

Behinderung

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen



Vorwort

Menschen mit Behinderung haben das Recht auf Selbstbestimmung und Gleichstellung in allen Bereichen der Gesellschaft. Um das zu ermöglichen, stehen ihnen verschiedene Leistungen zu, die im Sozialgesetz geregelt sind.

Im Zuge des neuen Bundesteilhabegesetzes wird es künftig einige Veränderungen im Behindertenrecht geben, die das Ziel einer umfassenden Teilhabe von Menschen mit Behinderung haben. Einige Veränderungen sind bereits 2017 in Kraft getreten, andere folgen in den nächsten Jahren.

Der vorliegende Ratgeber informiert über die wichtigsten Neuerungen, die sich durch das Bundesteilhabegesetz ergeben und stellt ausführlich dar, auf welche Nachteilsausgleiche und Möglichkeiten der Rehabilitation Menschen mit Behinderung einen Anspruch haben.

Eine Behinderung kann auch zum Verlust der Erwerbsfähigkeit führen. Damit sind Fragen zur finanziellen Absicherung bei Arbeitsunfähigkeit verbunden, die in diesem Ratgeber beantwortet werden.

Der Ratgeber soll Menschen mit Behinderung Orientierung in ihrer oftmals schwierigen Situation geben, richtet sich aber gleichermaßen an Angehörige, Freunde, Arbeitgeber und Interessierte.

Inhalt

Vorwort	2
Bundesteilhabegesetz (BTHG)	5
Was bedeutet „Behinderung“?	8
Definition Behinderung	8
Grad der Behinderung	9
Schwerbehindertenausweis	10
Merkzeichen	11
Nachteilsausgleiche	12
Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche	12
GdB-abhängige Nachteilsausgleiche	14
Arbeitsrechtliche Nachteilsausgleiche	16
Wohnen	17
Mobilität	19
Blindengeld und Blindenhilfe	22
Steuererleichterungen	23
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	26
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	26
Krankengeld	26
Verletztengeld	31
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	32
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	34
Zahlungsregelungen	34
Zuzahlungsbefreiung	35
Sonderregelung für chronisch kranke Menschen	38
Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation)	39
Kostenträger	39
Medizinische Reha	40
Berufliche Reha	46
Soziale Reha	47
Ergänzende Reha-Leistungen	48
Persönliches Budget	52
Förderung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	54
Frühförderung	54
Bildung	54
Finanzielle Leistungen bei Erwerbsminderung und -unfähigkeit	56
Erwerbsminderungsrente	56
Verletztenrente	57
Altersrente für schwerbehinderte Menschen	58
Weitere Sozialleistungen	59

Pflege	61
Definition „Pflegebedürftigkeit“	61
Pflegegrade	64
Pflegeleistungen	64
Leistungen für pflegende Angehörige	68
Patientenvorsorge	70
Vorsorgevollmacht	70
Betreuungsverfügung	70
Patientenverfügung	71
Adressen	72
Impressum	75

Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Das neu eingeführte Bundesteilhabegesetz (BTHG) revolutioniert das Behindertenrecht und soll Menschen mit Behinderung zu mehr Teilhabe und individueller Selbstbestimmung verhelfen. Erste Änderungen treten bereits 2017 in Kraft, eine umfassende Umsetzung des Gesetzes erfolgt 2020 und soll 2023 abgeschlossen sein.

Ziele

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

Inhalte

Nachfolgend die wichtigsten Inhalte des BTHG im Überblick:

- **Prävention:** Einer Behinderung soll möglichst frühzeitig entgegengewirkt werden. Die Reha-Träger werden verpflichtet, gezielt vorbeugende Maßnahmen anzubieten. Ziel ist auch, die Erwerbsfähigkeit als wichtiges Element der Teilhabe zu erhalten. Dazu sind Modellvorhaben mit den Jobcentern und der Rentenversicherung geplant.
- **Ein einziger Reha-Antrag:** Künftig soll ein einziger Antrag ausreichen, um ein umfassendes Verfahren zur Bedarfsermittlung in Gang zu setzen. Dabei wird zusammen mit dem Betroffenen ermittelt, welche Leistungen er benötigt. Es müssen nicht mehr Leistungen verschiedener Träger einzeln beantragt werden, sondern **ein** „leistender Träger“ koordiniert alle Maßnahmen.
- **Unabhängige Beratung:** Es sollen flächendeckend unabhängige Beratungsstellen eingeführt werden, damit Menschen mit Behinderung einen einfachen Zugang zu einer unabhängigen Beratung haben, die sie über mögliche Leistungen informiert. Als Berater sollen vor allem Menschen eingesetzt werden, die ebenfalls von einer Behinderung betroffen sind („Peer Counseling“), da diese aus ihrer Erfahrung heraus wichtige Informationen vermitteln können.
- **Neuausrichtung von Leistungen:** Bestehende Leistungen werden konkretisiert und ergänzt.
 - Ein „Budget für Arbeit“, das Lohnkostenzuschüsse und Unterstützung im Betrieb beinhaltet, soll eine bessere Teilhabe am allgemeinen Arbeitsleben ermöglichen.
 - Die „Teilhabe zur Bildung“ soll eine eigene Reha-Maßnahme werden, die auch Assistenzleistungen für höhere Studienabschlüsse ermöglicht.
 - Eltern mit Behinderung sollen Anspruch auf Leistungen zur Versorgung ihrer Kinder haben.
- **Mehr Einkommen:** Die Eingliederungshilfe wird aus der Sozialhilfe herausgelöst, damit Menschen

mit Behinderung nicht mehr große Teile ihres Einkommens und Vermögens einsetzen müssen, um Leistungen zu finanzieren. Das Einkommen und Vermögen ihrer Ehepartner bleibt künftig gänzlich unberührt.

- **Leistungen unabhängig von der Wohnform:** Bisher waren Leistungen für Menschen mit Behinderung maßgeblich von der Wohnform abhängig (z.B. Wohnung oder Einrichtung). Künftig sollen Leistungen nur noch von den individuellen Bedürfnissen des Menschen mit Behinderung abhängen.
- **Qualitätskontrolle:** Es findet ein „Gesamtplanverfahren“ statt, wodurch Leistungen besser aufeinander abgestimmt und deren Qualität überprüft werden. So können Anbieter sanktioniert werden, wenn sie die vereinbarten Leistungen nicht zufriedenstellend erbringen.
- **„Pools“ von Leistungen:** Bestimmte Leistungen, z.B. Schulassistenz und Fahrdienste, können für mehrere Menschen gemeinschaftlich erbracht werden, wenn dies zumutbar und gewünscht ist. Dadurch sollen kostenintensive Leistungen wirtschaftlicher eingesetzt werden.
- **Gestärkte Vertretungsrechte:** Schwerbehindertenvertretungen sollen durch mehr Ansprüche auf Freistellungen und Fortbildungen gestärkt werden, Werkstättenräte sollen mehr Mitbestimmungsrechte erhalten und in jeder Werkstatt für Menschen mit Behinderung soll es eine Frauenbeauftragte geben, um vor Diskriminierung zu schützen.

Umsetzungsprozess

Die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes verläuft schrittweise.

Reformstufe 1 (2017):

- Änderungen im Schwerbehindertenrecht:
 - Neues Merkzeichen „TBI“ für Taubblinde.
 - Geänderte Voraussetzungen für das Merkzeichen „aG“, um nicht nur orthopädische, sondern auch andere Gesundheitsursachen für eine außergewöhnliche Gehbehinderung zu berücksichtigen.
- 1. Stufe bei Verbesserungen in der Einkommens- und Vermögensheranziehung, z.B. durch Erhöhung des Einkommensfreibetrags um bis zu 260 € im Monat und des Vermögensfreibetrags auf 25.000 €.

Reformstufe 2 (2018):

- Einführung des SGB IX, Teil 1 (Verfahrensrecht) und 3 (Schwerbehindertenrecht).
- Vorgezogene Verbesserungen im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Eingliederungshilfe (im SGB XII).

Reformstufe 3 (2020):

- Trennung von Leistungen der Eingliederungshilfe von existenzsichernden Leistungen (Sozialhilfe).
- 2. Stufe bei Verbesserungen in der Einkommens- und Vermögensheranziehung:
 - Es werden 2 % des Jahresbruttoeinkommens bei Einkünften über 30.000 € brutto angerechnet.
 - Der Vermögensfreibetrag steigt auf 50.000 €.
 - Das Partnereinkommen und -vermögen wird nicht mehr herangezogen.

Reformstufe 4 (2023):

- Änderung des leistungsberechtigten Personenkreises in der Eingliederungshilfe (§ 99 SGB IX).



Wer hilft weiter?

Nähere Informationen zum Bundesteilhabegesetz gibt es unter www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Inklusion/Fragen-und-Antworten/fragen-und-antworten.html.

Was bedeutet „Behinderung“?

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

Behindert zu sein bedeutet also nicht zwangsläufig im Rollstuhl zu sitzen oder nichts sehen zu können. In ihrer Lebensführung „behindert“ sind auch Menschen mit körperlichen oder seelischen Erkrankungen, die zu Einschränkungen führen.

Für Menschen mit Behinderung gibt es bestimmte Hilfen und Unterstützungen, die hauptsächlich im SGB IX geregelt sind. Gemeinsames Ziel der Gesetze ist es, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen zu fördern.

Definition Behinderung

Grundlage der Definitionen von Behinderung im Sozialgesetzbuch (SGB) ist das Behinderungsverständnis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Diese Klassifikation kann beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) kostenlos unter www.dimdi.de/static/de/klassi/icf heruntergeladen oder als Buch für 32 € bestellt werden.

Die zentrale **sozialrechtliche Definition** ist im SGB IX (§ 2 Abs. 1 SGB IX) und im Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (§ 3 BGG) verankert: als **behindert** gelten Menschen, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist“.

Schwerbehindert nach § 2 Abs. 2 SGB IX sind Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB, siehe S. 9) ab 50. Die Anerkennung als schwerbehindert weist man mit einem Schwerbehindertenausweis nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt (siehe S. 10). Dieser kann neben dem GdB auch Merkzeichen enthalten, welche die Art der Behinderung genauer bezeichnen (siehe S. 11). Nach dem GdB und den Merkzeichen richten sich die Nachteilsausgleiche, die behinderte Menschen erhalten können (siehe S. 12).

Gleichstellung

Unter bestimmten Voraussetzungen kann die Agentur für Arbeit auf Antrag eine Gleichstellung bewilligen. Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von weniger als 50, aber mindestens 30, erhalten die Gleichstellung, wenn sie dadurch einen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder behalten können.

Gleichgestellten steht, wie schwerbehinderten Menschen auch, ein besonderer Kündigungsschutz zu. Sie haben jedoch keinen Schwerbehindertenausweis und keinen Anspruch auf Zusatzurlaub, Altersrente für schwerbehinderte Menschen oder Erleichterungen im Personenverkehr.

Praxistipp!

Der Antrag auf Gleichstellung muss unmittelbar bei der Agentur für Arbeit gestellt werden, unter Vorlage des Feststellungsbescheids des Versorgungsamts und eines Schreibens des Arbeitgebers, der den Antragsteller als schwerbehinderten Menschen einstellen bzw. weiterbeschäftigen würde. Die Gleichstellung wird mit dem Tag der Antragsstellung wirksam. Sie kann befristet werden.

Grad der Behinderung

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

GdB und GdS (Grad der Schädigungsfolgen) sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. GdB und GdS werden nach den gleichen Grundsätzen bemessen. Die Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass der GdS nur auf Schädigungsfolgen (kausal) bezogen ist, während der GdB sich auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache (final) bezieht. GdB und GdS werden in 10er-Graden bis maximal 100 angegeben.

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung nach den „**Versorgungsmedizinischen Grundsätzen**“. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und krankheitsbezogene Einzelangaben über die Höhe des GdB bzw. GdS. Sie können u.a. beim Bundesjustizministerium eingesehen werden (www.gesetze-im-internet.de/versmedv/anlage.html). Es handelt sich dabei nur um einen Orientierungsrahmen; die Berechnung des GdB/GdS ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

Für die Bemessung des GdB ist 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.

Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderung gibt das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter 030 221 911 006, Mo-Do von 8-20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeit der jeweiligen Leistungsträger beantworten die örtlichen Reha-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.
- Der Sozialverband VdK Deutschland e.V. unterstützt Betroffene bei der Beantragung und hilft bei Widerspruchsverfahren. Voraussetzung ist eine Mitgliedschaft für 6 € im Monat. Weitere Informationen unter www.vdk.de/deutschland.

Schwerbehindertenausweis

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

Antrag

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

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte aufführen, die am besten über die genannten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. körperliche Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den Grad der Behinderung.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Lichtbild beilegen.

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



Praxistipp!

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines Menschen mit Schwerbehinderung oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung hinzu, sollte beim Versorgungsamt ein **Antrag auf Erhöhung des GdB** gestellt werden.

Gültigkeitsdauer

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

Ausnahme: Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden. Bei Kindern und Jugendlichen gelten andere Regelungen.

Die Gültigkeit kann auf Antrag höchstens 2x verlängert werden. Danach muss ein neuer Ausweis beantragt werden.

Merkzeichen

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

Merkzeichen aG - außergewöhnlich gehbehindert

Die Fortbewegung ist aufs schwerste eingeschränkt und dauerhaft nur mit fremder Hilfe oder großer Anstrengung möglich.

Merkzeichen B - Begleitung erforderlich

Die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel ist infolge einer Behinderung nur mit fremder Hilfe möglich.

Merkzeichen Bl - blind

Das Augenlicht fehlt vollständig, die Sehschärfe beträgt auf keinem Auge mehr als 1/50 oder andere Störungen des Sehvermögens (z.B. Gesichtsfeldeinengungen) liegen vor, die mit der Sehschärfe 1/50 gleichzusetzen sind.

Merkzeichen G - erheblich gehbehindert

Die Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr ist infolge einer Einschränkung des Gehvermögens, durch innere Leiden, Anfälle oder Störungen der Orientierungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt. Eine Bewältigung von fußläufigen Wegstrecken ist nur mit Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren möglich.

Merkzeichen Gl - gehörlos

Gehörlosigkeit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit schwerer Sprachstörung.

Merkzeichen H - hilflos

Menschen mit Behinderung, die nicht nur vorübergehend (mehr als 6 Monate) für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung der persönlichen Existenz dauernd fremder Hilfe bedürfen.

Merkzeichen RF - rundfunkbeitragsbefreit

Berechtigt sind

- Blinde oder nicht nur vorübergehend wesentlich sehbehinderte Menschen mit einem GdB von mindestens 60 allein wegen der Sehbehinderung.
- Gehörlose oder Hörgeschädigte, denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist.
- Menschen mit Behinderung mit einem GdB von mindestens 80, die wegen ihres Leidens dauerhaft nicht an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen können.

Merkzeichen TBl - taubblind

Schwerbehinderte Menschen, bei denen wegen einer Störung der Hörfunktion ein GdB von mindestens 70 und wegen einer Störung des Sehvermögens ein GdB von 100 anerkannt ist.

Nachteilsausgleiche

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

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig vom Merkzeichen und vom Grad der Behinderung (GdB). Die folgenden Aufzählungen geben einen Überblick über die verschiedenen Nachteilsausgleiche:

Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche

Merkzeichen aG – außergewöhnlich gehbehindert

- kostenlose Beförderung im öffentlichen Personenverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (80 €/Jahr)
- Kraftfahrzeugsteuerbefreiung
- behinderungsbedingte Privatfahrten als außergewöhnliche Belastung steuerlich absetzbar: bis zu 15.000 km x 0,30 € = 4.500 €
- kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen
- blauer Parkausweis
- Krankenkasse **kann** Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung übernehmen
- Bei Altersrente oder Erwerbsminderungsrente Mehrbedarfserhöhung bei der Sozialhilfe: 17 %
- Bei GdB 50 und höher: Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit steuerlich absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale)

Merkzeichen B – Notwendigkeit ständiger Begleitung

- kostenlose Beförderung der Begleitperson
 - im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen
 - bei den meisten innerdeutschen Flügen
 - blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr
- Urlaubskosten der Begleitperson bis 767 € steuerlich absetzbar
- Oranger Parkausweis
- Begleitperson von Kurtaxe befreit

Merkzeichen Bl – blind

- kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr
- Kraftfahrzeugsteuerbefreiung
- Rundfunkbeitrag

- Befreiung für Empfänger von Blindenhilfe
- Ermäßigung bei GdB 60 allein wegen Sehbehinderung
- Sozialtarif der Telekom bei GdB von mindestens 90: Vergünstigung von 8,72 € netto monatlich (siehe Merkzeichen RF)
- Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommenssteuererklärung: 3.700 €
- Blauer Parkausweis, Parkplatzreservierung
- Gewährung von Blindenhilfe und in vielen Ländern Landesblindengeld
- in vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde
- Krankenkasse **kann** Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen übernehmen

Merkzeichen G – erheblich gehbehindert

- kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke **oder** 50 % Kfz-Steuerermäßigung
- Abzugsbetrag für behinderungsbedingte Privatfahrten bei einem GdB ab 70: bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900 €
- Bei Altersrente oder Erwerbsminderungsrente Mehrbedarfserhöhung bei der Sozialhilfe: 17 %
- Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen
- Bei GdB 50 und höher: Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale)

Merkzeichen GI – gehörlos

- kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr **oder** 50 % Kfz-Steuerermäßigung
- Sozialtarif bei der Telekom bei einem GdB von 90: Ermäßigung bei den Verbindungsentgelten bis zu 8,72 € netto monatlich
- Rundfunkbeitrag
 - Befreiung für Taubblinde
 - Ermäßigung für Menschen, die sich auch mit Hörhilfen nicht ausreichend verständigen können
- Gehörlosengeld in Berlin, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt
- in vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde

Merkzeichen H – hilflos

- kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr
- Kraftfahrzeugsteuerbefreiung
- Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommenssteuer: 3.700 €
- in vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde
- Pflegepauschbetrag für Pflegende: 924 €
- Krankenkasse **kann** Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen übernehmen

Merkzeichen RF – rundfunkbeitragsbefreit

- Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 5,83 €/ Monat

- Telekom Sozialtarif: Ermäßigung um 6,94 €/ Monat bei bestimmten Tarifen, nicht bei Flatrates.

Merkzeichen TBI

- Befreiung vom Rundfunkbeitrag
- Erhöhtes Landesblindengeld in Bayern und Berlin

GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

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

GdB 30/40

- Gleichstellung (dadurch Kündigungsschutz)
- Steuerfreibetrag: GdB 30 = 310 €; GdB 40 = 430 €

GdB 50

- Schwerbehinderteneigenschaft mit Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis
- Steuerfreibetrag: 570 €
- Kündigungsschutz
- eine Arbeitswoche Zusatzurlaub
- Freistellung von Mehrarbeit
- begleitende Hilfe im Arbeitsleben
- vorgezogene Altersrente bzw. Pensionierung von Beamten
- Stundenermäßigung bei Lehrern (bundeslandabhängig)
- Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung für behinderte Arbeitnehmer in Werkstätten für Menschen mit Behinderung
- Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z.B. ADAC, AvD (Satzungen der Clubs)
- Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit: 2.100 €
- Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit: 1.500 €
- Ermäßigung oder Befreiung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)
- Begleitende Hilfe im Arbeitsleben
- Bei Merkzeichen G und aG wahlweise bei der Steuer absetzbar:
 - Entfernungskostenpauschale 30 ct/km **oder**
 - die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit
- Pflegepersonen können Pflegepauschbetrag absetzen: 924 €
- Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderungen bzw. Erkrankungen
- Preisnachlass bei mehreren Festnetz- und Mobilfunkbetreibern

GdB 60

- Steuerfreibetrag: 720 €

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

GdB 70

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

GdB 80

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

GdB 90

- Steuerfreibetrag: 1.230 €
- Sozialtarif bei der Telekom: bei Blindheit, Gehörlosigkeit oder Sprachbehinderung. Ermäßigung bei den Verbindungsentgelten bis zu 8,72 € netto monatlich im Rahmen des Sozialtarifs. Nur für bestimmte Tarife, nicht bei Flatrates.

GdB 100

- Steuerfreibetrag: 1.420 €
- Freibetrag beim Wohngeld: 1.500 €
- gegebenenfalls Freibetrag bei der Erbschafts- und Schenkungssteuer
- vorzeitige Verfügung über Bausparkassen- bzw. Sparbeträge
- Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 €
- In vielen Kommunen Hundesteuerermäßigung für ausgebildete Hunde, z.T. auch bei niedrigerem GdB

Freiwillige Nachteilsausgleiche

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

- Eintrittspreisermäßigungen (z.B. für Filme, Theater, Sportveranstaltungen, Museen)
- Benutzung der Abteile und Sitze, die schwerbehinderten Menschen in Verkehrsmitteln vorbehalten sind

- bevorzugte Abfertigung in Ämtern
- Beitragsermäßigungen für Mitglieder von Vereinen, Interessenverbänden etc.

Arbeitsrechtliche Nachteilsausgleiche

Um Menschen mit Behinderung die Teilnahme am Arbeitsleben zu erleichtern, haben sie unter bestimmten Voraussetzungen einen besonderen Kündigungsschutz und Anspruch auf zusätzliche Urlaubstage.

Kündigungsschutz

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

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

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

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

Nichtbekanntsein der Schwerbehinderung

Kündigt der Arbeitgeber einem schwerbehinderten oder gleichgestellten Beschäftigten, ohne von dessen Behinderung zu wissen, gilt trotzdem der besondere Kündigungsschutz. Die Zustimmung des Integrationsamtes ist notwendig. Beschäftigte können dann im Falle der Kündigung trotzdem ihren besonderen Kündigungsschutz geltend machen. Hierfür müssen sie allerdings spätestens 3 Wochen nach der Kündigung den Arbeitgeber informieren.

Zusatzurlaub

Schwerbehinderte Arbeitnehmer mit einem GdB von 50 und mehr haben Anspruch auf einen zusätzlichen bezahlten Urlaub von in der Regel einer Arbeitswoche. Im Allgemeinen sind dies 5 zusätzliche Tage im Urlaubsjahr. Bei Mitarbeitern, die regelmäßig mehr oder weniger als 5 Tage in der Woche arbeiten, erhöht oder vermindert sich der Zusatzurlaub entsprechend. Bei einer Teilzeitarbeitsbeschäftigung ist ebenfalls die Verteilung der Arbeitszeit auf die Wochentage maßgeblich für die Dauer des Zusatzurlaubs. Der Anspruch auf Zusatzurlaub entsteht ab dem Zeitpunkt, ab dem das Versorgungsamt die Schwerbehinderteneigenschaft feststellt.

Den Anspruch auf Zusatzurlaub müssen Beschäftigte beim Arbeitgeber – am besten schriftlich unter Vorlage einer Kopie des Schwerbehindertenausweises – geltend machen.

Anteiliger Zusatzurlaub

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

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

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

Freistellung von Mehrarbeit

Schwerbehinderte Arbeitnehmer sind auf ihr Verlangen von Mehrarbeit freizustellen.

Wohnen

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

Wohnraumförderung

Mieter mit Behinderung haben grundsätzlich einen Anspruch auf Zustimmung des Vermieters zu **behindertengerechten Umbaumaßnahmen**, allerdings auf eigene Kosten. Der Zustimmungsanspruch besteht nicht, wenn das Interesse des Vermieters oder anderer Mieter daran, dass die Umbaumaßnahmen nicht durchgeführt werden, höher ist, als das des Mieters an der Durchführung.

Zudem kann der Vermieter den Zuspruch davon abhängig machen, dass der Mieter ihm eine Sicherheit in Höhe der Kosten leistet, die beim Rückbau der Maßnahmen anfallen. Am Ende der Mietzeit ist der Mieter verpflichtet den Umbau auf eigene Kosten wieder rückgängig zu machen.

Die Voraussetzungen und die Höhe von Zuschüssen, sog. „leistungsfreien Darlehen“, für behindertengerechte Neu- oder Umbauten sind vom jeweiligen Bundesland abhängig.

Darlehen

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

Einen Rechtsanspruch auf eine Förderung gibt es nicht; es handelt sich um freiwillige Leistungen der Gemeinden.

Folgendes sollte beachtet werden:

- Ein Neubauvorhaben wird in der Regel nur dann unterstützt, wenn der Antrag **vor** Baubeginn gestellt wurde bzw. beim Kaufvorhaben der Kaufvertrag noch nicht unterschrieben ist.
- Je nach Bundesland muss ein unterschiedlicher Eigenkapitalanteil erbracht werden. Diese Mindestbeteiligung beträgt 10-25 % der Baukosten.
- Besonders hochwertige Neubauten werden grundsätzlich nicht gefördert. Je nach Bundesland gibt es unterschiedliche Wohnflächengrenzen.

- 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 (WoFG § 9), fest. Hiervon können die Bundesländer abweichen.

Praxistipps!

- 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.
- Die KfW-Gruppe legt regelmäßig Programme zum Immobilienkauf oder alten- oder behinderten-gerechten Umbau auf. Dabei handelt es sich in der Regel um zinsgünstige Kredite, die über die eigene Hausbank zu beantragen sind und auch auf diesem Weg ausgezahlt werden. Infos bei der Hausbank oder auf www.kfw.de, unter „Privatpersonen“.
- Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen: Pflegekassen fördern die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen pro Pflegebedürftigem mit bis zu 2.500 € und pro Wohngruppe mit maximal 10.000 €.
- Das Kompetenznetzwerk Wohnen bietet eine umfangreiche Linkliste mit Anlaufstellen zu Fördermöglichkeiten in allen Bundesländern: www.kompetenznetzwerk-wohnen.de/sub/de/foerdermoeglichkeiten.

Freibetrag für 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.

Dauer und Anspruch

Das Wohngeld wird in der Regel für 12 Monate gewährt und muss möglichst vor Ablauf der Bezugszeit neu beantragt werden. **Keinen** Anspruch auf Wohngeld haben:

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

Freibetrag bei Schwerbehinderung

Bei schwerbehinderten Menschen wird bei der Ermittlung des für das Wohngeld maßgeblichen Jahreseinkommens ein Freibetrag von 1.500 € abgezogen:

- bei einem Grad der Behinderung (GdB) von 100 oder
- bei einem GdB von unter 100, aber Pflegebedürftigkeit und gleichzeitiger häuslicher oder teil-

stationärer Pflege oder Kurzzeitpflege

Wer hilft weiter?

- Der Antrag auf Wohngeld erfolgt bei der örtlichen Wohngeldstelle, die auch weitere Auskünfte erteilt und bei der die aktuellen Wohngeldtabellen eingesehen werden können.
- Aktuelle Wohngeldtabellen können auch auf der Seite des Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit abgerufen werden unter www.bmub.bund.de > Themen > Stadt-Wohnen > Wohnraumförderung > Wohngeld > Wohngeldtabellen.

Mobilität

Um Betroffenen zu ermöglichen, trotz ihrer Behinderung möglichst mobil sein zu können, gibt es verschiedene Leistungen, welche die Mobilität erleichtern und diesbezügliche Nachteile ausgleichen.

Nahverkehr

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

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

Voraussetzungen

- Orange Fläche auf dem Schwerbehindertenausweis **und**
- gültiges Beiblatt mit Wertmarke

Wertmarke

Schwerbehinderte Menschen, die von der kostenfreien Beförderung Gebrauch machen wollen, müssen einen **Eigenanteil** von 80 € jährlich (40 € halbjährlich) zahlen. Dafür wird eine **Wertmarke** ausgegeben, die zusammen mit dem Schwerbehindertenausweis als Nachweis für die Freifahrtberechtigung dient. Einkommensschwache blinde und hilflose Menschen (Merkzeichen Bl oder H im Schwerbehindertenausweis) sind von der Eigenbeteiligung befreit.

Auch ohne Wertmarke können Reisegepäck, Rollstühle und andere Hilfsmittel, Führhunde oder Begleitpersonen (diese nur bei Merkzeichen B) kostenfrei mitgeführt werden. Dies gilt auch für den Fern- und Flugverkehr.

Fernverkehr

Im **Fernverkehr** können Menschen mit einem GdB von mindestens 70 die BahnCard 50 zum halben Preis erwerben. Außerdem gibt es zusätzliche Serviceleistungen, die Menschen mit Behinderung das Reisen erleichtern, beispielsweise Hilfen beim Ein-, Um- und Aussteigen.

Im **Flugverkehr** werden die Bedürfnisse behinderter Menschen ebenfalls berücksichtigt. Wichtig ist, dass der Fluggast bei der Ticketbuchung, spätestens aber 48 Stunden vor dem Flug, seine Einschränkungen

kungen und Bedürfnisse mitteilt. Dann können Leistungen wie eine Betreuung am Check-in-Schalter, die Nutzung von Sonderbetreuungsräumen oder ein Rollstuhlservice zum erleichterten Umstieg organisiert werden.

Wer hilft weiter?

- Hilfe und Informationen gibt der Mobilitätsservice der Deutschen Bahn unter 0180 6512512. Auf der Website www.bahn.de/barrierefrei kann zudem die Broschüre „Reisen für alle – Bahn fahren ohne Barrieren!“ kostenfrei heruntergeladen werden.
- Die jeweiligen Flughäfen erteilen Informationen über Serviceleistungen und Anlaufstellen für behinderte Fluggäste.

Führerschein und Auto

Auch Menschen mit Behinderung können einen Führerschein erwerben. Unter Umständen wird dieser dann mit Einschränkungen oder bestimmten Auflagen versehen. Zudem können Autos den Bedürfnissen behinderter Menschen angepasst und entsprechend umgebaut werden. Hierfür gewähren einige Autohersteller spezielle Rabatte.

Wer wegen seiner Behinderung dauerhaft auf ein Auto angewiesen ist, um seinen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz zu erreichen, erhält Leistungen nach den Bestimmungen der Kraftfahrzeughilfverordnung (KfzHV). Dies umfasst:

- Zuschüsse zur Beschaffung eines Kraftfahrzeugs (einkommensabhängig; maximal 9.500 €)
- Übernahme der Kosten der behinderungsbedingten Zusatzausstattung (in vollem Umfang und einkommen unabhängig)
- Zuschüsse zur Erlangung einer Fahrerlaubnis (einkommensabhängig)

Kostenträger

Die Zuschüsse werden, je nach Zuständigkeit, durch Reha-Träger (Renten- oder Unfallversicherung), das Integrationsamt oder die Agentur für Arbeit erbracht.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Kostenträger.

Praxistipp!

Ein Verzeichnis von Fahrschulen, die sich auf Menschen mit Behinderung spezialisiert haben, sowie Informationen rund um den behindertengerechten Umbau von PKW's können unter www.autoanpassung.de abgerufen werden.

Parken

Oranger Parkausweis

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

- im eingeschränkten Halteverbot und auf Anwohnerparkplätzen bis zu 3 Stunden zu parken. Die

Ankunftszeit ist durch eine Parkscheibe kenntlich zu machen.

- im Zonenhalteverbot oder in Parkbereichen, wo Parkzeitbegrenzungen bestehen, die zugelassene Parkdauer zu überschreiten.
- in Fußgängerzonen während der Ladezeit zu parken.
- in verkehrsberuhigten Bereichen auch außerhalb der gekennzeichneten Flächen zu parken, sofern der durchgehende Verkehr nicht behindert wird.
- an Parkuhren und Parkscheinautomaten ohne Gebühr und zeitlich unbegrenzt zu parken.

Voraussetzungen:

- 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.

Blauer Parkausweis

Seit 2001 wird ein einheitlicher EU-Parkausweis bei Schwerbehinderung ausgestellt, der in allen EU-Ländern gilt. Nur der blaue EU-Parkausweis berechtigt zum Parken auf Behindertenparkplätzen mit Rollstuhl-Symbol.

Wer einen blauen Parkausweis hat, kann alle oben beschriebenen „oranen“ Parkerleichterungen in Anspruch nehmen. Zudem kann

- für bestimmte Halteverbotsstrecken, in denen mit Parkausweis 3 Stunden geparkt werden darf, eine längere Parkzeit beantragt werden.
- im absoluten Halteverbot mit Zusatzschild „Be- und Entladen frei, Ein- und Aussteigen frei“ bis zu 3 Stunden geparkt werden. Ankunftszeit mit Parkscheibe einstellen.

Voraussetzungen:

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



Praxistipps!

- 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 bei Schwerbehinderung ohne das Merkzeichen aG im Schwerbehindertenausweis ein, z.B. bei Osteoporose oder bei einer vorübergehenden außergewöhnlichen Gehbehinderung.

Fahrdienste

Wenn ein Mensch aufgrund seiner Behinderung nicht in der Lage ist die öffentlichen Verkehrsmittel zu benutzen, um z.B. seine Arbeitsstelle zu erreichen, können unter bestimmten Voraussetzungen Kosten für Fahrdienste der Gemeinden oder Wohlfahrtsverbänden übernommen werden. Die Fahrdienste werden z.B. von der Krankenkasse oder vom örtlichen Sozialhilfeträger finanziert. Dabei werden kostenlose Fahrgutscheine ausgegeben oder der Betroffene zahlt den jeweils geltenden Tarif für die private Beförderung. Wurde die Fahrt von der Krankenkasse oder einem Träger der Sozialen Reha genehmigt, rechnen die meisten Fahrdienste direkt mit den Anbietern ab. Fahrdienste sind freiwillige Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht.

Blindengeld und Blindenhilfe

Blinde Menschen haben Anspruch auf finanzielle Unterstützungsleistungen: das Landesblindengeld oder die Blindenhilfe.

Landesblindengeld

Blinde oder hochgradig sehschwache Menschen können in einigen Bundesländern eine finanzielle Unterstützung zum Ausgleich ihrer Beeinträchtigungen erhalten. Das sog. „Landesblindengeld“ wird unabhängig vom Alter, Einkommen und Vermögen gewährt und unterscheidet sich je nach Bundesland in seiner Höhe. Näheres unter www.betanet.de, Suchbegriff „Landesblindengeld“.

Blindenhilfe

Die Blindenhilfe ist ein einkommens- und vermögensabhängiger Nachteilsausgleich, der als Teil der Sozialhilfe bundesweit geregelt ist. Die Blindenhilfe kann nachrangig zum Landesblindengeld gewährt werden. Ein Anspruch besteht nur bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze (§§ 85 ff., 87 Abs. 1 SGB XII).

Höhe

Die Blindenhilfe beträgt

- für blinde Menschen ab 18 Jahren: 681,75 € monatlich
- für blinde Menschen bis 17 Jahre: 340,88 € monatlich

Erhalten blinde Menschen bei häuslicher Pflege Leistungen der Pflegeversicherung, sind diese Leistungen bis zu 70 % auf die Blindenhilfe anzurechnen.



Wer hilft weiter?

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

Steuererleichterungen

Um den Mehraufwand behinderter Menschen auszugleichen, können entweder pauschalisierte Beträge je nach Grad der Behinderung oder die tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Aufwendungen steuermindernd geltend gemacht werden.

Umfang

Zu den Steuervergünstigungen zählen:

- Kinderfreibetrag (§ 32 Abs. 6 EStG, alternativ zum Kindergeld)
- erwerbsbedingte Kinderbetreuungskosten
- Pauschbetrag für Menschen mit Behinderung
- außergewöhnliche Belastungen bei Pflegepersonen, Pflegepauschbetrag
- außergewöhnliche Belastungen durch private Kraftfahrzeugkosten
- tatsächliche Kosten für Arbeitsweg absetzbar

Sonderausgaben für Kinderbetreuung

Als Sonderausgaben können für Dienstleistungen zur Betreuung eines zum Haushalt des Steuerpflichtigen gehörenden Kindes unter 14 Jahren oder eines körperlich, geistig oder seelisch behinderten Kindes unter 25 Jahren, das seinen eigenen Unterhalt nicht bestreiten kann, zwei Drittel der Aufwendungen, maximal 4.000 € je Kind, geltend gemacht werden. Dies gilt nicht für Aufwendungen für Unterricht, die Vermittlung besonderer Fähigkeiten sowie für sportliche und andere Freizeitbeschäftigungen.



Praxistipp!

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

Pauschbetrag für Menschen mit Behinderung

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

Der Freibetrag kann

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

Die Pauschbeträge erhalten

- Menschen mit Behinderung, die einen Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 haben
- Menschen mit Behinderung 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 Merkzeichen Bl 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 Menschen mit alten Einstufungen in Fünfer-Schritten erfasst werden müssen.

Die Pauschbeträge werden stets in voller Höhe gewährt, auch wenn die Voraussetzungen nicht während des ganzen Kalenderjahres vorgelegen haben. Wird der GdB verringert oder erhöht, gilt für das jeweilige Kalenderjahr der Pauschbetrag nach dem höchsten GdB.

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

Praxistipp!

Bei 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. Der Pauschbetrag eines behinderten Kindes wird jeweils zur Hälfte auf beide Elternteile übertragen, außer die Eltern wünschen beide eine andere Aufteilung.

Außergewöhnliche Belastungen für Pflegepersonen

Wer einen hilflosen (Merkzeichen H), schwerbehinderten (GdB von mindestens 50) oder pflegebedürftigen Menschen mit Pflegegrad 4 oder 5 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. Die Kosten beziehungsweise der Pflegepauschbetrag gelten als außergewöhnliche Belastung und können zusätzlich zu den o.g. Pauschbeträgen geltend gemacht werden.

Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson für die Pflege keine Einnahmen erhält. Pflegegeld gilt nicht als Einnahme.

Außergewöhnliche Belastungen durch private Kraftfahrzeugkosten

Menschen mit Behinderung können behinderungsbedingte Fahrten (z.B. zum Arzt, zur Apotheke, zur Therapiebehandlung, zur Schule, zur Behörde) als außergewöhnliche Belastung 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 einem Fahrtenbuch nachgewiesen werden.
- **Merkzeichen aG, Merkzeichen BI und Merkzeichen H:** Fahrten bis zu 15.000 km jährlich (à 30 ct/km = 4.500 €) können abgesetzt werden, sofern sie nachgewiesen oder glaubhaft gemacht werden (z.B. durch ein Fahrtenbuch).

Besondere Vergünstigungen bekommen Menschen mit Behinderung auch bei der Kraftfahrzeugsteuer.

Fahrten zur Arbeit

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

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

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



Wer hilft weiter?

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

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Eine Behinderung kann zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. In diesem Fall stehen dem Betroffenen finanzielle Leistungen der Sozialversicherungsträger oder des Sozialamts zu. Voraussetzung hierfür ist eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes.

Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und die voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen.

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Die Entgeltfortzahlung ist eine arbeitsrechtliche Regelung und keine Leistung der Sozialversicherung. Ziel ist es, soziale Härten zu vermeiden. Besonders chronisch kranke Menschen sind im Krankheitsfall auf die Absicherung durch den Arbeitgeber angewiesen.

Arbeitnehmer haben einen gesetzlichen Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung, wenn ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von mindestens 4 Wochen besteht. Die Entgeltfortzahlung beträgt 100 % des üblichen Arbeitsentgelts.

Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn der Arbeitnehmer mindestens 6 Monate wegen derselben Erkrankung nicht arbeitsunfähig war. „Dieselbe Erkrankung“ bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.

Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer neuen Krankheit beruht und erst **nach** Ende der ersten Arbeitsunfähigkeit auftritt, führt in der Regel zu einem neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Falls jedoch **während** einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung **nicht**.



Praxistipp!

Falls der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung leistet, die Krankenkasse noch kein Krankengeld zahlt und weder Einkünfte noch verwendbares Vermögen zur Verfügung stehen, ist es sinnvoll, sich bezüglich finanzieller Hilfen an das Sozialamt zu wenden.

Krankengeld

Gesetzlich Versicherte, die länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind oder während der Arbeitsunfähigkeit ihren Arbeitsplatz verlieren, erhalten Krankengeld von der Krankenkasse.

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung, d.h. es wird nur gezahlt, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch (mehr) auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht.

Voraussetzungen

Weitere Voraussetzungen sind:

- Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit **oder**

- stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung.
- Es handelt sich immer um **dieselbe Krankheit** bzw. um eine eindeutige Folgeerkrankung derselben Grunderkrankung. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine **weitere** Krankheit auf, verlängert sich die Leistungsdauer dennoch **nicht**.

Hauptberuflich Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, haben in der Regel **keinen** Anspruch auf Krankengeld. Um bei Krankheit dennoch finanziell abgesichert zu sein, gibt es folgende Möglichkeiten:

- Erklärung gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Krankengeldanspruch umfassen soll (sog. „Wahlerklärung“): Der Versicherte muss dann statt dem ermäßigten Beitragssatz von 14,0 % den allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % zahlen und hat ab der 7. Woche Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld (Basisschutz).
- Abschluss eines Wahltarifs für das Krankengeld, um den Basisschutz in Höhe und Dauer zu ergänzen oder zu ersetzen.
- Abschluss einer privaten Krankentagegeldversicherung.

Ebenfalls **keinen Anspruch** auf Krankengeld haben z.B.:

- Familienversicherte.
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 48).
- Studenten (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres).
- Praktikanten.
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts, eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts.
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz 4) und Sozialgeld.

Beginn des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt.



Praxistipp!

Für einen Anspruch auf Krankengeld ist es wichtig, auf eine lückenlose Attestierung durch den Arzt zu achten. Spätestens am Werktag nach dem letzten Tag der Krankschreibung muss beim Arzt ein neues Attest ausgestellt werden. Samstage gelten nicht als Werktage. Ist das ärztliche Attest beispielsweise bis Freitag gültig, ist spätestens am Montag der Arzt aufzusuchen.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70% des Arbeitsentgelts (sog. Bruttoentgelt),
- maximal aber 90% des Nettoarbeitsentgelts.

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

Berechnungsbeispiel
Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt. Das folgende Berechnungsbeispiel enthält keine regelmäßigen Zusatzleistungen.
Monatlich brutto 3.000 € $3.000 \text{ €} : 30 = 100 \text{ €}$ davon 70 % = 70 €
Monatlich netto 1.800 € $1.800 \text{ €} : 30 = 60 \text{ €}$ davon 90 % = 54 €
Das Krankengeld beträgt brutto 54 € täglich.

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der 3 genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel zusätzlich ein Abzug von 12,13 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern bzw. von 12,38 % bei kinderlosen Empfängern.

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

Bei freiwillig Versicherten, deren regelmäßiges Arbeitsentgelt über der Versicherungspflichtgrenze liegt, wird das Arbeitsentgelt nur bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. 2017 ist das ein Betrag von 145 € (= Beitragsbemessungsgrenze 52.200 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts ausmacht, kann es **maximal 101,50 €** täglich betragen. Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt. Bei Bezug von Arbeitslosengeld wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt.

Dauer

Die Dauer des Krankengelds wegen derselben Krankheit beträgt maximal 78 Wochen (546 Kalendertage) innerhalb von 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**. Die Blockfrist beginnt mit dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für die ihr zugrunde liegende Krankheit.

Die Leistungsdauer verlängert sich **nicht**, wenn während der Arbeitsunfähigkeit eine andere Krankheit hinzutritt, sondern es beginnt eine neue Blockfrist. Es ist möglich, dass mehrere Blockfristen nebeneinander laufen.

Nach Ablauf der Blockfrist entsteht ein erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Erkrankung, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

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

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

Beispiel

Der Arbeitgeber zahlt bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers dessen Arbeitsentgelt bis zu 6 Wochen weiter, d.h.: Der Anspruch auf Krankengeld besteht zwar, aber er ruht. Erst danach gibt es Krankengeld.

Die 6 Wochen Entgeltfortzahlung werden aber wie Krankengeld-Bezugszeiten behandelt, sodass noch maximal 72 Wochen (78 Wochen abzüglich 6 Wochen = 72 Wochen) Krankengeld gezahlt wird.



Praxistipp!

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

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

- bei Erhalt von (mehr als einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt. Das gilt besonders bei Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall bis zu 6 Wochen. Wenn das Arbeitsentgelt niedriger als das Krankengeld ist, wird die Differenz als Krankengeld geleistet. Nicht darunter fallen Zuschüsse zum Krankengeld, wenn sie zusammen mit dem Krankengeld das Nettoeinkommen nicht übersteigen.
- bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, Mutterschaftsgeld, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld; auch bei Ruhen dieser Ansprüche wegen einer Sperrzeit.
- solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Wenn der behandelnde Arzt oder der Arzt des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) die Erwerbsfähigkeit des Versicherten als erheblich gefährdet oder gemindert einschätzt und dies der Krankenkasse mitteilt, kann die Krankenkasse dem Versicherten eine **Frist von 10 Wochen** setzen, um einen **Antrag auf Reha-Maßnahmen** zu stellen.

Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht fristgerecht nach, ruht mit Ablauf der Frist der Anspruch auf Krankengeld. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf.

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der

Erwerbsfähigkeit) haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 56) umwandelt.

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

- Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Landabgabenrente, jeweils aus dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte,
- Teilrente wegen Alters oder Erwerbsminderung,
- Knappschaftsausgleichsleistung, Rente für Bergleute,

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

Praxistipp!

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

Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft und ist der Patient noch immer arbeitsunfähig, dann endet seine Mitgliedschaft als Pflichtversicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung (sog. „Aussteuerung“).

Die Krankenkasse informiert das Mitglied rund 2 Monate vor der Aussteuerung über die Möglichkeit, seinen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung zu erklären. Liegt innerhalb von 2 Wochen keine Austrittserklärung vor, wird der Versicherte automatisch am Tag nach der Aussteuerung als freiwilliges Mitglied weiterversichert („obligatorische Anschlussversicherung“). Besteht Anspruch auf eine Familienversicherung, hat diese Vorrang vor der freiwilligen Versicherung.

Praxistipps!

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

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Verletztengeld

Wer aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit arbeitsunfähig ist, erhält Verletztengeld von der Unfallversicherung. Verletztengeld ist eine ähnliche Leistung wie das Krankengeld der Krankenkasse.

Voraussetzungen

- Arbeitsunfähigkeit infolge eines Arbeits- oder Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit **oder**
- wenn eine ganztägige Erwerbstätigkeit wegen einer Heilbehandlung nicht ausgeübt werden kann **und**
- am Tag vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder Heilbehandlung Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, Pflegeunterstützungsgeld (Pflegezeit), Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II (Hartz 4) oder Mutterschaftsgeld bestand.

Höhe

Das Verletztengeld beträgt monatlich

- 80 % des Arbeitsentgelts (sog. Bruttoentgelt),
- maximal aber das Nettoarbeitsentgelt.

Bei der Berechnung werden auch die Einmalzahlungen in den letzten 12 Monaten vor der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt. Das Verletztengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt.

Ist der Berechtigte freiwillig in der Unfallversicherung versichert, gelten abweichende Regelungen.

Dauer

Die Zahlung des Verletztengelds **beginnt**

- mit dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit **oder**
- mit dem Tag des Beginns der Reha-Maßnahme.

Die Zahlung des Verletztengelds **endet**

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



Wer hilft weiter?

Auskünfte erteilen die Unfallversicherungsträger.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn ein Versicherter keinen Anspruch mehr auf Krankengeld hat, aber weiterhin arbeitsunfähig ist, kann er unter bestimmten Voraussetzungen Arbeitslosengeld beantragen. Dieses sog. „Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld“ überbrückt Zeiten bis eine andere Leistung, z.B. Erwerbsminderungsrente, gezahlt wird.

Voraussetzungen

Um Arbeitslosengeld auch bei Arbeitsunfähigkeit zu erhalten, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Arbeitsunfähigkeit (= weniger als 3 Stunden am Tag arbeitsfähig).
- Arbeitslosigkeit oder Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der **Anwartschaftszeit**: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 2 Jahren vor der Arbeitslosenmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weswegen kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurde entweder Erwerbsminderungsrente beim zuständigen Rentenversicherungsträger beantragt oder Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung. Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt.

Dauer

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

Höhe

Die Höhe des Arbeitslosengelds richtet sich nach dem tatsächlichen Arbeitsentgelt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit). Es kommt nicht darauf an, was der Arbeitslose aufgrund der Minderung seiner Leistungsfähigkeit hätte verdienen können. Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds rückwirkend Übergangsgeld gezahlt oder Rente gewährt, erhält der Arbeitslose nur den evtl. überschüssigen Betrag. War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss er den überschüssigen Betrag jedoch nicht zurückzahlen.

Praxistipps!

- Wird dem Arbeitslosen vom Rentenversicherungsträger **Arbeitsfähigkeit von mehr als 15 Stunden pro Woche** bescheinigt, muss er sich, um weiterhin Arbeitslosengeld zu beziehen, der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen. Dies gilt auch, wenn er mit der Entscheidung des Ren-

tenversicherungsträgers nicht einverstanden ist und gerichtlich gegen diese vorgeht.

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

Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Menschen mit Behinderung bekommen in der Regel auch Leistungen der Krankenversicherung, z.B. Medikamente. Hierbei müssen sie einen Teil der Kosten in Form von Zuzahlungen selbst tragen. Die folgenden Seiten informieren über die Höhe der Zuzahlungen und die Möglichkeiten, sich unter bestimmten Voraussetzungen von Zuzahlungen befreien zu lassen.

Zuzahlungsregelungen

Bei Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln müssen Patienten ab 18 Jahren zu folgenden Leistungen der Krankenkasse Zuzahlungen leisten:

Arznei- und Verbandmittel

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

Unter www.gkv-spitzenverband.de > Versicherten-Service > Zuzahlungen und Befreiungen > Befreiungsliste Arzneimittel ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. In der Summe bezahlt der Patient also Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind. Für Patienten lohnt es sich immer, aktiv nach kostengünstigeren Alternativen zu fragen.

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungen, z.B. Physiotherapie.

Zuzahlung: 10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

Hilfsmittel

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

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

Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln (z.B. Einmalhandschuhen) beträgt die Zuzahlung 10 %

der Kosten, maximal jedoch 10 € monatlich.

Häusliche Krankenpflege

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

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

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die für den Patienten Aufgaben im Haushalt übernimmt.

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

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

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

Fahrtkosten

Zuzahlung: 10 % der Fahrtkosten (für medizinisch angeordnete Fahrten), mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten der Fahrt.

Zuzahlungsbefreiung

Wer im Laufe eines Jahres mehr als 2 % seines Bruttoeinkommens an Zuzahlungen leistet (sog. „Belastungsgrenze“), kann sich und seine Angehörigen, die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreien lassen bzw. erhält den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet.

Diese **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass insbesondere chronisch Kranke, Menschen mit Behinderung, Versicherte mit geringem Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden.

Berechnung der Belastungsgrenze

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

Ausnahme: Ist ein Ehepartner beihilfeberechtigt und/oder privat krankenversichert, werden die Zuzahlungen, die dieser evtl. leisten muss, nicht als Familienzuzahlung berechnet. Beim Familieneinkommen werden allerdings beide Einkommen herangezogen und somit als Grundlage für die Zuzahlungsbefreiung genommen.

Angehörige des Versicherten sind z.B.:

- Ehepartner
- Kinder bis zum 18. Geburtstag
- Kinder ab dem 18. Geburtstag, wenn sie familienversichert sind
- Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz)

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft beziehungsweise Partner einer nicht eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft.

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein **Freibetrag** abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten 5.355 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.570 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.356 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.678 €.
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten 7.356 €.

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

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

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

- Kindergeld
- Elterngeld in Höhe von 300 € bzw. 150 € (bei doppeltem Bezugszeitraum)
- Landeserziehungsgeld
- Ausbildungsförderung (BAföG)

- Pflegegeld
- Blindenhilfe
- Taschengeld vom Sozialamt für Heimbewohner
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn diese der Grundrente nach dem BVG entspricht oder geringer ist
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“

Berechnungsbeispiel
Ehepaar mit 2 Kindern: Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
----- minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.355 €
----- minus Freibetrag für 2 Kinder: 14.712 € (2 x 7.356 €)
----- davon 2 % = Belastungsgrenze: 198,66 €
Wenn im Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 198,66 € im Jahr übersteigen, verzichtet die Krankenkasse auf darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

Ist ein Ehepaar bei verschiedenen Krankenkassen, dann errechnet eine Kasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und teilt dies der anderen Kasse mit. Die Krankenkasse stellt dem Versicherten ggf. eine **Zuzahlungsbefreiung** aus, sodass dieser für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten muss.

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz 4) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt, d.h.: Die jährliche Belastungsgrenze beträgt 98,16 €, bei chronisch Kranken 49,08 €.

Praxistipps!

- Da die Belastungsgrenze erst im Nachhinein wirksam ist, sollten Patienten immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Verschiedene Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem im Jahresverlauf alle Quittungen von Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Die Krankenkasse wird die Zuzahlungen zurückerstatten, die die 2-%ige Belastungsgrenze übersteigen. Bei Erreichen der Belastungsgrenze wird für den Rest des Jahres eine Bescheinigung für die Zuzahlungsbefreiung ausgestellt.

Sonderregelung für chronisch kranke Menschen

Für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt eine reduzierte Belastungsgrenze: Sie gelten bereits dann als „belastet“, wenn sie mehr als 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen ausgeben müssen.

Definition „schwerwiegend chronisch krank“

Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer sich wenigstens ein Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens 1x pro Quartal in ärztlicher Behandlung befindet und **mindestens eines** der folgenden Kriterien erfüllt:

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

Voraussetzungen

Diese reduzierte Belastungsgrenze gilt ab bestimmten Altersgruppen nur, wenn sich der Patient an regelmäßiger Gesundheitsvorsorge beteiligt hat oder therapiegerechtes Verhalten nachweisen kann. Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Gesundheitsuntersuchungen sind Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen, schweren geistigen Behinderungen oder Versicherte, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Zur regelmäßigen Gesundheitsvorsorge zählen altersabhängig folgende Maßnahmen:

- Wer nach dem 1.4.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 2. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen teilnehmen.
- Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an einer Krebsart erkranken, für die Krebsvorsorgeuntersuchungen angeboten werden, müssen die Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben.
- Gesundheitsuntersuchungen und Beratung müssen mittels einer ärztlichen Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten dokumentiert werden (sog. „Präventionspass“). Ausgenommen von der Feststellung therapiegerechten Verhaltens sind schwerbehinderte Menschen mit einem GdB über 60 und Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad von mindestens 3.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation)

Ziel der Leistungen zur Teilhabe ist, dass Menschen mit Behinderung ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben führen können. Insgesamt ist „Reha und Teilhabe“ ein sehr komplexes Thema. Das liegt unter anderem daran, dass unterschiedliche Kostenträger dafür zuständig sein können und dass sich deshalb Bestimmungen zu Reha, Teilhabe und Behinderung in verschiedenen Sozialgesetzbüchern finden. Zudem wird das Bundesteilhabegesetz (BTHG) in mehreren Stufen (beginnend 2017) deutliche Umstrukturierungen bringen.

„Reha“ wird häufig als Synonym für „Teilhabe“ verwendet. Leistungen zur Teilhabe umfassen

- Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation (Medizinische Reha)
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Reha)
- Leistungen zur sozialen Teilhabe, ehemals „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ genannt (Soziale Reha)
- unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (ergänzende Reha-Maßnahmen)

Ausblick:

Im Zuge des BTHG wird es zukünftig die eigene Leistungsgruppe „Leistungen zur Teilhabe an Bildung“ geben, um Menschen mit Behinderung einen gleichberechtigten Zugang zu Bildung zu ermöglichen.

Kostenträger

Nahezu alle Träger der Sozialversicherung können für die Kostenübernahme von Leistungen zur Teilhabe zuständig sein.

- **Rentenversicherungsträger:** erbringen Leistungen zur Medizinischen Reha und zur Teilhabe am Arbeitsleben.
- **Krankenkassen:** sind zuständig für Leistungen zur Medizinischen Reha, soweit es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger diese Leistungen erbringen.
- **Unfallversicherung:** ist bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für Leistungen der medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft verantwortlich.
- **Träger zur sozialen Entschädigung:** übernehmen bei Gesundheitsschäden für ihre Leistungsberechtigten die Leistungen zur Medizinischen Reha, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.
- **Agenturen für Arbeit:** übernehmen Leistungen zur Beruflichen Reha, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- **Sozialämter:** treten nachrangig für die Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha ein, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist.

Medizinische Reha

Ziele von Medizinischen Reha-Maßnahmen sind die Wiederherstellung der Gesundheit, die (Wieder-)Eingliederung ins Arbeitsleben und/oder die Verhinderung einer Verschlechterung des Gesundheitszustands.

Grundsätzlich gilt: Reha vor Rente.

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

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.

Durch diese sog. „**Zuständigkeitsklärung**“ soll verhindert werden, 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 zweite Träger nicht zuständig ist. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf den Versicherten.

Ist ein Gutachten zur Ermittlung des Rehabedarfs nötig, muss das Gutachten 2 Wochen nach Auftragserteilung vorliegen und die Entscheidung über den Antrag 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen sein.

In der Praxis werden Anträge, die bei der Krankenkasse gestellt werden, i.d.R an die Rentenversicherung weitergeleitet, wenn

- der Antragsteller noch nicht aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist,
- Ansprüche gegenüber der Rentenversicherung hat **und**
- durch die Reha eine Wiederherstellung/Verbesserung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten ist.



Wer hilft weiter?

Wenn eine Reha empfohlen, aber noch nicht beantragt wurde, weil erst geklärt werden muss, wer als Kostenträger zuständig ist, sind die sog. „Reha-Servicestellen“ die richtigen Ansprechpartner. Sie bieten Unterstützung in allen Fragen zur Rehabilitation. Es gibt sie bei fast allen Kommunen und sie arbeiten trägerübergreifend. Adressen unter www.reha-servicestellen.de.

Ambulante Reha-Maßnahmen

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

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

Ambulante Reha-Maßnahmen werden wohnortnah durchgeführt. Der Patient wohnt zu Hause und besucht tagsüber 4 bis 6 Stunden die behandelnde Einrichtung.

Voraussetzungen

- Eine ambulante **Krankenbehandlung** reicht für den angestrebten Reha-Erfolg nicht aus.
- Die ambulante Reha-Maßnahme wird in Vertragskliniken bzw. Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Einrichtungen (Kliniken) mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung durchgeführt. Ob eine ambulante Reha in einer Klinik ohne Versorgungsvertrag stattfinden darf, muss im Einzelfall immer vom Sozialversicherungsträger geprüft werden.

Dauer

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

Stationäre Reha-Maßnahmen

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

Voraussetzungen

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

Dauer

Stationäre Reha-Maßnahmen dauern in der Regel 3 Wochen. Eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich.

Antrag

Den Antrag auf eine Medizinische Reha-Maßnahme beim zuständigen Träger sollte der Arzt gemeinsam mit dem Patienten stellen. Erforderlich sind zudem eine ärztliche Bescheinigung, Arztbericht(e) und der sog. „Selbstauskunftsbogen“.

Der Leistungsumfang bei Reha-Maßnahmen liegt im Ermessen des Sozialversicherungsträgers und wird aufgrund medizinischer Erfordernisse festgelegt.

Erkennt der behandelnde Arzt die Notwendigkeit einer Reha, so muss er bei der Krankenkasse einen Antrag stellen. Kommt nach Ansicht der Krankenkasse eine Reha-Maßnahme und sie selbst als Kostenträger in Betracht, dann bekommt der Arzt die „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ zugeschickt. Falls der Antrag bei einem anderen Kostenträger (z.B. Rentenversicherung) gestellt werden muss, wird dies von der Krankenkasse mitgeteilt.

Eigentlich genügt bei den Anträgen auf Reha-Maßnahmen die Angabe der Indikationen nach der ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten). Es ist jedoch empfehlenswert, dass der Arzt die Notwendigkeit der Medizinischen Reha ausführlich begründet. Das vermindert das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger. Es kann durchaus sein, dass der MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) über das ärztliche Attest hinaus den Patienten zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Reha-Maßnahme zu prüfen.

Wartezeit zwischen den Reha-Maßnahmen

Zwischen zwei bezuschussten Reha-Maßnahmen, egal ob ambulant oder stationär, muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen der medizinischen Vorsorge. Ausnahmen macht die Krankenkasse nur bei medizinisch dringender Erforderlichkeit. Dies muss mit Arztberichten oder einem Gutachten des behandelnden Arztes bei der Krankenkasse begründet werden.

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

Wahl der Reha-Einrichtung

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

- Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann der Patient selbst eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse. Diese versucht, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und der Erkrankung des Versicherten, den Wünschen des Patienten zu entsprechen.
- Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, kann der Arzt eine Reha-Einrichtung vorschlagen. Soll die Maßnahme in einer bestimmten Einrichtung stattfinden, muss der Arzt das ausdrücklich vermerken und möglichst auch begründen. Hier können z.B. die persönliche Lebenssituation, das Alter oder besondere Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen.



Praxistipp!

Das „Handbuch Reha- und Vorsorgeeinrichtungen“ enthält einen Überblick über rund 1.500 Reha-Kliniken. Es erscheint jedes Jahr im Verlag MMI und liegt z.B. in Beratungsstellen aus. Adressen von Reha-Kliniken können auch unter www.kurklinikverzeichnis.de gefunden werden.

Zuzahlungen zur Krankenversicherung

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung. Näheres zu Zuzahlungen und Zuzahlungsbefreiung siehe S. 34.

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

Für eine **stationäre** Medizinische Reha-Maßnahme der Rentenversicherung beträgt die Zuzahlung 10 € täglich für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres. Wird die Medizinische Reha-Maßnahme als Anschlussheilbehandlung erbracht, ist die Zuzahlung der 10 € auf maximal 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt.

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

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- bei Kinderheilbehandlung,
- bei ambulanten Leistungen,
- von Patienten, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

- von Beziehern von Übergangsgeld ohne zusätzliches Erwerbseinkommen,
- von Beziehern von Arbeitslosengeld II (Hartz 4) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung,
- von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.191 € liegt.

Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

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

Die Zuzahlung richtet sich bei Antragstellung 2017 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
bis 1.191 €	keine
ab 1.191 €	9,50 €
ab 1.200 €	10 €

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

Wenn die Voraussetzungen vorliegen, kann eine Befreiung von der Zuzahlung beantragt werden. Dem Antrag sind eine Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers oder eine behördliche Bescheinigung (Rentenbescheid) und ggf. weitere Hinzuverdienstbescheinigungen beizufügen.



Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden. Für den Zeitraum der Reha muss der Arbeitgeber Entgeltfortzahlung leisten.
- Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe (siehe S. 50) gewährt werden.

Anschlussheilbehandlung

Die Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Weiterbehandlung in einer spezialisierten Reha-Einrichtung. Ziel einer Anschlussheilbehandlung ist es, verloren gegangene Funktionen oder Fähigkeiten wiederzuerlangen oder auszugleichen und die Patienten wieder an die Belastungen des Alltags und Berufslebens heranzuführen.

Voraussetzungen

Eine der folgenden **versicherungsrechtlichen** Voraussetzungen muss erfüllt sein:

- Wartezeit von 15 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren **oder**
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente **oder**
- Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit) bei verminderter oder in absehbarer Zeit ge-

fährdeter Erwerbsfähigkeit **oder**

- Anspruch auf große Witwen- bzw. Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Persönliche und medizinische Voraussetzungen

- Indikation nach der Indikationsliste (s.u.).
- Akutphase der Erkrankung bzw. Wundheilung muss abgeschlossen sein.
- Patient muss frühmobilisiert sein, z.B. durch krankengymnastische Übungen im Krankenhaus.
- Patient muss selbsthilfefähig sein, d.h. ohne Fremdhilfe zur Toilette gehen, selbstständig essen, sich allein waschen und ankleiden können.
- Patient sollte reisefähig sein. Ein Krankentransport ist nur in Not- und Ausnahmefällen möglich.

Anschlussheilbehandlungs-Indikationsgruppen sind:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krankheiten der Gefäße
- entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- degenerativ-rheumatische Erkrankungen und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen
- Erkrankungen des Verdauungssystems und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen
- hormonelle Erkrankungen
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata
- neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven
- Krebserkrankungen
- gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen

Beginn und Dauer

Eine Anschlussheilbehandlung muss bereits von den behandelnden Krankenhausärzten eingeleitet werden. Nach der Entlassung ist es für niedergelassene Ärzte nur in Ausnahmefällen möglich, eine Anschlussheilbehandlung zu begründen. Sie muss in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung beginnen, möglichst jedoch direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt.

Die Kosten werden in der Regel für 3 Wochen übernommen. Eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich.

Antrag

Die Kostenübernahme muss beim zuständigen Reha-Träger beantragt werden.

Wer hilft weiter?

Informationen sind beim zuständigen Kostenträger erhältlich: Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft oder Sozialamt.

Stufenweise Wiedereingliederung

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

Während der Stufenweisen Wiedereingliederung ist der Arbeitnehmer noch krankgeschrieben. Möglich ist die Stufenweise Wiedereingliederung in der Regel nur, wenn der Arbeitgeber zustimmt. Findet sie im unmittelbaren Anschluss an eine Medizinische Reha-Maßnahme statt, d.h. wird sie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus einer Reha-Klinik angetreten, ist die Rentenversicherung zuständiger Kostenträger. Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig.

Voraussetzungen

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

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

Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Arbeitnehmer haben im Gegensatz zu nicht schwerbehinderten Arbeitnehmern einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn ein Wiedereingliederungsplan mit allen aus ärztlicher Sicht zulässigen Arbeiten und eine Prognose darüber vorliegen, ob und wann mit der vollen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. Mit Hilfe dieser Angaben kann der Arbeitgeber dann prüfen, ob ihm die Beschäftigung zumutbar ist. Hält der Arbeitgeber die Beschäftigung für nicht zumutbar, kann er die Mitwirkung an der Wiedereingliederung unter Benennung der Gründe ablehnen.

Dauer

Die Dauer der Stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand. In der Regel dauert sie zwischen 6 Wochen und 6 Monaten.

Finanzielle Leistungen

In der Regel erhält der Versicherte während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sog. „Entgeltersatzleistungen“, d.h. Krankengeld von der Krankenkasse, Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, Verletztengeld von der Berufsgenossenschaft oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit. Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für den Arbeitgeber.



Praxistipp!

Arzt und Patient füllen gemeinsam den Antrag auf Stufenweise Wiedereingliederung aus und erstellen einen „Wiedereingliederungsplan“, aus dem hervorgeht, mit welcher Tätigkeit und Stundenzahl der Arbeitnehmer beginnt und in welchem Zeitraum Art und Umfang der Tätigkeit gesteigert werden.



Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Berufsgenossenschaften oder Rentenversicherungsträger, behandelnder Arzt und Arbeitgeber.

Berufliche Reha

Die „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA), auch „Berufliche Reha“ genannt, umfassen alle Maßnahmen, die die Arbeits- und Berufstätigkeit von Menschen mit Behinderung fördern.

Leistungen zur Berufsförderung

Die Berufsförderung dient dazu die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen. Dabei soll möglichst der bisherige Arbeitsplatz oder zumindest der bisherige Beruf erhalten werden. Leistungen sind die Kosten für technische Arbeitshilfen, Hilfen zur Einrichtung eines behindertengerechten Arbeitsplatzes und Maßnahmen zur beruflichen Weiterbildung.

Berufliche Neuorientierung

Wenn eine Umschulung erforderlich ist, kann diese in einem Betrieb oder Bildungsträger, gegebenenfalls auch in einem Berufsförderungswerk oder einer besonderen Rehaeinrichtung durchgeführt werden. Die Umschulung erfolgt in der Regel in anerkannten Ausbildungsberufen und dauert meist 2 Jahre. Wenn ein neuer Arbeitsplatz gefunden werden muss, können Kosten für befristete Probebeschäftigungen sowie für Bewerbungen und Vorstellungsgespräche übernommen werden. Arbeitgeber können Zuschüsse für Kosten der Eingliederung und für Arbeitshilfen erhalten. Auch eine finanzielle Förderung zur beruflichen Selbstständigkeit ist möglich.

Berufliche Trainingszentren

Berufliche Trainingszentren sind Sozialeinrichtungen zur beruflichen Rehabilitation für Menschen mit einer psychischen Behinderung. Hier können Berufsperspektiven erarbeitet und die Eingliederung ins Arbeitsleben vorbereitet werden.

Berufsförderungswerke

In Berufsförderungswerken können behinderte Erwachsene, die wegen der Art und Schwere der Behinderung ihren Beruf nicht mehr ausüben und die auch nicht im Betrieb oder einer allgemeinen Weiterbildungseinrichtung umgeschult werden können, eine spezielle Fortbildung oder Umschulung absolvieren.

Werkstätten für Menschen mit Behinderung

Menschen mit Behinderung, die wegen der Art oder Schwere der Behinderung (noch) nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, können in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung arbeiten. Nach einem Eignungsverfahren werden dort berufsfördernde Maßnahmen und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit angeboten. Wenn möglich, werden die behinderten Menschen auf eine Vermittlung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereitet.

Arbeitsassistenz

Arbeitsassistenten sind z.B. Gebärdendolmetscher für Gehörlose oder Vorleser für Blinde. Sie unterstützen den behinderten Menschen regelmäßig bei der Arbeitsausführung und versetzen ihn so in

die Lage, anforderungsgerechte Arbeitsleistungen zu erbringen. Die Kosten übernimmt der Reha-Träger, wenn sie dazu dienen, einen Arbeitsplatz zu bekommen. Wenn dadurch ein Arbeitsplatz erhalten werden soll, sind die Integrationsämter zuständig.

Beschäftigung schwerbehinderter Menschen

Arbeitgeber mit mindestens 20 Arbeitsplätzen sind verpflichtet, wenigstens 5 % der Plätze an schwerbehinderte Menschen zu vergeben. Bei einer besonders schwierigen Eingliederung von behinderten Auszubildenden kann die Agentur für Arbeit auch 2 Pflichtarbeitsplätze anrechnen. Für jeden nicht mit einem schwerbehinderten Menschen besetzten Pflichtarbeitsplatz müssen Ausgleichsabgaben von bis zu 260 € monatlich und gegebenenfalls auch ein Bußgeld gezahlt werden. Für Arbeitgeber mit weniger als 60 Arbeitsplätzen gibt es Sonderregelungen. Zudem wird die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen durch Geldleistungen an den Arbeitgeber gefördert.

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

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

Ausblick:

Das BTHG hat eine stärkere Personenzentrierung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für dauerhaft erwerbsgeminderte Menschen zum Ziel. Es sollen Alternativen zur Beschäftigung in Werkstätten für Menschen mit Behinderung geschaffen werden, durch

- Beschäftigung bei einem anderen Leistungsanbieter oder
- Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit Unterstützung der Arbeitgeber durch das „Budget für Arbeit“.



Wer hilft weiter?

- Die Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen, meist von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger oder der Berufsgenossenschaft. Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst, Adressen unter www.integrationsaemter.de.
- Informationen zur betrieblichen Eingliederung gibt die kostenlose Broschüre „Schritt für Schritt zurück in den Job“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de (Bestellnr. A 748).
- Fördermöglichkeiten für Arbeitgeber schwerbehinderter Menschen beschreibt www.talentplus.de.

Soziale Reha

Das Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung sieht eine umfassende Barrierefreiheit vor, um ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu erleichtern. Dazu gibt es bestimmte Leistungen zur sozialen Teilhabe, auch „Soziale Reha“ genannt.

Die Leistungen zur sozialen Reha umfassen insbesondere

- Die Versorgung mit nicht medizinischen und nicht beruflichen Hilfsmitteln.

- Heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind.
- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.
- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt (z.B. in Form einer persönlichen Assistenz).
- Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des behinderten Menschen entspricht.
- Assistenzleistungen für eine selbstbestimmte und eigenständige Bewältigung des Alltags.
- Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie.
- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben nach (z.B. Abbau von Mobilitätshemmnissen, ermäßigte Eintrittspreise, Behindertensport).

Ausblick:

Die Assistenzleistungen und die Leistungen zur Mobilität werden durch das BTHG konkretisiert und ergänzt.

Ergänzende Reha-Leistungen

Zu den ergänzenden Reha-Leistungen gehören z.B. Übergangsgeld und Haushaltshilfe. Sie dienen dazu, die Durchführung der Reha-Maßnahmen zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Übergangsgeld

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten während der Teilnahme an Medizinischen oder Beruflichen Reha-Maßnahmen. Es wird nur gezahlt, wenn der Anspruch auf Entgeltfortzahlungen nicht mehr besteht. Das Übergangsgeld zählt zu den unterhaltssichernden und ergänzenden Reha-Leistungen. Es wird vom jeweiligen Reha-Träger gezahlt. Höhe und Dauer sind im Wesentlichen einheitlich geregelt, nur die Voraussetzungen unterscheiden sich bei den Leistungsträgern.

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld

- bei Erhalt von Leistungen zur Beruflichen Reha,
- bei Erhalt von Leistungen zur Medizinischen Reha,
- während der Teilnahme an einer Berufsfindung oder Arbeitserprobung, wodurch kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt erzielt wird.

Voraussetzungen der Agentur für Arbeit

Die Agentur für Arbeit zahlt Übergangsgeld bei Erhalt von Leistungen zur Beruflichen Reha, wenn der Teilnehmer die Vorbeschäftigungszeit erfüllt, 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 (Hartz 4) erfüllen und Leistungen beantragt haben.

Zu den behindertenspezifischen Bildungsmaßnahmen der Agentur für Arbeit zählen Berufsausbildung, Berufsvorbereitung und berufliche Weiterbildung.

Die Vorbeschäftigungszeit **nicht** erfüllen müssen:

- behinderte Berufsrückkehrer
- behinderte Menschen, 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

Voraussetzungen der Unfallversicherung

Übergangsgeld der Unfallversicherung erhält ein Versicherter nur, wenn er infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit Leistungen zur Beruflichen Reha erhält.

Höhe

Die Berechnungsgrundlage des Übergangsgelds beträgt 80 % des letzten Bruttoverdienstes, höchstens jedoch den Nettoverdienst.

Das Übergangsgeld beträgt:

- 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 Ehegatte pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat.
- 68 % dieser Berechnungsgrundlage für die übrigen Versicherten.

Bei **Arbeitslosigkeit** im Anschluss an Leistungen der Beruflichen Reha vermindert sich das Übergangsgeld jeweils um 8 %, also auf 67 % bzw. 60 % der Berechnungsgrundlage.

Dauer

Die Reha-Träger zahlen Übergangsgeld

- für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha, max. 6 Wochen.
- bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Leistung der Beruflichen Reha.
- nach einer Beruflichen Reha-Leistung: max. 3 Monate bei anschließender Arbeitslosigkeit nach einer abgeschlossenen Beruflichen Reha-Leistung, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht.
- nach Abschluss von Leistungen zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha 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.
- während einer Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn diese unmittelbar im Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur Medizinischen Reha stattfindet.

Wer hilft weiter?

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

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt erledigt, die wegen Krankheit oder Behinderung nicht mehr selbstständig ausgeführt werden kann. Sie übernimmt alle zur Weiterführung des Haushalts notwendigen Arbeiten, z.B. einkaufen, kochen, waschen oder die Kinderbetreuung.

Voraussetzungen

Die Krankenkasse (KK), der Rentenversicherungsträger (RV) oder der Unfallversicherungsträger (UV) stellen auf Antrag eine Haushaltshilfe, wenn

- die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist wegen Krankenhausbehandlung (KK), medizinischer Vorsorgeleistungen (KK), häuslicher Krankenpflege (KK), Medizinischer Rehabilitation (KK, RV, UV) oder Teilhabe am Arbeitsleben (RV, UV) **und**
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, z.B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung **und**
- keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z.B. wegen Alters, schlechtem Gesundheitszustand, des Umfangs der Haushaltsführung **oder**
- für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation. Die Haushaltshilfe kann seit 1.1.2016 im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

Wichtig ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z.B. der Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulbildung beurlauben lassen muss, d.h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.

Praxistipps!

- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die Haushaltshilfe übernimmt. In jedem Fall sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der Satzung festgelegt ist.
- Anspruch auf eine Haushaltshilfe besteht auch bei Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus. Zudem müssen die weiteren o.g. Voraussetzungen vorliegen.
- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge Krankheit der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf **ambulante Familienpflege** gestellt werden.

Zuzahlung

Die Zuzahlung für eine Haushaltshilfe beträgt 10 % der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens

5 € und maximal 10 €. Eine Zuzahlungsbefreiung ist möglich, siehe S. 35.

Wer hilft weiter?

Antragsformulare für eine Haushaltshilfe gibt es bei den Krankenkassen, den Berufsgenossenschaften und den Rentenversicherungsträgern. Sie beraten auch bei Detailfragen und geben individuelle Auskünfte.

Persönliches Budget

Das Persönliche Budget ist eine Geldleistung, mit der ein behinderter Mensch Reha- und Eingliederungsleistungen selbst einkauft. Er kann es anstelle von Dienst- oder Sachleistungen erhalten.

Persönliche Budgets können grundsätzlich für alle Leistungen der Teilhabe anstelle von Dienst- und Sachleistungen beansprucht werden. Das soll die Selbstbestimmung behinderter Menschen fördern, die den „Einkauf“ ihrer benötigten Hilfeleistungen dadurch selbstständig regeln können. Dabei wird zwischen einem **einfachen** persönlichen Budget, bei dem nur ein Träger zuständig ist, und einem **trägerübergreifenden** persönlichen Budget unterschieden.

Leistungsträger

Folgende Träger können beteiligt sein:

- Krankenkasse
- Pflegekasse
- Rentenversicherungsträger
- Unfallversicherungsträger
- Träger der Alterssicherung der Landwirte
- Träger der Kriegsopferversorgung/-fürsorge
- Jugendhilfeträger
- Sozialhilfeträger
- Integrationsamt
- Agentur für Arbeit.

Antrag

Um ein persönliches Budget zu erhalten, muss ein Antrag bei den zuständigen Leistungsträgern oder bei der gemeinsamen Servicestelle gestellt werden. Er kann von jedem behinderten oder von Behinderung bedrohten Mensch gestellt werden, egal wie schwer seine Behinderung ist. Antragsberechtigt sind zudem die Eltern eines behinderten Kindes.



Wer hilft weiter?

Die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger sowie eine Vielzahl von Beratungsstellen bieten kostenfreie Beratung und Unterstützung an. Ansprechpartner können unter www.budget.bmas.de/MarktplatzPB/DE/StdS/Servicestellen_Beratungsstellen/servicestellen_node.html gefunden werden.

Höhe

Das Budget soll den individuell festgestellten Bedarf eines behinderten Menschen decken. Bei Untersuchungen lag das kleinste Budget bei 36 € und das höchste bei rund 13.000 € monatlich. Die Mehrheit der bewilligten Budgetsummen lag zwischen 200 € und 800 € im Monat. Das Persönliche Budget soll die Summe der Kosten aller bisher individuell festgestellten Leistungen allerdings nicht

überschreiten. Dabei sind möglicherweise notwendige Aufwendungen für Beratung und Unterstützung, die bugetfähig sind, einzubeziehen.

Nachweis für die Verwendung

Um sicherzustellen, dass das persönliche Budget zur Ermöglichung der Teilhabe eingesetzt wird, erfolgt eine Zielvereinbarung mit dem Leistungsträger, in der festgelegt wird, ob und wie der Einsatz der Mittel nachgewiesen werden soll. Dabei soll sich der Nachweis nicht auf den Preis, sondern auf die Leistung beziehen. Ausreichend ist eine Ergebnisqualitätskontrolle. Die Ausgestaltung der Nachweise sollte in einer einfachen und unbürokratischen Form („so wenig wie möglich, so viel wie nötig“) abhängig von der Art der Leistung und dem Bedarf stattfinden. Dies soll auch die Bereitschaft des Budgetnehmers zu Eigenverantwortung und Selbstbestimmung stärken.

Förderung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Frühförderung

Mit „Frühförderung“ werden heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Maßnahmen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder, z.B. bei einer Entwicklungsverzögerung, in den ersten Lebensjahren bezeichnet.

Je früher in der kindlichen Entwicklung eine Auffälligkeit oder Beeinträchtigung erkannt wird, desto besser kann vorgebeugt und geholfen werden. Gerade die frühkindlichen Entwicklungsphasen sind besonders gut beeinflussbar.

In bestimmten Fällen haben Kinder vor dem Schuleintritt über einen längeren Zeitraum sowohl Bedarf an medizinisch-therapeutischen als auch an heilpädagogischen Leistungen, damit eine drohende Behinderung abgewendet oder eine bestehende Behinderung gemildert werden kann.

Die verschiedenen therapeutischen Maßnahmen werden als sog. „**Komplexleistung**“ erbracht. Das heißt, dass die unterschiedlichen Leistungsbestandteile auf Grundlage eines einheitlichen Behandlungsplanes durchgeführt werden. Zuständig für die Erstellung des Behandlungsplanes sind Interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren. Damit werden die Leistungen, für die unterschiedliche Träger zuständig sind, zu einer Leistung zusammengeführt. Erbracht werden Leistungen der Frühförderung in Frühförderstellen, integrativen Kindertagesstätten, heilpädagogischen Praxen und Sozialpädiatrischen Zentren.

Bildung

Schulbildung

Kinder mit Behinderung sollten, soweit es die Behinderung zulässt, gemeinsam mit nicht-behinderten Kindern zur Schule gehen können.

Zuständig für die schulische Bildung sind die Bundesländer. Daher gibt es kein bundesweit einheitliches System der Frühförderung. Es gibt jedoch überall die allgemeine Schulpflicht, die auch für schwerbehinderte Kinder gilt. Wenn aufgrund der Art und Schwere der Behinderung kein integrativer Unterricht möglich ist, können die Kinder Förder- und Sonderschulen besuchen.



Wer hilft weiter?

Wer für die Feststellung eines sonderpädagogischen Förderungsbedarfs zuständig ist und welche Stellen die Entscheidung über den Schultyp treffen, ist je nach Bundesland verschieden. Die Eltern werden bei den Entscheidungsprozessen stets miteinbezogen und können sich bei Bildungsberatungsstellen oder schulpsychologischen Diensten beraten lassen.

Berufsausbildung

Es gibt verschiedene Unterstützungsangebote, die eine Berufsausbildung für Menschen mit Behinderung erleichtern sollen. Um eine geeignete Ausbildung zu finden, können Leistungen zur Berufsfin-

dung und Arbeitserprobung gewährt werden.

Wenn eine Berufsausbildung noch nicht möglich ist, können berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen in Anspruch genommen werden.

Wenn eine betriebliche Ausbildung aufgrund der Behinderung nicht in Frage kommt, kann eine Ausbildung in einem Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerk gemacht werden. Zudem kann eine Berufsausbildung im Rahmen besonderer Regelungen für die Ausbildung behinderter Menschen gefördert und nötige Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden.

Wer hilft weiter?

Bei allen Fragen zu einer Berufsausbildung mit Behinderung sind die Agenturen für Arbeit Ansprechpartner.

Studieren mit Behinderung

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

Ausblick:

Durch die Einführung des eigenen Reha-Bereichs „**Leistungen zur Teilhabe an Bildung**“ im Zuge des BTHG werden zukünftig auch schulische und hochschulische berufliche Weiterbildungen durch unterstützende Leistungen gefördert (z.B. Masterstudiengänge).

Wer hilft weiter?

Das Deutsche Studentenwerk bietet eine Beratungsstelle für Fragen zum Studium mit Behinderung unter Telefon 030 29772764. Dort kann auch die Broschüre „Studium und Behinderung“ beantragt werden.

Finanzielle Leistungen bei Erwerbsminderung und -unfähigkeit

Erwerbsminderungsrente

Menschen mit Behinderung, die ihre Arbeit nicht mehr ausüben können und für eine Altersrente noch zu jung sind, können Erwerbsminderungsrente beantragen.

Voraussetzungen

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- Mindestens 3 Jahre Pflichtbeiträge aus einer versicherten Beschäftigung innerhalb der letzten 5 Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung **und**
- Erfüllung der Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- volle Erwerbsminderung vor Ablauf von 6 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung **und** in den letzten 2 Jahren vorher Einzahlung von mindestens 12 Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung. Der Zeitraum von 2 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um Zeiten einer schulischen Ausbildung nach dem 17. Geburtstag, längstens jedoch um 7 Jahre **oder**
- Erfüllung der Wartezeit von 20 Jahren (Mindestversicherungszeit), wenn bereits vor Erfüllung der Mindestversicherungszeit volle Erwerbsminderung bestand und seitdem ununterbrochen besteht.

Medizinische Voraussetzungen

Für eine Erwerbsminderungsrente muss die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sein.

Es wird unterschieden zwischen teilweise und voll erwerbsgemindert:

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

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

Berufsschutz

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

Befristung

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

Höhe

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

Hinzuverdienst

Die volle Erwerbsminderungsrente wird nur dann ungekürzt ausgezahlt, wenn der Hinzuverdienst monatlich 450 € nicht übersteigt. 2 Monate im Jahr dürfen bis zu 900 € hinzuverdient werden (sog. „doppelte Hinzuverdienstgrenze“). Bei höherem Hinzuverdienst wird die Rente nur noch in geringerer Höhe oder überhaupt nicht mehr ausgezahlt. Jede Erwerbstätigkeit ist dem Rentenversicherungsträger zu melden.



Praxistipps!

- Die Erwerbsminderungsrente wird nur auf **Antrag** gezahlt. Dem Rentenanspruch sind zweckmäßige ärztliche Unterlagen (z.B. Befundberichte des Arztes, Reha-Berichte) sowie alle Versicherungsnachweise beizufügen, damit er möglichst schnell bearbeitet werden kann. Zudem werden über den Antrag alle behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbunden und gegebenenfalls von der Rentenversicherung befragt.
- Bei Notwendigkeit der Weiterführung der Rente ist ein neuer bzw. ein Verlängerungsantrag nötig. Im Antrag sind die Einschränkungen des Versicherten durch den Arzt möglichst genau zu beschreiben bzw. die Angaben aus dem Erstantrag zu bestätigen, falls keine Verbesserung eingetreten ist.



Wer hilft weiter?

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

Verletztenrente

Menschen mit Behinderung, die durch einen Arbeits- oder Wegeunfall oder durch eine Berufskrankheit einen dauerhaften gesundheitlichen Schaden erlitten haben, haben Anspruch auf Verletztenrente von der Unfallversicherung.

Voraussetzungen

Die Erwerbsunfähigkeit ist um mindestens 20 % gemindert und besteht über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus.

Höhe

Die Höhe richtet sich danach, wie stark die Erwerbsfähigkeit gemindert ist und nach dem Einkommen, das im Jahr vor dem Unfall erzielt wurde.

Die Unfallversicherung prüft selbstständig, ob die Voraussetzungen für eine Verletztenrente erfüllt sind. Sie muss daher nicht beantragt werden.

Altersrente für schwerbehinderte Menschen

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

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

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

Abschlagfreie Rente bei Schwerbehinderung

Anspruch auf abschlagfreie Altersrente haben Menschen, die

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

Bei Jahrgängen bis 1951 lag die Rentenaltersgrenze bei 63 Jahren.

Die Altersgrenze für den Geburtsjahrgang 1952 erhöht sich mit steigendem Geburtsmonat: Bei 1953 Geborenen beträgt die Grenze 63 Jahre und 7 Monate.

Eine detaillierte Übersicht über den möglichen Rentenbeginn der Jahrgänge 1952 bis 1963 gibt § 236 a SGB VI: www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/___236a.html.

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

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

Rente bei Schwerbehinderung mit Abschlägen

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

Auch hier erhöht sich die Altersgrenze mit steigendem Geburtsmonat oder -jahr. Bei 1956 Geborenen beträgt die Grenze 60 Jahre und 10 Monate.

Die vorgezogene Altersrente für schwerbehinderte Menschen ist niedriger als die abschlagfreie

Rente. Für jeden Monat, den die Rente vor der Altersgrenze bezogen wird, wird die Rente um je 0,3 % gekürzt.

Diese Rentenkürzung ist dauerhaft, d.h. sie fällt mit dem Erreichen der Altersgrenze nicht weg und führt nach dem Tod des Versicherten auch zu einer Kürzung der Hinterbliebenenrente.

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

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

Hinzuverdienst

Wer die Altersgrenze für den normalen Rentenbeginn erreicht hat, kann unbegrenzt hinzuverdienen. Bei der vorgezogenen Altersrente beträgt die Hinzuverdienstgrenze 450 € monatlich. 2 Monate im Jahr dürfen bis zu 900 € hinzuverdient werden („doppelte Hinzuverdienstgrenze“). Bei Überschreiten dieser Hinzuverdienstgrenze kann es zu Rentenkürzungen bzw. zum Wegfall der Rente kommen.



Wer hilft weiter?

- Auskünfte und Beratungsstellen vor Ort vermitteln die Rentenversicherungsträger, die auch individuelle Rentenberechnungen vornehmen.
- Die kostenlosen Broschüren „Ratgeber zur Rente“ (Bestellnr. A 815) und „Erwerbsminderungsrente“ (Bestellnr. A 261) können beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales bestellt werden.

Weitere Sozialleistungen

Menschen mit Behinderung, die keinen Anspruch auf eine der genannten Renten haben und hilfebedürftig sind, können eventuell eine der folgenden Sozialleistungen beantragen.

Grundsicherung für Arbeitssuchende (Hartz 4)

Wenn ein Arzt bei einem behinderten Menschen noch ein Leistungsvermögen von mindestens 3 Stunden täglich feststellt oder wenn zwar eine volle Erwerbsminderung vorliegt, diese aber voraussichtlich nicht von Dauer sein wird, dann kann der Betroffene Grundsicherung für Arbeitssuchende (Arbeitslosengeld II) nach dem SGB II beantragen. Voraussetzung ist, dass er seinen Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln oder Mitteln der Bedarfsgemeinschaft bestreiten kann.

Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe)

Menschen mit Behinderung, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln (hierzu zählt auch

das Einkommen der Bedarfsgemeinschaft) und eigenem Einkommen oder Vermögen bestreiten können, erhalten Hilfe zum Lebensunterhalt nach §§ 27–40 SGB XII. Der Anspruch besteht, wenn der Mensch mit Behinderung nicht dauerhaft voll erwerbsgemindert (unter 3 Stunden täglich erwerbsfähig) oder Regelaltersrentner ist.

Zur **Bedarfsgemeinschaft** gehören:

- die im Haushalt lebenden Eltern
- unverheiratete Kinder, wenn sie das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- nicht dauernd getrennt lebende Ehe- oder Lebenspartner
- im gemeinsamen Haushalt lebende Personen, bei denen der wechselseitige Wille anzunehmen ist, Verantwortung füreinander zu übernehmen

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Personen, welche die Rentenaltersgrenze erreicht haben oder aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgemindert sind und aus der Rente, dem eigenen Einkommen oder Vermögen (inkl. dem Einkommen der Bedarfsgemeinschaft) ihren Lebensunterhalt nicht selbst bestreiten können, haben Anspruch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach §§ 41–46b SGB XII.



Wer hilft weiter?

- Das Sozialamt bei der Hilfe zum Lebensunterhalt sowie der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.
- Die Bundesagentur für Arbeit bei der Grundsicherung für Arbeitssuchende.



Praxistipp!

Beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (www.bmas.de) kann die kostenlose Broschüre „Sozialhilfe und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ bestellt oder heruntergeladen werden (Bestellnr. bzw. Suchbegriff: A207).

Pflege

Eine Behinderung kann zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Pflegebedürftigkeit führen.

Damit die Pflegekasse Leistungen übernimmt, müssen die Pflegebedürftigkeit (s.u.) festgestellt und die Vorversicherungszeit erfüllt sein. Für Letzteres muss innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Antragstellung mindestens 2 Jahre in die Pflegeversicherung eingezahlt worden sein oder eine Familienversicherung bestanden haben. Familienversicherte Kinder erfüllen die Vorversicherungszeit, wenn ein Elternteil sie erfüllt.



Praxistipp!

Besteht kein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung oder sind diese nicht ausreichend, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt „Hilfe zur Pflege“ beantragt werden.

Definition „Pflegebedürftigkeit“

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind

- Menschen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufweisen und deshalb die Hilfe von anderen benötigen und
- Menschen, die körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

Die Beeinträchtigungen müssen dauerhaft, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, bestehen.

Antrags- und Begutachtungsverfahren

Pflegeleistungen müssen bei der Pflegekasse beantragt werden. Damit die Leistungen genehmigt werden können, muss der Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder ein unabhängiger Gutachter die Pflegebedürftigkeit feststellen.

Den Antrag auf Pflegeleistungen können neben dem Versicherten auch Familienangehörige oder Bekannte stellen, wenn diese dazu bevollmächtigt sind. Antragsformulare sind bei den Pflegekassen erhältlich. Die zuständige Pflegekasse ist bei der jeweiligen Krankenkasse angegliedert.

Der Gutachter erhebt eine Anamnese zur Wohn-, Lebens- und Versorgungssituation sowie Befunde zu Schädigungen und Beeinträchtigungen. Anhand eines Begutachtungsverfahrens ermittelt er den Grad der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen (s.u.).

Zudem gibt er Empfehlungen zur Optimierung der Pflegesituation, also zu präventiven oder rehabilitativen Leistungen, Hilfs- und Pflegemitteln oder Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung.

Sobald die Pflegekasse das Gutachten zur Pflegebedürftigkeit erhalten hat, stuft sie den Pflegebedürftigen in einen Pflegegrad ein und sendet dem Antragsteller einen **Leistungsbescheid** zu. Der Bescheid enthält den Pflegegrad und Angaben zu den genehmigten Leistungen der Pflegeversicherung.

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



Praxistipps!

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

Grad der Selbstständigkeit

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

Modul 1: Mobilität

Beispiele: Positionswechsel im Bett, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen (Gewichtung: 10 %)

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Beispiele: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Verstehen von Sachverhalten und Informationen (Gewichtung: 15 %)

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Beispiele: gegen sich selbst gerichtetes aggressives oder selbstschädigendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage (Gewichtung: 15 %)

Modul 4: Selbstversorgung

Beispiele: Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gewichtung: 40 %)

Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Beispiele: Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibung sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Verbandwechsel und Wundversorgung, Arztbesuche (Gewichtung 20 %)

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Beispiele: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds (Gewichtung: 15 %)

Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten

Beispiele: Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages-

oder Nachtpflege

Modul 8: Haushaltsführung

Beispiele: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten

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

Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt nach folgender Skala:

- **Selbstständig** (= Punktwert 0): Die Aktivität kann, eventuell unter Verwendung von Hilfsmitteln, in der Regel selbstständig durchgeführt werden.
- **Überwiegend selbstständig** (= Punktwert 1): Die Aktivität kann zum größten Teil selbstständig durchgeführt werden. Der Pflegeaufwand ist gering und besteht vor allem in Form von motivierenden Aufforderungen, dem Richten und Zurechtlegen von Gegenständen oder in der vereinzelt Übernähme von Teilhandlungen der Aktivität.
- **Überwiegend unselbstständig** (= Punktwert 2): Die Aktivität kann nur zu einem geringen Teil selbstständig durchgeführt werden. Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Eine ständige Anleitung oder aufwändige Motivation auch während der Aktivität kann notwendig sein.
- **Unselbstständig** (= Punktwert 3): Die Aktivität kann in der Regel nicht durchgeführt bzw. gesteuert werden.

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

Besonderheit bei den Modulen 2 und 3: Es wird nur das Modul mit dem höheren Punktwert in die Berechnung einbezogen.

Die Module 7 und 8 dienen der Feststellung des Präventions- oder Rehabilitationsbedarfs und werden bei der Berechnung des Pflegegrads nicht berücksichtigt. Zu diesem Bedarf kann der Gutachter Empfehlungen aussprechen.

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



Praxistipp!

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

Pflegegrade

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

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

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



Praxistipp!

Ist nach der Einstufung ein höherer Pflegeaufwand als bisher erforderlich, kann ein Antrag auf Höherstufung gestellt werden. In der Regel wird dann ein erneutes Feststellungsverfahren (sog. „Änderungsgutachten“) durchgeführt.

Pflegeleistungen

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

Leistungen bei häuslicher Pflege

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

Pflegegeld

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

Pflegesachleistung

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

Kombinationsleistung

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

er in der Regel 6 Monate gebunden.

Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens 6 Wochen im Jahr. Voraussetzungen sind, dass der Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 hat und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate gepflegt hat. Der Leistungsbetrag (1.612 €, siehe Tabelle S. 66) kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatzpflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Pflegeberatung und -kurse

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

Entlastungsbetrag

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

Er dient zur Erstattung von Leistungen, im Zusammenhang mit

- Tages- oder Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- Angeboten zur Unterstützung im Alltag oder
- Leistungen des ambulanten Pflegedienstes. Für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5 sind Leistungen aus dem Bereich Selbstversorgung (Modul 4) ausgenommen.

Pflegehilfsmittel

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

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

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

Zuschuss für ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf einen pauschalen

Zuschuss in Höhe von 214 € monatlich, wenn sie mit mindestens 2 weiteren pflegebedürftigen Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben. Der Zuschuss muss zweckmäßig eingesetzt werden, z.B. für Ausstattungsgegenstände der Gemeinschaftsräume, die die besonderen Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen berücksichtigen oder Personal- und Sachkosten, die z.B. in Zusammenhang mit der Organisation und Verwaltung der ambulanten Wohngruppe stehen.

Leistungen bei häuslicher Pflege

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld monatlich	–	316 €	545 €	728 €	901 €
Pflegesachleistungen monatlich	(Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €)	bis zu 689 €	bis zu 1.298 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.995 €
Ersatzpflege (bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr)					
... durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte	–	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
... durch nahe Angehörige	–	474 €	817,50 €	1.092 €	1.351,50 €

Handelt es sich bei der Ersatzpflegekraft um eine Person, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist oder in häuslicher Gemeinschaft mit ihm lebt, dürfen die Kosten den Betrag des jeweiligen Pflegegelds nicht überschreiten. Jedoch können nachweisbare zusätzliche Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstausfall bei der Pflegekasse geltend gemacht werden. Insgesamt gibt es maximal 1.612 € für Pflegegeld und Aufwendungen.

Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- und Nachtpflege)

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

Leistungen bei teilstationärer Pflege

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

Leistungen bei stationärer Pflege

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

Leistungen bei stationärer Pflege

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr)	(Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €)	1.612 €	1.612 €	1.612 €	1.612 €
Vollstationäre Pflege monatlich	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €

Ebenso wie bei der Tages- oder Nachtpflege muss der Pflegebedürftige die Kosten für Unterkunft und Verpflegung selbst bezahlen.

Zudem muss ein **Eigenanteil** gezahlt werden, den die Pflegekassen mit dem Heim vereinbaren. Er ist bei allen Pflegegraden gleich hoch.

Kurzzeitpflege

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

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



Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der Ratgeber „Pflege“

des beta Instituts. Dieser kann unter www.beta-institut.de kostenlos heruntergeladen werden.

- Fragen rund um das Thema Pflegeversicherung beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit unter Telefon 030 3406066-02, Mo-Do von 8-18 Uhr und Fr von 8-12 Uhr.

Leistungen für pflegende Angehörige

Die Pflegekasse unterstützt pflegende Angehörige auf verschiedenen Wegen.

Absicherung in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Dafür gelten folgende Regelungen:

- **Rentenversicherung**

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

- **Unfallversicherung**

Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim zuständigen Unfallversicherungsträger melden. Der Versicherungsschutz umfasst die pflegerischen und alle damit zusammenhängenden Tätigkeiten.

- **Kranken- und Pflegeversicherung**

Unter bestimmten Voraussetzungen bezuschusst die Pflegekasse bei freiwillig Versicherten die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Während einer Pflegezeit oder Familienpflegezeit (s.u.) ist die Pflegeperson in der Regel weiterhin über ihren Arbeitgeber krankenversichert.

- **Arbeitslosenversicherung**

Pflegende, die einen Angehörigen mindestens 10 Stunden wöchentlich pflegen und keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen, können unter bestimmten Voraussetzungen freiwillig und auf eigene Kosten eine Arbeitslosenversicherung abschließen. Der Antrag dazu muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Pflegetätigkeit bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt werden.



Praxistipps!

- Die deutsche Rentenversicherung bietet die Broschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“. Diese kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Service > Broschüren > Vor der Rente heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann unter www.bmas.de > Service > Publikationen > Suchbegriff „Unfallversicherungsschutz“ heruntergeladen werden.

Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

Im Falle einer unerwarteten Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen kann ein Arbeitnehmer für **maximal 10 Tage** freigestellt werden, um dessen Pflege zu organisieren („kurzzeitige Arbeitsverhinderung“). Auf diese kurzzeitige Freistellung besteht unabhängig von der Betriebsgröße ein Rechtsan-

spruch. Um den Lohnausfall auszugleichen, kann **Pflegeunterstützungsgeld** bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragt werden.

Pflegezeit und Familienpflegezeit

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

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

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



Praxistipp!

Während der Pflegezeit und Familienpflegezeit kann ein **zinsloses Darlehen** beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts und muss ab Ende der Darlehenszahlungen oder auf Antrag ab dem Ende der Freistellungsphase zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich.

Patientenvorsorge

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

Dies kann in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

In einer Vorsorgevollmacht werden eine oder mehrere Personen des absoluten Vertrauens festgelegt, die im Falle einer Geschäftsunfähigkeit als Bevollmächtigte handeln und entscheiden. Die Vorsorgevollmacht kann die Wahrnehmung aller persönlichen Angelegenheiten umfassen (Generalvollmacht) oder sich auf einzelne Aufgabenbereiche (sog. Aufgabenkreise) beschränken.

Eine Vorsorgevollmacht sollte folgende Aufgabenkreise abdecken:

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

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

Betreuungsverfügung

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

Darüber hinaus können konkrete Betreuungswünsche festgelegt werden, z.B. zum Umgang mit seiner Person, zur Verwaltung von Finanzen und Vermögen, zum Aufenthalt oder zu medizinischen Angelegenheiten.

Eine gesetzliche Betreuung muss gerichtlich angeordnet werden und ist nur für einen oder mehrere klar definierte Aufgabenkreise (s.o.) möglich. Betreuer werden vom Betreuungsgericht kontrolliert.

Patientenverfügung

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

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

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

Auch ein Hinweis zur Organspende ist möglich.

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



Praxistipp!

Der Ratgeber „Patientenvorsorge“ mit ausführlichen Informationen sowie die einzelnen Vordrucke zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht können unter www.beta-institut.de kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

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

Adressen

Folgende überregionale Organisationen beraten und informieren rund um das Thema Behinderung:

Allgemeiner Behindertenverband in Deutschland e.V. (ABID)

Friedrichstr. 95
10117 Berlin
Telefon 030 275934-29 (Mo-Fr: 10-15 Uhr)
Fax 030 275934-30
kontakt@abid-ev.de
www.abid-ev.de

Antidiskriminierungsstelle des Bundes

Glinkastr. 24
10117 Berlin
Besucheranschrift: Kapelle-Ufer 2
10117 Berlin
Beratungstelefon: 03018 5551865
Servicetelefon für allgemeine Anfragen: 03018 5551855 (Mo-Fr 9-12 Uhr und 13-15 Uhr)
poststelle@ads.bund.de
www.antidiskriminierungsstelle.de

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Telefon 030 18527-0
Info-Telefon für Menschen mit Behinderung 030 221911006
Fax 030 18527-1830
info@bmas.bund.de
www.einfach-teilhaben.de

Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE e.V.

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

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen

Mauerstr. 53
10117 Berlin
Telefon 03018 527-2944
Fax 03018 527-1871
buero@behindertenbeauftragte.de
www.behindertenbeauftragte.de

Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. (BVKM)

Brehmstr. 5-7
40239 Düsseldorf
Telefon 0211 64004-0
Fax 0211 64004-20
info@bvkm.de
www.bvkm.de

Bundesverband für Menschen mit Arm- oder Beinamputation e.V.

Lindbergstr. 18
80939 München
Telefon 089 4161740-10
Fax 089 4161740-90
info@amputiert.net
www.amputiert.net

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Wittener Str. 87
44789 Bochum
Tel 0234 68705552
Fax 0234 6405103
kontakt-info@bpe-online.de
www.bpe-online.de

Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e.V.

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

Deutscher Gehörlosen-Bund e.V.

Prenzlauer Allee 180
10405 Berlin
Telefon 030 499022-66
Fax 030 499022-10
info@gehoerlosen-bund.de
www.gehoerlosen-bund.de

Deutscher Schwerhörigenbund e.V. Bundesgeschäftsstelle

Sophie-Charlotten-Str. 23a
14059 Berlin
Telefon 030 47541114
Fax 030 47541116
dsb@schwerhoerigen-netz.de

www.schwerhoerigen-netz.de

Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V.

Krantorweg 1
13503 Berlin
Telefon 030 40571409
Fax 030 40573685
info@isl-ev.de
www.isl-ev.de

Verein zur Förderung der Integration Behinderter e.V.

Am Erlengraben 12a
35037 Marburg
Telefon 06421 16967-0
Fax 06421 16967-29
info@fib-ev-marburg.de
www.fib-ev-marburg.de

Impressum

Herausgeber

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

Redakteur/in

Jutta Meier

Lektorat

Andrea Nagl, Janina del Guidice, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

Jutta Meier

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2017

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

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

12. überarbeitete Auflage, April 2017