einkommensgrenzen gewährt die öffentliche Hand Mittel in Form von zinsvergünstigten Darlehen oder Zuschüssen für:

- den Bau oder Erwerb eines Familienheims oder einer eigengenutzten Eigentumswohnung.
- die Finanzierung von Mehrkosten, die bei der Anpassung von Wohnraum an eine Behinderung durch besondere bauliche Maßnahmen entstehen.

Grundsätze

- Einen Rechtsanspruch auf eine Förderung gibt es nicht; es handelt sich um freiwillige Leistungen der Gemeinden.
- 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.
- 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 (s.u.), fest. Hiervon können die Bundesländer abweichen (§ 9 Abs. 3 WoFG).

Einkommensgrenzen (Bund)

In den Bundesländern gelten zumeist eigene Einkommensgrenzen, teilweise verweisen die Länder auf die folgende Bundesregelung.

Die Förderung darf nur Haushalte begünstigen, deren Jahreseinkommen bestimmte Grenzen nicht überschreitet:

- 12.000,- € für einen Einpersonenhaushalt
- 18.000,- € für einen Zweipersonenhaushalt
- zuzüglich 4.600,- € für jedes im Haushalt lebende Kind (im Sinne des Einkommenssteuergesetzes)
- zuzüglich 4.100,- € für jede weitere zum Haushalt zu rechnende Person
- zuzüglich 4.500,- € bei Schwerbehinderten mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 100 oder von mindestens 80 und häuslicher Pflegebedürftigkeit
oder
zuzüglich 2.100,- € bei Schwerbehinderten mit einem GdB unter 80 und häuslicher Pflegebedürftigkeit (§ 24 WoFG)

Diese Freibeträge für Schwerbehinderte gelten auch für die Bewilligung eines Wohnberechtigungsscheines für zweckgebundene Wohnungen für Behinderte (sogenannte "Sozialwohnungen").

Praxistipp

Für behinderungsbedingte bauliche Sondermaßnahmen können von Bund, Ländern oder Kommunen Darlehen bzw. Zuschüsse zur Verfügung gestellt werden. Eine Nachfrage vor Ort kann sich in jedem Fall lohnen.

Antrag – Wer hilft weiter?

Der Antrag auf Wohnungsbauförderung erfolgt beim Wohnungsbauförderungsamt der Gemeinde oder des Landkreises, das auch weitere Auskünfte erteilt.

2.14 Kündigungsschutz und Zusatzurlaub

Kündigungsschutz

(§§ 85 ff. SGB IX)

Die Kündigung eines Schwerbehinderten bedarf in der Regel der vorherigen Zustimmung des Integrationsamts. Die Kündigungsfrist beträgt mindestens 4 Wochen.

Zusatzurlaub

(§ 125 SGB IX)

Schwerbehinderte haben Anspruch auf zusätzlich fünf bezahlte Urlaubstage im Jahr. Bei mehr oder weniger als fünf Arbeitstagen in der Woche erhöht bzw. vermindert sich der Zusatzurlaub entsprechend.

3. Rehabilitation

Die Rehabilitation (Reha) ist ein sehr großer und komplexer Bereich, für den alle Versicherungsträger zuständig sein können und die verschiedenen Zielen dient: Wiederherstellung der Gesundheit, (Wieder-) Eingliederung ins Arbeitsleben, Verhinderung der Verschlechterung des Gesundheitszustands. Die bekanntesten Leistungen sind medizinische RehaMaßnahmen (Kuren), Umschulungen, Reha-Sport, Nachsorge nach Krebsbehandlungen und Kinderheilbehandlungen.

Im Gesundheitswesen ist mit dem Begriff "Rehabilitation" oft nur die "Medizinische Rehabilitation" gemeint.

Grundsatz

Reha(bilitation) geht vor Rente (§ 9 SGB VI).

Das heißt: Es wird möglichst versucht, mit RehaMaßnahmen den Renteneintritt zu verhindern oder zu verzögern.

3.1 Bereiche der Reha

Die Reha im weiteren Sinn umfasst 4 große Bereiche:

- Medizinische Leistungen zur Rehabilitation (§§ 26 ff. SGB IX)
Sie dienen insbesondere der Ausheilung einer Erkrankung und der Wiederherstellung der Gesundheit. Näheres unter Medizinische Rehabilitation.
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33 ff. SGB IX)
Sie werden auch als "berufliche Reha" bezeichnet und sollen die Erwerbsfähigkeit Behinderter erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern. Näheres unter Teilhabe am Arbeitsleben.
- Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen (§§ 44 ff. SGB IX)
Sie sollen bei der Wiedereingliederung Behinderter dazu dienen, das Ziel der RehaMaßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld, Reisekosten oder Kinderbetreuungskosten. Näheres unter Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation.
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§§ 55 ff. SGB IX).
Sie werden auch als "soziale Reha" bezeichnet. Dazu zählen z.B.:
 - Heilpädagogische Maßnahmen für (schwer-) behinderte Kinder, die noch nicht eingeschult sind
 - Hilfen zur Förderung der Verständigung für Hör- und Sprachbehinderte
 - Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben, z.B. Besuche von Veranstaltungen, Mitgliedschaft in einem Verein, Kauf von Büchern und Zeitungen, Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung (z.B. Bau einer Rampe für Rollstuhlfahrer, Beseitigung von Schwellen, Verbreiterung von Türen)

3.1.1 Medizinische Rehabilitation

Die Medizinische Rehabilitation ist ein Teilbereich der Rehabilitation. Sie umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Medizinische Reha wird ambulant oder stationär erbracht, ambulant hat Vorrang. Zwischen 2 Maßnahmen müssen in der Regel 4 Jahre Wartezeit liegen.

Zur Medizinischen Rehabilitation zählen z.B.:

- Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausaufenthalt
- Kinderheilbehandlung
- Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter
- Onkologische Nachsorgeleistungen
- Frühförderung behinderter Kinder und von Behinderung bedrohter Kinder
- Sozialpädiatrische nichtärztliche Leistungen
- Sozialmedizinische Nachsorge für Kinder bis 14 Jahre
- Entwöhnungsbehandlung für Suchtkranke
- Stufenweise Wiedereingliederung

- Geriatrische Rehabilitation für ältere Menschen

Im Rahmen der Medizinischen Reha können auch viele weitere Behandlungen und Leistungen erbracht werden, z.B. Krankenbehandlung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel oder Hilfsmittel.

Zuständigkeit und Voraussetzungen

Nahezu alle Träger der Sozialversicherung übernehmen unter bestimmten Voraussetzungen und nach ärztlicher Verordnung die Kosten für die Medizinische Reha. Wird eine Rehamaßnahme zur Wiederherstellung der Gesundheit durchgeführt, ist meist die Krankenkasse der Kostenträger, eine Rehamaßnahme zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit wird meist vom Rentenversicherungsträger finanziert. Näheres unter Rehabilitation > Zuständigkeit.

Allgemein gültige Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen bei jedem Träger einer Medizinischen Reha erfüllt sein:

- Die Rehamaßnahme ist aus medizinischen Gründen erforderlich.
- Die Rehamaßnahme muss vom Arzt verordnet sein und vom Kostenträger vorher genehmigt werden.

Persönliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Unter folgenden persönlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die Medizinische Rehabilitation (§ 10 SGB VI):

- Die Erwerbsfähigkeit ist wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert
und
- voraussichtlich kann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden
oder
die Erwerbsfähigkeit kann gebessert oder wiederhergestellt werden

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Unter folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die Rehabilitation (§ 11 SGB VI):

- Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren. Wartezeiten sind z.B. die Zeiten, in denen Beiträge gezahlt wurden bzw. Zeiten, in denen Rentenanwartschaften erworben wurden, z.B. Kindererziehungszeiten.
oder
- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren (§ 50 SGB VI) bei verminderter Erwerbsfähigkeit oder absehbarer verminderter Erwerbsfähigkeit
oder
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung
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 Abgestuften Erwerbsminderungsrente
oder
- Anspruch auf große Witwen/Witwer-Rente (Rentenversicherung) wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (§ 11 Abs. 3 SGB VI).

Ausschluss von Leistungen der Rentenversicherung

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die Medizinische Reha nicht (§§ 12, 13 SGB VI):

- in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit
Ausnahme: bei Behandlungsbedürftigkeit während der Medizinischen Rehabilitation
- anstelle einer ansonsten erforderlichen Krankenhausbehandlung
- wenn sie dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse nicht entspricht
- bei Bezug oder Beantragung einer Altersrente (Rente) von mindestens zwei Drittel der Vollrente (d.h.: kein Ausschluss bei Bezug/Antrag von einem Drittel bzw. der Hälfte der Vollrente)
- bei Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften
- bei Versicherungsfreiheit als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze, sogenannte Versorgungsbezüge

- bei Bezug einer Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird, sogenannte Vorruhestandsleistungen, z.B. Altersübergangsgeld
- während Untersuchungshaft oder Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehender Maßregeln oder einstweiliger Unterbringung (§ 126 a StPO)
- im Ausland. Ausnahme: Wenn aufgrund gesicherter medizinischer Erkenntnisse für die vorliegende Erkrankung ein besserer Reha-Erfolg im Ausland zu erwarten ist.

Wartezeit

Zwischen 2 bezuschussten Rehamassnahmen - egal ob ambulant oder stationär - muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen zur medizinischen Vorsorge (Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren).

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 Rehamassnahmen 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.

Ziele der Medizinischen Reha sind:

Vorsorge, um

- die Gesundheit zu stärken und einer absehbaren Erkrankung vorzubeugen.
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken.
- eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Reha vollziehen, um

- Krankheiten zu erkennen, zu heilen oder eine Verschlimmerung zu verhüten und/oder Beschwerden zu lindern.
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine bestehende Behinderung zu beseitigen, zu verbessern oder ihre Verschlechterung zu vermeiden.
- eine Pflegebedürftigkeit zu verringern oder zu vermeiden.

Ambulante und stationäre Medizinische Reha

Es gibt zwei Arten Medizinischer Rehamassnahmen, ambulante und stationäre. Letztere werden umgangssprachlich Kuren genannt.

Grundsätzlich gilt: ambulant vor stationär (§§ 23 Abs. 4, 40 Abs. 2 SGB V).

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

Ausnahme: Bei Medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter und Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren für Mütter und Väter gilt "ambulant vor stationär" nicht.

Ambulante Rehamassnahmen

Ambulante Rehamassnahmen führt der Patient wohnortnah durch bzw. nimmt sie in Anspruch. Er wohnt z.B. zu Hause, nicht in der Reha-Einrichtung, d.h. 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. Eine ambulante Rehamassnahme hat immer Vorrang vor einer stationären.

Voraussetzungen

- Eine ambulante Krankenbehandlung reicht nicht für den angestrebten Reha-Erfolg aus.
- Durchführung der ambulanten Rehamassnahme in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Einrichtungen mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung.

Dauer

Die ambulante Rehamaßnahme dauert längstens 20 Behandlungstage. Eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen möglich.

Stationäre Rehamaßnahmen

Stationäre Rehamaßnahmen werden umgangssprachlich oft als Kur bezeichnet. Der Patient wohnt für die Zeit der Reha in einer entsprechenden Einrichtung. Stationäre Rehamaßnahmen sind z.B. bei Nachbehandlungen schwerer Erkrankungen wie Herzinfarkt, Geschwulstleiden oder psychischen Erkrankungen möglich.

Voraussetzungen

- Eine ambulante Rehamaßnahme (s.o.) reicht nicht aus.
- Die stationäre Aufnahme ist aus medizinischen Gründen erforderlich.
- Durchführung der stationären Rehamaßnahme in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag.

Dauer

Sie dauern längstens 3 Wochen. Eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich.

Regelung bei Kindern bis zum 14. Geburtstag: 4-6 Wochen.

Praxistipp

Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder unter 12 Jahren betreut, an einer ambulanten oder stationären Rehamaßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe gewährt werden.

Richtlinien des GBA (Krankenkassen)

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Medizinischen Rehabilitation sogenannte Rehabilitations-Richtlinien erstellt. Diese Richtlinien können Sie unter www.g-ba.de > Informations-Archiv > Richtlinien downloaden.

Antrag

Den Antrag auf eine Medizinische Reha sollte zweckmäßigerweise der Arzt gemeinsam mit dem Patienten stellen. Der Antrag ist an den zuständigen Träger zu richten, Details unter 3.2 Rehabilitation > Zuständigkeit.

Urlaub

Ambulante und stationäre Medizinische Rehamaßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden. Deshalb besteht auch Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber (§§ 3, 9 Entgeltfortzahlungsg).

Finanzielle Leistungen während der Reha

Während einer ambulanten oder stationären Rehamaßnahme kann der Versicherte je nach individuellem Fall und Erfüllen der Voraussetzungen eine der folgenden Leistungen erhalten:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber
- Krankengeld von der Krankenkasse
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger
- Verletztengeld von der Berufsgenossenschaft

Zuzahlung

Versicherte ab Vollendung des 18. Lebensjahres müssen bei fast allen ambulanten und stationären Rehamaßnahmen 10,- € Zuzahlung pro Tag leisten.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger: Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Jugendamt oder das Sozialamt.

Informationen über Zuständigkeiten und Unterstützung bei der Antragstellung geben die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger.

3.1.2 Teilhabe am Arbeitsleben

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben" umfassen alle Rehamaßnahmen, die die Arbeits- und Berufstätigkeit von kranken und/oder behinderten Menschen fördern. Alte Begriffe dafür sind "Berufsfördernde Maßnahmen zur Reha" oder "Berufliche Reha". Teilhabe am Arbeitsleben umfasst 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.

Die Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen, meist aber von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger oder der Berufsgenossenschaft. Voraussetzungen und praktische Durchführung unter Teilhabe am Arbeitsleben > Umsetzung.

Umfang

Es gibt mehrere Arten von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unter anderem:

1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes sowie zur Förderung der Arbeitsaufnahme
2. Berufsvorbereitung
3. berufliche Bildung
4. Leistungen in Werkstätten für Behinderte
5. Übernahme weiterer Kosten
6. Zuschüsse an den Arbeitgeber

Nachfolgend ausführliche Bestimmungen zu den einzelnen Leistungen.

Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes

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

- Kosten für Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen (sogenannte Ausrüstungsbeihilfe), welche die Folgeerscheinungen der Behinderung für eine bestimmte berufliche Tätigkeit ausgleichen. 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.
- Arbeitsassistenten
- Kraftfahrzeughilfe
- Gründungszuschuss
- Fahrtkostenbeihilfe für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, so weit der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet und die berufliche Wiedereingliederung ansonsten 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 so weit eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist. Als Umzugskosten gelten z.B. Transportkosten und Reise des Familienversicherten samt Familie, nicht aber Wohnraumbeschaffungskosten wie Maklergebühren, Kautionen, Renovierungskosten. Der Umzug darf nicht später als 2 Jahre nach der Arbeitsaufnahme stattfinden.
- Wohnungshilfen Förderbeträge für Um- und Ausbaumaßnahmen im Wohnbereich, die zum Erlangen oder Erhalten des Arbeits- oder Ausbildungsortes erforderlich sind.

Berufsvorbereitung

Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zählt die Berufsvorbereitung einschließlich der wegen eines Gesundheitsschadens erforderlichen Grundausbildung. Darunter fallen z.B. die blindentechnische Grundausbildung, Vorbereitungsmaßnahmen für Gehörlose oder das Erlernen der deutschen Sprache für Ausländer.

Berufliche Bildung

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

Schulbildung

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

Die Berufsgenossenschaften und die Rentenversicherungsträger übernehmen vorwiegend die folgenden berufsfördernden Maßnahmen:

- bis zu 4 Wochen, maximal 3 Monaten in einer anerkannten Werkstatt für Behinderte zur Arbeits- und Berufsförderung im Eingangsverfahren,
- bis zu 2 Jahren im Berufsbildungsbereich als berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, aber nur dann über 1 Jahr hinaus, wenn die Leistungsfähigkeit des Behinderten weiterentwickelt oder wiedergewonnen werden kann.

Weitere Kosten

Die Berufsgenossenschaften und die Rentenversicherungsträger übernehmen auch Kosten, die mit den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Hierzu zählen z.B.:

- Lehrgangskosten
- Prüfungsgebühren
- Lernmittel
- Arbeitskleidung einschließlich Schuhwerk und Schutzkleidung
- Arbeitsgeräte (z.B. Werkzeuge, Kleinmaschinen)
- Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn für die Teilnehmer einer Maßnahme eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts nötig ist (z.B. unzumutbar weiter Anfahrtsweg) - wegen Art und Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolgs der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Zuschüsse an den Arbeitgeber

Die Rehaträger können Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 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: 50 %, in Ausnahmefällen bis zu maximal 70 % des tariflichen bzw. ortsüblichen Bruttoarbeitsentgelts, Kürzung bei einer Bezugsdauer von mehr als 1 Jahr um mindestens 10 %.
- Dauer: in der Regel 1 Jahr, in begründeten Einzelfällen maximal 2 Jahre.

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?

Rentenversicherungsträger, Integrationsamt und Integrationsfachdienst

3.1.3 Ergänzende Leistungen zur Reha

Ergänzende Leistungen zur Reha sind Leistungen, um das Ziel der Rehamaßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Reisekosten, Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten, Übergangsgeld, Schulung von Patienten und Angehörigen, Reha-Sport und Funktionstraining. Sie können auch neben den Leistungen der Medizinischen Reha und der Teilhabe am Arbeitsleben gewährt werden.

Umfang

Folgende Leistungen können zu den ergänzenden Reha-Leistungen zählen. Die möglichen Kostenträger stehen jeweils in Klammern dahinter.

- Reisekosten und Fahrtkosten, auch zum Reha-Sport (Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Agentur für Arbeit)
- Reha-Sport und Funktionstraining in Gruppen unter ärztlicher Betreuung (Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Agentur für Arbeit)
- Haushaltshilfe (Krankenkasse, Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften, Agentur für Arbeit)
- Kinderbetreuungskosten (Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Agentur für Arbeit)
- Übergangsgeld (Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Agentur für Arbeit)
- Sozialmedizinische Nachsorge (Krankenkasse)
- Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke (Krankenkasse)
- Schulung von Angehörigen, damit sie die weitere Betreuung und Pflege eines Patienten übernehmen können (Krankenkasse)
- Einweisung der Mutter in Mutter-Kind-Kursen in krankengymnastische, beschäftigungs- oder sprachtherapeutische Übungsbehandlungen (Krankenkasse)
- Schulung der Partner von Dialysepatienten (Krankenkasse)
- Ambulante Leistungen für Alkohol- und Drogenabhängige (Krankenkasse)
- Spezielle Gymnastik, Beratung und Gruppenarbeit für Rheumakranke (Krankenkasse)
- Kraftfahrzeughilfe (Berufsgenossenschaften)
- Wohnungshilfe (Berufsgenossenschaften)
- Pflegegeld Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften)
- Verletztengeld (Berufsgenossenschaften)

Voraussetzungen

Die verschiedenen Leistungsträger haben unterschiedliche Voraussetzungen für die Übernahme der Kosten für ergänzende Leistungen zur Reha.

Krankenversicherung

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 der "Einweisung der Mutter in Übungsbehandlungen" ist auch eine Bestätigung durch den MDK notwendig.

Rentenversicherung

Die Rentenversicherung übernimmt unter anderem die Kosten für ergänzende Leistungen im Zusammenhang mit einer medizinischen Rehabilitation oder einer Teilhabe am Arbeitsleben.

Unfallversicherung

Kostenübernahme, wenn ein Unfallversicherungsfall vorliegt (Arbeitsunfall, Wegeunfall oder Berufskrankheit).

Sozialhilfe

Bei Geringverdienenden oder nicht Versicherten kommt unter Umständen die Sozialhilfe für die Kosten auf.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger: Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Agentur für Arbeit oder Sozialamt.

3.2 Rehabilitation > Zuständigkeit

Nahezu alle Träger der Sozialversicherung übernehmen Rehamaßnahmen. Zuständigkeitsklärungen verhindern, dass die Kostenträger die Anträge endlos hin und her schieben und der Antragsteller das Nachsehen hat. Zudem sind die Servicestellen Ansprechpartner, die unabhängig vom Träger bei Fragen zur Reha und zur Antragstellung weiterhelfen.

Kostenträger

- Krankenkassen
sind zuständig bei Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation, so weit es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.
- Rentenversicherungsträger
erbringen Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben,
 - 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 die Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben erfüllt sind. Details siehe dort.
- Berufsgenossenschaften
sind bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.
- Agenturen für Arbeit
übernehmen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- Sozialämter
treten nachrangig für alle Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben ein, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist.
- Jugendämter
erbringen Leistungen zur Teilhabe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche und hiervon Bedrohte bis zu einem Alter von 26 Jahren, wenn kein anderer Träger der Sozialversicherung zuständig ist.

Antragstellung

Dem Reha-Antrag müssen Bescheinigungen des behandelnden Arztes über die Art der Erkrankung und die Notwendigkeit der Reha beigefügt werden. Ärztliche Bescheinigungen und Begründungen sollten so detailliert und ausführlich wie möglich sein und nicht nur Diagnose und Therapie umfassen, sondern auch die Einschränkungen des Patienten im Alltag im Vergleich zu gleichaltrigen Personen beschreiben. Das erspart Nachfragen und erhöht die Chance auf Genehmigung der Leistungen.

Zuständigkeitsklärung

(§ 14 SGB IX)

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 "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. 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 nicht, auch wenn sich später herausstellen sollte, dass der "weitere" (= zweite) Träger nicht zuständig ist. 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

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 an den zweiten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn der erste Träger ein Gutachten benötigt.
- Maximal 7 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 zureichender 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 Fall einer Selbstbeschaffung von Leistungen ist der zuständige Träger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet (§ 15 SGB IX).

Wer hilft weiter?

Wenn eine Rehabilitation empfohlen, aber noch nicht beantragt wurde, weil erst geklärt werden muss, wer als Kostenträger zuständig ist, sind die Servicestellen die richtigen Ansprechpartner.

3.3 Arbeitstherapie und Belastungserprobung

(§ 26 SGB IX)

Arbeitstherapie und Belastungserprobung unterstützen die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben und gehören zu den Leistungen der Medizinischen Rehabilitation.

Als Arbeitstherapie gelten die Ausbildung und Klärung von

- Handfertigkeiten,
 - handwerklich-technischen Fähigkeiten und/oder
 - geistig-psychischen Befähigungen (z.B. Interesse, Ausdauer, Pünktlichkeit, Auftreten im Arbeitsmilieu, Kontaktfähigkeit, Kooperationsbereitschaft)
- zur Vorbereitung auf die Arbeitsaufnahme im alten Beruf.

Als Belastungserprobung gelten

- Die Feststellung der körperlichen und geistig-seelischen Leistungsbreite durch praktische Überprüfung oder Tests.
- Die Ermittlung der Eignung eines Behinderten für die allgemeine soziale oder berufliche Wiedereingliederung in den erlernten oder einen neuen angemessenen Beruf.

Voraussetzungen und Kostenübernahme

Die Rentenversicherungsträger, die Berufsgenossenschaften oder die Krankenkassen übernehmen unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten, wenn

- die Maßnahmen ärztlich verordnet sind
- und**
- noch nicht abschließend beurteilt werden kann, welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den Versicherten notwendig werden können.

In Einzelfällen tritt die Krankenhilfe des Sozialhilfeträgers für die Kosten ein.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Reha-Träger: Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen oder das Sozialamt.

3.4 Berufsfindung und Arbeitserprobung

Berufsfindung und Arbeitserprobung dienen dazu, den geeignetsten Weg der beruflichen (Wieder-) Eingliederung zu finden. In der Regel geht es dabei um die Findung und Erprobung eines neuen beruflichen Umfeldes. Die Maßnahmen werden meist in Berufsförderungs- und Berufsbildungswerken durchgeführt.

Berufsfindung

Ziel der Berufsfindung ist es, gemeinsam mit dem Behinderten ohne feststehendem Berufsziel ein geeignetes Berufsfeld zu finden. Dabei werden das Leistungsvermögen, die Eignung und Neigung sowie die Auswirkungen der Behinderung auf eine spätere berufliche Tätigkeit geklärt.

Arbeitserprobung

Die Arbeitserprobung soll nach weitgehender Klärung und Entscheidung für einen Beruf noch bestehende Fragen zu bestimmten Ausbildungs- und Arbeitsplatzanforderungen klären.

Kostenübernahme

Beim Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen übernehmen der Rentenversicherungsträger (§ 16 SGB VI) oder die Berufsgenossenschaft (§ 35 SGB VII) die Kosten. Die Krankenkasse zahlt nachrangig. Bei Geringverdienenden oder nicht Versicherten kommt unter Umständen das Sozialamt für die Kosten auf.

Praxistipps

- Ein bundesweites Verzeichnis von Berufsbildungswerken ist mit der Bestellnummer A 713 beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales erhältlich, Telefon 0180 515151-0. Das Verzeichnis kann auch unter www.bmas.de > Publikationen > Schlagwort "Berufsbildungswerke" heruntergeladen werden.
- Ein bundesweites Verzeichnis von Berufsförderungswerken ist mit der Bestellnummer A 714 beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales erhältlich, Telefon 0180 515151-0. Das Verzeichnis kann auch unter www.bmas.de > Publikationen > Schlagwort "Berufsförderungswerke" heruntergeladen werden.

Beide Verzeichnisse liefern nicht nur Adressen mit Ansprechpersonen, sondern mitunter auch Informationen zu angebotenen Maßnahmen und zum berechtigten Personenkreis.

Wer hilft weiter?

Der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger: Berufsgenossenschaften, Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Krankenkassen, Sozialamt und die Servicestellen. Letztere haben im Zweifelsfall auch die Aufgabe abzuklären, welcher Träger für die Berufsfindung und Arbeitserprobung zuständig ist.

3.5 Haushaltshilfe für Behinderte

Behinderte können möglicherweise die Kosten für eine Haushaltshilfe geltend machen. Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt erledigt. Sie gilt entweder als ergänzende Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben oder als außergewöhnliche Belastungen, für die es Steuervorteile (siehe 2.1) gibt.

Haushaltshilfe als Ergänzende Leistung

Ergänzende Leistungen bekommt der (Schwer-)Behinderte in unmittelbarer Folge von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben. Auf diese ergänzenden Leistungen besteht ein Rechtsanspruch.

Voraussetzungen

- Der Behinderte ist wegen der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben außerhalb des eigenen Haushalts untergebracht und kann daher seinen Haushalt nicht weiterführen
und
- eine andere im Haushalt des Behinderten lebende Person kann den Haushalt nicht weiterführen
und
- ein Kind lebt im Haushalt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Wer hilft weiter?

Der zuständige Reha-Träger (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften), die Agentur für Arbeit (ehemals Arbeitsamt) oder das Finanzamt.

3.6 Reisekosten

(§ 60 Abs. 5 SGB V – § 28 SGB VI – jeweils i.V.m. § 53 SGB IX – § 43 SGB VII – §§ 5, 44, 53 SGB IX)

Reisekosten sind Fahrtkosten und damit zusammenhängende Kosten, die infolge von Krankheit, Kur oder Behinderung entstehen.

Die Reisekosten werden als ergänzende Leistung zur Reha vom jeweiligen Kostenträger übernommen, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind.

Umfang

Unter Reisekosten fallen die erforderlichen (nicht die tatsächlich angefallenen)

- Fahrt- und Transportkosten
- Verpflegungs- und Übernachtungskosten
- Kosten des Gepäcktransports
- Kosten für Kinder, deren Mitnahme an den Rehaort erforderlich ist
- Wegstrecken- und Mitnahmeentschädigung

Übernommen werden auch:

- Kosten für eine wegen der Behinderung erforderliche Begleitperson einschließlich deren Verdienstausschluss. Nachweis der Erforderlichkeit durch Schwerbehindertenausweis-Eintragung oder ärztliche Bescheinigung.
- Reisekosten für 2 Familienheimfahrten im Monat zur Familienwohnung **oder** für 2 Besuchsfahrten eines Angehörigen zum Aufenthaltsort des Versicherten werden in beiden Fällen nur dann übernommen, wenn die Leistungen zur Rehabilitation länger als 8 Wochen dauern.
- Reisekosten für einen Reisebegleiter bei Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr, die wegen einer Kinderheilbehandlung unterwegs sind.

Höhe der Kostenübernahme

Krankenversicherung

Maßgeblich für die Kostenübernahme ist das Bundesreisekostengesetz (BRKG):

- **Für Fahrtkosten und Wegstrecken** (§ 5 BRKG) € 0,20 pro km, maximal 150,-€
- **Für Verpflegung** (§ 6 BRKG i.V.m. § 4 EStG)
24,- € pro Kalendertag
12,- € bei Aufenthalt von mindestens 14 Stunden bis weniger als 24 Stunden
6,- € bei Aufenthalt von mindestens 8 Stunden bis weniger als 14 Stunden
- **Für Übernachtung** (§ 7 BRKG) 20,- €.

Renten- und Unfallversicherung

- **Für Fahrtkosten und Wegstreckenentschädigung**
0,36 € für die ersten 10 Kilometer, 0,40 € für jeden weiteren Kilometer
Bei stationärer Unterbringung
€ 0,40 für jeden vollen Kilometer bei An- und Abreise sowie bei Familienheimfahrten
- **Für Verpflegung** (§ 6 BRKG i.V.m. § 4 EStG)
24,- € pro Kalendertag
12,- € bei Aufenthalt von mindestens 14 Stunden bis weniger als 24 Stunden
6,- € bei Aufenthalt von mindestens 8 Stunden bis weniger als 14 Stunden
- **Für Übernachtung** (§ 7 BRKG)
20,- €

Die Unfallversicherung ersetzt den entgangenen Arbeitsverdienst einer **Begleitperson** (z. B. Angehörige des Versicherten), wenn der Ersatz in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Pflegekraft entstehenden Kosten steht.

Praxistipp

Die Erstattung der Reisekosten wird bei den verschiedenen Leistungsträgern unterschiedlich gehandhabt. Es ist sinnvoll, sich vor Antritt der Rehamaßnahme beim zuständigen Kostenträger zu informieren.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger:
Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen oder die Agentur für Arbeit.

3.7 Teilnahmekosten

(§§ 109, 111 SGB III)

Unter Teilnahmekosten fallen Kosten, die mit Maßnahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. unterhaltssichernder und ergänzender Leistungen Schwerbehinderter und Behinderter in Zusammenhang stehen. Die Kostenübernahme muss im Vorfeld mit der Agentur für Arbeit geklärt werden.

Zu den Teilnahmekosten **zählen** z. B.:

- Lehrgangskosten einschließlich Prüfungsgebühren
- Kosten für erforderliche Lernmittel und Arbeitsausrüstung
- Reisekosten
- Kosten für Unterkunft und Verpflegung

Höhe:

Bei Unterbringung in einem Wohnheim, in einem Internat, in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen (z.B. Berufsbildungswerk) oder beim Ausbilder mit voller Verpflegung werden die dadurch entstehenden Kosten von der Agentur für Arbeit übernommen.

Bei anderweitiger Unterbringung werden 269,- € monatlich zuzüglich behinderungsbedingter Mehraufwendungen von der Agentur für Arbeit erstattet. Die Aufwendungen müssen nachgewiesen werden. Diese Erstattung kommt z.B. dann in Frage, wenn der Behinderte sich privat eine Wohnung gesucht hat, weil diese besondere Einrichtung zu weit vom Heimatort entfernt ist und es dort keine Unterbringungsmöglichkeit gibt.

Wer hilft weiter?

Agentur für Arbeit.

3.8 Übergangsgeld

(§§ 20, 21 SGB VI i.V.m. §§ 46 ff. SGB IX – §§ 160-162 SGB III – §§ 49-52 SGB VII)

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten während der Teilnahme an Reha-Maßnahmen oder an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben. 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. Zuständig ist der Rentenversicherungsträger, die Berufsgenossenschaft oder die Agentur für Arbeit. Bei jedem Träger gelten andere Voraussetzungen.

Voraussetzungen

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Das Übergangsgeld der Rentenversicherung zählt zu den ergänzenden Leistungen der Rehabilitation.

Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld

- bei Erhalt von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.
- bei Erhalt von Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation.
- bei Arbeitsunfähigkeit oder der Unmöglichkeit einer ganztägigen Erwerbstätigkeit aufgrund der Teilnahme an einer Rehabilitation.
- während der Teilnahme an einer Berufsfindung oder Arbeitserprobung, wodurch kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt erzielt wird.
- bei Erhalt ambulanter oder teilstationärer medizinischer Leistungen anstelle stationärer medizinischer Leistungen.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Übergangsgeld muss beantragt werden.
- Übergangsgeld ist eine sogenannte Lohnersatzleistung, d.h. es wird nur dann gezahlt, wenn im Krankheitsfall kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht. In der Regel leistet der Arbeitgeber nach § 3 Entgeltfortzahlungsgesetz 6 Wochen Lohnfortzahlung.
- Der Antragsteller muss vorher aufgrund einer beruflichen Tätigkeit Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt haben und Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet haben
oder
z.B. Krankengeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II bezogen haben.
- Die rentenrechtlichen Voraussetzungen zu den Ergänzenden Leistungen zur Reha müssen erfüllt sein.

Voraussetzungen bei der Agentur für Arbeit

Die Agentur für Arbeit zahlt Übergangsgeld für Behinderte oder Schwerbehinderte, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Übergangsgeld für Schwerbehinderte und Behinderte ist eine sogenannte Lohnersatzleistung, d.h. sie wird nur dann gezahlt, wenn kein Anspruch (mehr) auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber (bis zu 6 Wochen nach § 3 Entgeltfortzahlungsgesetz) besteht.
- Der Behinderte muss die Vorbeschäftigungszeit erfüllen, d.h. er muss innerhalb der letzten 3 Jahre vor Beginn der Teilnahme an einer behindertenspezifischen Bildungsmaßnahme der Agentur für Arbeit
 - entweder mindestens 12 Monate versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein
 - oder**
 - die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II erfüllen und Leistungen beantragt haben.
- Der Vorbeschäftigungs-Zeitraum von 3 Jahren verlängert sich um die Dauer einer für die weitere Berufsausübung nützlichen Auslandsbeschäftigung, maximal um 2 Jahre.
- Die Vorbeschäftigungszeit nicht erfüllen müssen
 - Behinderte Berufsrückkehrer
 - Behinderte, die innerhalb des letzten Jahres vor Beginn der Teilnahme an einer behindertenspezifischen Bildungsmaßnahme der Agentur für Arbeit eine schulische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen haben, die einer betrieblichen Berufsausbildung gleichgestellt ist.
 - Zu den behindertenspezifischen Bildungsmaßnahmen der Agentur für Arbeit zählen Berufsausbildung, Berufsvorbereitung und berufliche Weiterbildung.

Bei bestimmten beruflichen Maßnahmen zahlt die Agentur für Arbeit anstelle von Übergangsgeld Ausbildungsgeld.

Voraussetzungen Unfallversicherung

Übergangsgeld der Unfallversicherung erhält ein Versicherter nur, wenn er infolge eines Versicherungsfalls Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhält.

Mutterschaftsgeld

Bei Anspruch auf Mutterschaftsgeld zahlen weder die Rentenversicherungsträger noch die Agentur für Arbeit Übergangsgeld, der Anspruch ruht (§ 45 Abs. 4 SGB IX). Bei der Unfallversicherung jedoch wird der Anspruch auf Mutterschaftsgeld angerechnet.

Stufenweise Wiedereingliederung

Findet eine Stufenweise Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss (maximal 14 Tage) an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation statt, dann wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende gezahlt (§ 51 Abs. 5 SGB IX).

Berechnungsgrundlage

Die Berechnungsgrundlage des Übergangsgeldes beträgt bei allen Trägern **80 % des letzten Bruttoverdienstes**, höchstens jedoch den Nettoverdienst.

Berechnung:

Das Übergangsgeld beträgt:

- 1) 75 % dieser Berechnungsgrundlage bei Versicherten:
 - die ein Kind haben
oder
 - die pflegebedürftig sind und durch ihren Ehegatten gepflegt werden, der deshalb keine Erwerbstätigkeit ausüben kann
oder
 - deren Ehegatten pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat.
- 2) 68 % dieser Berechnungsgrundlage für die übrigen Versicherten.

Arbeitslosigkeit

Empfänger von Arbeitslosengeld erhalten bei Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld in Höhe des Krankengelds.

Empfänger von Arbeitslosengeld II erhalten bei Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation weiterhin Leistungen in Höhe des ALG II.

Arbeitslosigkeit im Anschluss

Bei Arbeitslosigkeit im Anschluss an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben **vermindert** sich das Übergangsgeld um 8 % auf

- 1) 67 % der Berechnungsgrundlage
- 2) 60 % der Berechnungsgrundlage

Anrechnung

Auf das Übergangsgeld werden z. B. **angerechnet**:

- Netto-Erwerbseinkommen – unter Außerachtlassung von einmalig gezahltem Entgelt, z.B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien
- Mutterschaftsgeld, Versorgungskrankengeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld u.a.

Anpassung

Das Übergangsgeld wird an die Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte angepasst.

Dauer

Alle Träger zahlen Übergangsgeld

- für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen Rehabilitation bzw. zur Teilhabe am Arbeitsleben
- nach einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - maximal 6 Wochen
 - bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

- maximal 3 Monate
bei anschließender Arbeitslosigkeit nach einer abgeschlossenen Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, so weit kein Anspruch auf Arbeitslosengeld von 3 Monaten besteht.
- nach Abschluss von Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation bzw. zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Erforderlichkeit weiterer Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht. Allerdings wird in diesem Fall das Übergangsgeld reduziert (s.o. „Arbeitslosigkeit im Anschluss“)

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der zuständige Sozialversicherungsträger: Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften oder Agentur für Arbeit.

3.9 Ausbildungsgeld

(§§ 104-108 SGB III)

Mit dem Ausbildungsgeld fördert die Agentur für Arbeit die berufliche Eingliederung Behinderter. Es dient dem Lebensunterhalt des Behinderten, der wegen einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben keine bzw. keine ganztägige Erwerbstätigkeit ausüben kann. Die Höhe beträgt maximal 389,- € und ist abhängig von der Art der Ausbildung, von der Wohnsituation, vom Alter, vom Familienstand und vom Einkommen des Antragstellers.

Voraussetzungen

Wenn kein Übergangsgeld gewährt werden kann, erhält ein Behinderter für folgende Maßnahmen Ausbildungsgeld während einer:

- beruflichen Ausbildung
- berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme einschließlich deren Grundausbildung
- oder**
- Maßnahme im Eingangsverfahren oder Berufsbildungsbereich einer anerkannten Werkstatt für Behinderte

Antrag

Gezahlt wird das Ausbildungsgeld nur auf Antrag bei der Agentur für Arbeit. Der Antrag kann auch nach Beginn der Ausbildungsmaßnahme gestellt werden. Es ist allerdings empfehlenswert, sich so früh wie möglich mit dem zuständigen Reha-Berater der Agentur für Arbeit in Verbindung zu setzen. Die erste Zahlung richtet sich nach dem Datum des Antragseingangs bzw. nach dem Beginn der Maßnahme

Dauer und Höhe

Ausbildungsgeld wird in der Regel nur für die Dauer der Teilnahme an einer behindertenspezifischen Bildungsmaßnahme gezahlt. Bei einer Unterbrechung der Teilnahme aus gesundheitlichen Gründen wird das Ausbildungsgeld weiterbezahlt:

- bis zum Ende des dritten vollen Kalendermonats
- längstens bis zum planmäßigen Ende der Teilnahme

Die Höhe des Ausbildungsgelds ist abhängig von der Art der Ausbildung, von der Wohnsituation, von Alter und Familienstand sowie vom Einkommen des Behinderten, seiner Eltern bzw. seines Ehepartners.

1) Höhe bei beruflicher Ausbildung

Unterbringung im elterlichen Haushalt:

- Das Ausbildungsgeld beträgt **€ 389,-** monatlich.
- Behinderte, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben **und** ledig sind, erhalten **€ 310,-** monatlich.

Unterbringung im Wohnheim etc.:

Bei Unterbringung im Wohnheim, im Internat, beim Auszubildenden, in einer besonderen Behinderten-Einrichtung: Wenn die Agentur für Arbeit oder ein anderer Leistungsträger die Kosten für Unterbringung und Verpflegung erstatten, beträgt das Ausbildungsgeld unabhängig von Alter und Familienstand 102,- € monatlich.

Unterbringung in anderen Einrichtungen als den eben genannten:

- Wenn die Agentur für Arbeit oder ein anderer Leistungsträger die Kosten für Unterbringung und Verpflegung **erstatten**:
 - beträgt das Ausbildungsgeld **260,- €** monatlich.
 - Behinderte, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben **und** ledig sind, erhalten **225,- €** monatlich.
- Wenn die Agentur für Arbeit oder ein anderer Leistungsträger die Kosten für Unterbringung und Verpflegung **nicht erstatten**:

- beträgt das Ausbildungsgeld **314,- €** monatlich.
für Miete und Nebenkosten werden 146,- € monatlich gezahlt; fallen diese Kosten höher aus, erhält man zusätzlichen einen Zuschuss von maximal 72,- € monatlich.
- Behinderte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und die die Ausbildungsstätte von der elterlichen Wohnung in angemessener Zeit erreichen können oder denen Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe gewährt werden, erhalten 310,- € monatlich.

Freibeträge

- Einkommen des Behinderten aus Waisenrenten, Waisengeld, Unterhaltsleistungen bis 235,- € monatlich,
- Einkommen der Eltern des Behinderten bis 2.824,- € netto monatlich, beim verwitweten oder getrennt lebenden Elternteil bis 1.760,- € netto monatlich und/oder
- Einkommen des Ehepartners bis 1.760,- € netto monatlich

bleiben anrechnungsfrei.

Einkommen, das hier nicht aufgeführt wurde, wird auf das Ausbildungsgeld angerechnet.

2) Höhe bei berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen und Grundausbildung

Unterbringung im elterlichen Haushalt:

Das Ausbildungsgeld beträgt **212,- €** monatlich.

Unterbringung im Wohnheim, im Internat, beim Auszubildenden, in einer besonderen Behinderten-Einrichtung:

Wenn die Agentur für Arbeit oder ein anderer Leistungsträger die Kosten für Unterbringung und Verpflegung erstatten, beträgt das Ausbildungsgeld unabhängig von Alter und Familienstand 102,- € monatlich.

Unterbringung in anderen Einrichtungen als den eben genannten:

- Wenn die Agentur für Arbeit (ehemals Arbeitsamt) oder ein anderer Leistungsträger die Kosten für Unterbringung und Verpflegung **erstatten** beträgt das Ausbildungsgeld **169,- €** monatlich.
- Wenn die Agentur für Arbeit oder ein anderer Leistungsträger die Kosten für Unterbringung und Verpflegung **nicht erstatten**:
 - beträgt das Ausbildungsgeld **383,- €** monatlich.
 - für Miete und Nebenkosten werden 57,- € monatlich gezahlt; fallen diese Kosten höher aus, erhält man maximal 72,- € monatlich.
 - Behinderte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und die die Ausbildungsstätte von der elterlichen Wohnung in angemessener Zeit erreichen können oder denen Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe gewährt werden, erhalten 200,- € monatlich.

Freibeträge

- Einkommen des Behinderten aus Waisenrenten, Waisengeld, Unterhaltsleistungen bis 235,- € monatlich,
- Einkommen der Eltern des Behinderten bis 2.824,- € monatlich, beim verwitweten oder getrennt lebenden Elternteil bis 1.760,- € monatlich und/oder
- Einkommen des Ehepartners bis 1.760,- € monatlich

bleiben anrechnungsfrei.

Einkommen, das hier nicht aufgeführt wurde, wird auf das Ausbildungsgeld angerechnet.

3) Höhe bei Maßnahmen in anerkannten Werkstätten für Behinderte

Das Ausbildungsgeld beträgt unabhängig von Wohnsituation, Alter, Familienstand und Einkommen des Behinderten, dessen Eltern oder des Ehepartners:

- im ersten Jahr **62,- €** monatlich
- danach **73,- €** monatlich

Es wird keinerlei Einkommen auf das Ausbildungsgeld angerechnet.

Wer hilft weiter?

Agentur für Arbeit (ehemals Arbeitsamt, Bundesagentur für Arbeit).

3.10 Kinderbetreuungskosten

Schwerbehinderte oder Behinderte können unter bestimmten Bedingungen Kinderbetreuungskosten geltend machen. Sie gelten entweder als ergänzende Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 54 SGB IX) oder können als außergewöhnliche Belastungen nach dem Einkommensteuergesetz geltend gemacht werden (Steuervorteile für Behinderte, siehe 2.1).

Ergänzende Leistungen erhält der (Schwer-)Behinderte in unmittelbarer Folge von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben. Auf diese ergänzenden Leistungen besteht ein Rechtsanspruch. Näheres zur Zuständigkeit siehe 3. Rehabilitation.

Kinderbetreuungskosten werden erstattet:

- für die **Mitnahme** des Kindes zur Bildungsstätte **oder** für die **anderweitige Unterbringung** des Kindes, sofern dadurch die Betreuung des Kindes sichergestellt ist, in Höhe der für eine **Haushaltshilfe** zu erbringenden Leistung.
- für eine **notwendige Kinderbetreuung** bis zu einer Höhe von 130,- € monatlich je Kind.

Erwerbsbedingte Kinderbetreuungskosten

Elternpaare, bei denen beide berufstätig sind, und berufstätige Alleinerziehende können über den Kinderfreibetrag hinaus zusätzlich nachgewiesene, erwerbsbedingte Kinderbetreuungskosten für Kinder unter 14 Jahren oder behinderte Kinder absetzen. Es können zwei Drittel der Kosten abgesetzt werden, maximal 4.000,- € je Kind (§ 4 f EStG).

Wer hilft weiter?

Der zuständige Reha-Träger.

3.11 Frühförderung behinderter Kinder

(§ 30 SGB IX)

Die Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder umfasst medizinische, psychologische, pädagogische und soziale Maßnahmen, die sich sowohl auf das Kind als auch auf seine Familie und sein soziales Umfeld erstrecken können.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind für alle Leistungen bis zur Aufstellung eines Förderplans und für die medizinischen/medizinisch-therapeutischen Leistungen zuständig. Das Sozialamt ist für heilpädagogische Leistungen zuständig, dies jedoch nur vor Schuleintritt des Kindes. Das Sozialamt gewährt die Leistungen zur Frühförderung nach § 54 SGB XII als eine Form der Eingliederungshilfe.

Die Leistungen der Frühförderung umfassen:

1) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Hierzu zählen:

- ärztliche Behandlung
- sozialpädiatrische nichtärztliche Leistungen, psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, so weit und solange sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder eingetretene Behinderung zu erkennen und einen Förder- und Behandlungsplan aufzustellen
- Heilmittel, insbesondere physikalische Therapie, Physiotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie) sowie Beschäftigungstherapie aufgrund eines Behandlungsplans

2) Heilpädagogische Leistungen

Nur für Kinder, die noch nicht eingeschult sind. Hierzu zählen:

- pädagogische Mittel, welche die Entwicklung und Persönlichkeitsentfaltung des Kindes anregen
- sozialpädagogische, psychologische und psychosoziale Hilfen
- Beratung der Erziehungsberechtigten

Förderziele sind:

- Förderung von Wahrnehmung, Bewegung, Interaktion, Kommunikation, Sprache
- Vermittlung von Kompensationstechniken

- Entwicklung lebenspraktischer Fähigkeiten

Behandlungsplan

In der Regel entwickelt ein interdisziplinäres Team zusammen mit den Eltern einen Behandlungsplan. In das Team sollten Ärzte und Fachkräfte aller Richtungen einbezogen werden, die zur Entwicklung des Kindes beitragen können. Über die medizinisch und therapeutisch erforderlichen Maßnahmen entscheidet das interdisziplinäre Team der Frühförderstelle. Der Behandlungsplan wird von einem Kinderarzt sowie der verantwortlichen pädagogischen Fachkraft unterzeichnet.

Vorgehensweise

Der behandelnde Kinderarzt stellt eine Überweisung für eine entwicklungsneurologische Untersuchung des Kindes in der Frühförderstelle aus. Dort wird das Kind ärztlich untersucht und festgestellt, ob ein Bedarf an Förderung und Therapie besteht.

Die Anträge auf Frühförderung werden von den MitarbeiterInnen der Frühförderstelle gestellt. Dieser Antrag kann bei jedem der beteiligten Reha-Träger gestellt werden. Diese stimmen sich untereinander ab und entscheiden innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Förder- und Behandlungsplanes über die Leistung.

Praxistipps

- Wird für Kinder therapeutisches oder pädagogisch wertvolles Spielzeug notwendig, das die finanziellen Möglichkeiten der Eltern übersteigt, kann das Sozialamt unter Umständen einen Zuschuss als einmalige Leistung leisten.
- Der behandelnde Kinderarzt stellt eine Überweisung für eine entwicklungsneurologische Untersuchung des Kindes in der Frühförderstelle aus. Dort wird das Kind ärztlich untersucht und festgestellt, ob ein Bedarf an Förderung und Therapie besteht.
- Die Anträge auf Frühförderung werden von den Mitarbeitern der Frühförderstelle gestellt und können bei jedem der beteiligten Rehabilitationsträger gestellt werden. Diese stimmen sich untereinander ab und entscheiden innerhalb von 2 Wochen nach Vorliegen des Behandlungsplans über die Leistung.

Kostenübernahme

Die gesetzlichen Krankenkassen sind für alle Leistungen bis zur Aufstellung eines Förderplans und für die medizinischen/medizinisch-therapeutischen Leistungen zuständig.

Das Sozialamt ist für heilpädagogische Leistungen zuständig, dies jedoch nur vor Schuleintritt des Kindes. Die Eltern eines behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindes können also zur Finanzierung der Integration in den Kindergarten (und damit in die Gesellschaft) beim Sozialamt einen Antrag auf Leistungen zur Frühförderung nach § 54 SGB XII, die sogenannte Eingliederungshilfe für Behinderte, stellen. Leistungen der Sozialhilfe sind im Regelfall einkommens- und vermögensabhängig, einige Hilfen, so auch die Hilfen zur Frühförderung behinderter Kinder, werden jedoch unabhängig von Einkommen und Vermögen gewährt.

Wer hilft weiter?

Beratung und weitere Hilfen leisten Gesundheitsämter, Kinderkliniken, sozialpädiatrische Zentren, Sozialämter und Wohlfahrtsverbände.

Ein Verzeichnis von Einrichtungen und Stellen der Frühförderung in Deutschland kann unter www.bmas.de > Publikationen bestellt oder heruntergeladen werden.

3.11 Arbeitsassistenz

(§ 33 Abs. 8 Nr. 3, § 102 Abs. 4 SGB IX)

Die Arbeitsassistenz ist eine Geldleistung, mit der in der Regel körperbehinderte Arbeitnehmer Helfer bezahlen, die die Tätigkeiten ausführen, die aufgrund der Behinderung nicht möglich sind. Arbeitsassistenten lesen z.B. Blinden vor oder erledigen Boten- und Transportdienste für Rollstuhlfahrer. Je nach Unterstützungsbedarf bekommt der Arbeitnehmer 275,- € bis 1.100,- € zur Verfügung gestellt. Die Arbeitsassistenz ist eine Leistung der Teilhabe am Arbeitsleben.

Voraussetzungen

Hauptsächlich schwer sinnengeschädigte Menschen (Blinde oder Gehörlose) und Rollstuhlfahrer bekommen Arbeitsassistenz. Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Der Arbeitnehmer muss schwerbehindert sein und bei der Arbeitsausführung erheblichen Unterstützungsbedarf haben.
- Der Unterstützungsbedarf muss regelmäßig und dauerhaft sein.
- Die arbeitsvertraglichen Tätigkeiten (= Kerntätigkeiten) muss der Schwerbehinderte selbst erbringen, die Arbeitsassistenz leistet nur Hilfstätigkeiten und gleicht behinderungsbedingte Funktionseinschränkungen aus.
- Weder die behindertengerechte Arbeitsplatzgestaltung noch eine vom Arbeitgeber bereitgestellte Assistenz (z.B. Kollegenhilfe) reichen aus, damit der schwerbehinderte Arbeitnehmer seine Tätigkeit ausführen kann.

Ziele und Kostenträger

Arbeitsassistenz kann 2 Ziele anstreben:

1. einen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatz zu erlangen (§ 33 Abs. 8 Nr. 3 SGB IX). In diesem Fall wird die Arbeitsassistenz durch den zuständigen Reha-Träger (Rehabilitation > Zuständigkeit) finanziert. Der Anspruch ist auf 3 Jahre befristet.
2. einen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatz zu erhalten (§ 102 Abs. 4 SGB IX). Dann ist der Kostenträger das Integrationsamt.

Höhe

Arbeitsassistenz ist eine Geldleistung, d.h. der schwerbehinderte Arbeitnehmer bekommt ein Persönliches Budget (§ 17 SGB IX) und stellt dafür eine Arbeitsassistenz ein. Der Behinderte selbst entscheidet über den konkreten Unterstützungsbedarf, tritt dann selbst als Arbeitgeber auf und schließt mit seinem Arbeitsassistenten einen Vertrag ab. Er kann auch einen Anbieter von Assistenzdienstleistungen beauftragen, bezahlt aber auch dann die Arbeitsassistenz selbst.

Das Geld, das er vom Integrationsamt dafür zur Verfügung gestellt bekommt, richtet sich nach dem durchschnittlichen täglichen Arbeitsassistenz-Bedarf und soll in Verhältnis zum Integrationserfolg stehen, d.h. zum Einkommen, das der schwerbehinderte Arbeitnehmer erzielt.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter hat folgende monatlichen Budgets empfohlen (Stand: 1.8.2005):

Durchschnittlicher täglicher Unterstützungsbedarf	Monatliches Budget
unter 1 Stunde	bis zu € 275,-
1 Stunde bis unter 2 Stunden	bis zu € 550,-
2 bis unter 3 Stunden	bis zu € 825,-
mind. 3 Stunden	bis zu € 1.100,-

Praxistipp

Weitere Informationen zu Rechtsgrundlagen, Richtlinien und Arbeitspapieren sowie Beratung und Praxistipps zum Thema "Arbeit durch Arbeitsassistenz" gibt die "Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung" BAG UB, Schulterblatt 36, 20357 Hamburg, Telefon 040 4325312-3, Fax 040 4325312-5, www.bag-ub.de, info@bag-ub.de.

Wer hilft weiter?

Der zuständige Träger der Teilhabe am Arbeitsleben (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Agentur für Arbeit oder Sozialamt) oder das Integrationsamt.

4. Altersrente für Schwerbehinderte

(§§ 37, 236 a SGB VI)

Schwerbehinderte können bereits mit 63 Jahren in Rente gehen, wenn sie 35 Rentenversicherungsjahre vorweisen können. Zudem können sie ab 60 Jahren eine vorgezogene Altersrente beantragen, allerdings mit Abschlägen bis zu 10,8 %.

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

Geburtsjahrgänge bis 1951

Rente ab 63

Wer als Schwerbehinderter (Grad der Behinderung mindestens 50) anerkannt ist, hat bereits ab dem vollendeten 63. Lebensjahr Anspruch auf abschlagsfreie Altersrente für Schwerbehinderte, wenn er die Wartezeit (= Mindestversicherungszeit) von 35 Jahren erfüllt.

Rente ab 60

Bereits ab Vollendung des 60. Lebensjahres kann ein Schwerbehinderter Altersrente beantragen, wenn er

- die Wartezeit von 35 Jahren (= Mindestversicherungszeit) erfüllt hat
und
- die Hinzuverdienstgrenze von 400,- € monatlich nicht überschreitet - dies gilt nur bis zum 65. Geburtstag
und
- schwerbehindert mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50 ist
oder
vor dem 1.1.1951 geboren und berufs- oder erwerbsunfähig nach dem am 31.12.2000 geltenden Recht ist.

Rentenabschläge

Die vorgezogene Altersrente für Schwerbehinderte ist niedriger als die Regelaltersrente. Für jeden Monat, den die Rente vor den 63. Geburtstag vorgezogen 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 dem 63. Geburtstag	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 %

Vertrauensschutz

Versicherte, die vor dem 17.11.1950 geboren wurden und am 16.11.2000 bereits schwerbehindert bzw. berufs- oder erwerbsunfähig waren, genießen Vertrauensschutz, d.h.: Sie können die Altersrente

für Schwerbehinderte nach Vollendung des 60. Lebensjahres ohne Rentenabschläge in Anspruch nehmen.

Geburtsjahrgänge ab 1952

Ab 2012 wird die Altersgrenze für eine abschlagsfreie Altersrente für Schwerbehinderte beginnend mit dem Geburtsjahrgang 1952 schrittweise von 63 auf 65 Jahre angehoben. Gleichzeitig wird die Altersgrenze für die vorzeitige Inanspruchnahme dieser Rente von 60 auf 62 Jahre angehoben. Mit 62 ist dann ein Rentenabschlag von maximal 10,8 % in Kauf zu nehmen.

Praxistipps

- Den Antrag (Vordrucke gibt es bei den Rentenversicherungsträgern) auf Altersrente unbedingt 3 Monate vor dem gewünschten Rentenbeginn stellen, ansonsten wird Geld verschenkt. Antragsformulare gibt es bei den Rentenversicherungsträgern.
- 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, welche auch individuelle Rentenberechnungen vornehmen.

Impressum

Redaktion

beta Institut gemeinnützige GmbH
Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement
Entwicklung und Forschung in der Sozialmedizin
Kobelweg 95, 86156 Augsburg

Text

Sabine Peter
Sabine Bayer

Autoren und Herausgeber übernehmen keine Haftung für die Angaben in dieser Broschüre.

Stand: Juli 2009