

# Behinderungen

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen



# Vorwort

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

Im Zuge des neuen Bundesteilhabegesetzes wird es künftig einige Veränderungen im Behindertenrecht geben, die das Ziel einer umfassenden Teilhabe von Menschen mit Behinderungen haben. Einige Veränderungen sind bereits 2017 und 2018 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 u.a. ausführlich dar, auf welche Nachteilsausgleiche und Möglichkeiten der Rehabilitation und Teilhabe Menschen mit Behinderungen 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 Behinderungen Orientierung in ihrer oftmals schwierigen Situation geben, richtet sich aber gleichermaßen an Angehörige, Freunde, Arbeitgeber und Interessierte.

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	<b>2</b>
<b>Bundesteilhabegesetz</b>	<b>5</b>
<b>Was bedeutet „Behinderung“?</b>	<b>8</b>
Definitionen von Behinderung	8
Grad der Behinderung	9
Schwerbehindertenausweis	10
Merkzeichen	11
<b>Nachteilsausgleiche</b>	<b>13</b>
Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche	13
GdB-abhängige Nachteilsausgleiche	15
Arbeitsrechtliche Nachteilsausgleiche	17
Wohnen	19
Mobilität	22
Blindengeld und Blindenhilfe	26
Steuererleichterungen	26
<b>Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit</b>	<b>30</b>
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	30
Krankengeld	32
Verletztengeld	37
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	39
<b>Zuzahlungen in der Krankenversicherung</b>	<b>41</b>
Zuzahlungsregelungen	41
Zuzahlungsbefreiung	43
Sonderregelung für chronisch kranke Menschen	45
<b>Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation)</b>	<b>47</b>
Überblick über Reha-Leistungen	47
Medizinische Rehabilitation	49
Berufliche Reha	55
Soziale Reha	58
Ergänzende Reha-Leistungen	60
Teilhabe an Bildung	63
<b>Frühförderung</b>	<b>65</b>
<b>Persönliches Budget</b>	<b>68</b>
<b>Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung</b>	<b>70</b>
Erwerbsminderungsrente	70
Verletztenrente	72
Altersrente für schwerbehinderte Menschen	72
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	74
Hilfe zum Lebensunterhalt	76

Grundsicherung für Arbeitssuchende (Hartz IV)	76
<b>Pflege</b>	<b>77</b>
Definition „Pflegebedürftigkeit“	77
Pflegegrade	80
Bearbeitungsfristen der Pflegekasse	80
Pflegeleistungen	81
Leistungen für pflegende Angehörige	84
<b>Patientenvorsorge</b>	<b>86</b>
Vorsorgevollmacht	86
Betreuungsverfügung	86
Patientenverfügung	87
<b>Adressen</b>	<b>88</b>
<b>Impressum</b>	<b>91</b>

# Bundesteilhabegesetz

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

## Ziele

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

## Inhalte

Die wichtigsten Inhalte des BTHG im Überblick:

- **Prävention**  
Einer Behinderung soll möglichst frühzeitig entgegengewirkt werden. Die Reha-Träger werden verpflichtet, gezielt vorbeugende Maßnahmen anzubieten. Ziel ist auch, die Erwerbsfähigkeit als wichtiges Element der Teilhabe zu erhalten. 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 geschaut, welche Leistungen er benötigt. Es müssen nicht mehr Leistungen verschiedener Träger einzeln beantragt werden, sondern ein „leistender Träger“ koordiniert alle Maßnahmen (siehe S. 48).
- **Unabhängige Teilhabeberatung**  
Es sollen flächendeckend unabhängige Beratungsstellen eingeführt werden, damit Menschen mit Behinderungen 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. Die Beratung soll insbesondere **vor** einer Antragstellung stattfinden. Bei Bedarf werden Betroffene jedoch auch während des Teilhabeverfahrens beraten. Wesentliche Inhalte sind:
  - Orientierungshilfe, welche Teilhabeleistungen es gibt und Menschen mit Behinderungen zustehen

- Unterstützung bei der Planung und Entscheidung, welche Teilhabeleistungen Betroffene beantragen möchten
- Informationen über Leistungen, Zuständigkeiten und Verfahrensregelungen
- Aufklärung über Rechte und Pflichten von Menschen mit Behinderungen
- **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 Arbeitsleben ermöglichen (siehe S. 19).
  - Die **Teilhabe an Bildung** (siehe S. 63) soll eine eigene Reha-Maßnahme werden, die auch **Assistenzleistungen** für höhere Studienabschlüsse ermöglicht.
  - Eltern mit Behinderungen sollen Anspruch auf Leistungen zur Versorgung ihrer Kinder haben, sog. **Elternassistenz** (siehe S. 59).
- **Gestärkte Vertretungsrechte**  
Schwerbehindertenvertretungen sollen durch mehr Ansprüche auf Freistellungen und Fortbildungen gestärkt werden, Werkstättenräte sollen mehr Mitbestimmungsrechte erhalten und in jeder Werkstatt für behinderte Menschen soll es eine Frauenbeauftragte geben, um vor Diskriminierung zu schützen.
- **Mehr Einkommen**  
Die Eingliederungshilfe wird aus der Sozialhilfe herausgelöst, damit Menschen mit Behinderungen nicht mehr große Teile ihres Einkommens und Vermögens einsetzen müssen, um Leistungen zu finanzieren. Das Einkommen und Vermögen ihrer Ehepartner bleibt künftig gänzlich unberührt.
- **Leistungen unabhängig von der Wohnform**  
Bisher waren Leistungen für Menschen mit Behinderungen maßgeblich von der Wohnform abhängig (z.B. Wohnung oder Einrichtung). Künftig sollen Leistungen nur noch von den individuellen Bedürfnissen des Menschen mit Behinderungen abhängen.
- **Qualitätskontrolle**  
Es findet ein „Gesamtplanverfahren“ statt, wodurch Leistungen besser aufeinander abgestimmt und deren Qualität überprüft werden. Zudem können Anbieter sanktioniert werden, wenn sie vereinbarte Leistungen nicht zufriedenstellend erbringen.
- **„Pools“ von Leistungen**  
Bestimmte Assistenzleistungen, z.B. Schulassistenz, können für mehrere Menschen gemeinschaftlich erbracht werden, wenn dies zumutbar ist. Dadurch sollen kostenintensive Leistungen wirtschaftlicher eingesetzt werden.

## Umsetzungsprozess

Die Umsetzung des BTHG verläuft schrittweise.

Reformstufe 1 (2017):

- Änderungen im Schwerbehindertenrecht:
  - Neues Merkzeichen „TBI“ für Taubblinde (siehe S. 12).
  - Geänderte Voraussetzungen für das Merkzeichen „aG“, um nicht nur orthopädische, sondern auch andere ursächliche Gesundheitsstörungen zu berücksichtigen (siehe S. 11).
- 1. Stufe bei Verbesserungen in der Einkommens- und Vermögensheranziehung, z.B. durch Erhöhung des Einkommensfreibetrags um bis zu 260 € im Monat und des Vermögensfreibetrags auf 25.000 €.

- Verdoppelung des Arbeitsförderungsgelds auf 52 €.

#### Reformstufe 2 (2018):

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

#### Reformstufe 3 (2020):

- Einführung SGB IX, Teil 2 (EGHneu) - 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 BTHG gibt es unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Schwerpunkte > Inklusion > Bundes-  
teilhabe-gesetz.

# Was bedeutet „Behinderung“?

Wenn körperliche Funktionen, geistige Fähigkeiten, Sinnesbeeinträchtigungen 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. Eine Behinderung zu haben bedeutet also nicht zwangsläufig im Rollstuhl zu sitzen oder nichts sehen zu können.

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

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

## Definitionen von Behinderung

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

### Zentrale Definition „Menschen mit Behinderungen“

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

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

### Schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX

**Schwerbehindert** nach § 2 Abs. 2 SGB IX sind Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB, siehe S. 9) ab 50.

Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten schwerbehinderte Menschen nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben. Die Anerkennung als schwerbehindert weist man mit einem Schwerbehindertenausweis nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt (siehe S. 10). Dieser kann neben dem GdB auch Merkzeichen enthalten, welche die Art der Behinderung genauer bezeichnen (siehe S. 11). Nach dem GdB und den Merkzeichen richten sich die Nachteilsausgleiche, die Menschen mit Behinderungen erhalten können (siehe S. 13).



## Behinderung im Sinne der Arbeitsförderung

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

Dieselben Rechte wie Menschen mit Behinderungen haben Personen, denen eine Behinderung droht.

## Gleichstellung

Unter bestimmten Voraussetzungen kann die Agentur für Arbeit auf Antrag eine Gleichstellung bewilligen. Menschen mit einem 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 Antragstellung wirksam und kann befristet werden.

## **Grad der Behinderung**

**Der GdB beziffert bei Menschen mit Behinderungen 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) haben die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen auf **alle Lebensbereiche**, nicht nur die Einschränkungen im Erwerbsleben, zum Inhalt. Sie sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Der GdS bezieht sich lediglich auf die Schädigungsfolgen einer Beeinträchtigung und der GdB auf alle Gesundheitsstörungen. GdB und GdS werden in 10er-Graden von 20 bis maximal 100 angegeben.

## Versorgungsmedizinische Grundsätze

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

## Bemessung

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.

### Praxistipp!

Seit 1.1.18 kann die Feststellung des GdB auf einen früheren Zeitpunkt festgelegt werden, zu dem die Behinderung bereits bestanden hat, wenn es dafür einen besonderen Grund gibt. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn es um die rückwirkende Gewährung von Nachteilsausgleichen (siehe S. 13) geht, z.B. Kündigungsschutz, Steuerermäßigungen oder Ermäßigung des Rundfunkbeitrags.

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

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

### 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 2 Mal 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 Behinderungen, die nicht nur vorübergehend (mehr als 6 Monate) für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung der persönlichen Existenz dauernd fremde Hilfe, Überwachung oder Anleitung 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 Behinderungen mit einem GdB von mindestens 80, die wegen ihres Leidens dauerhaft nicht an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen können.

## Merkzeichen „TBI“ - 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.



### Praxistipps!

- Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bietet zahlreiche Informationen für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige auf [www.einfach-teilhaben.de](http://www.einfach-teilhaben.de).
- Dasselbe Ministerium bietet die kostenlose CD-ROM „Informationen für behinderte Menschen“ an. Diese kann unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Service > Publikationen bestellt werden.
- Die Broschüre „Mein Kind ist behindert - diese Hilfen gibt es“ bietet einen Überblick über Leistungen, die Kinder mit Behinderungen und ihren Familien zustehen. Sie kann kostenlos und in verschiedenen Sprachen unter [www.bvkm.de](http://www.bvkm.de) > Recht & Ratgeber heruntergeladen werden.



### Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911-006, Mo-Do von 8-20 Uhr. Näheres zum Gebärdentelefon unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Suchwort: „Gebärdentelefon“.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantworten die örtlichen **Servicestellen** sowie die **Unabhängige Teilhabeberatung** unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**.
- Über die Gleichstellung entscheiden die **Agenturen für Arbeit**.
- Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**.
- Die **Versorgungsämter** sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises.

# Nachteilsausgleiche

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

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig vom Merkzeichen und vom GdB. 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
- 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
- Die 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 bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen
- Begleitperson von Kurtaxe befreit und auf Dienstreisen der zu begleitenden Person von der Unfallversicherung mitversichert.

### 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
- Gewährung von Blindenhilfe und in vielen Ländern Landesblindengeld
- In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde
- Die 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 „Gl“ – 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 und 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 €
- Die Krankenkasse **kann** Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen übernehmen

### Merkzeichen „RF“ – rundfunkbeitragsbefreit

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

### Merkzeichen „TBI“ - Taubblind

- Befreiung vom Rundfunkbeitrag
- 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) möglich
- Steuerfreibetrag: GdB 30 = 310 €; GdB 40 = 430 €

### GdB 50

- Schwerbehinderteneigenschaft mit Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis
- Steuerfreibetrag: 570 €
- Bevorzugte Einstellung bzw. Beschäftigung
- Kündigungsschutz
- Begleitende Hilfe im Arbeitsleben
- Freistellung von Mehrarbeit
- 1 Arbeitswoche Zusatzurlaub
- Um bis zu 5 Jahre vorgezogene Altersrente bzw. Pensionierung von Beamten
- Stundenermäßigung bei Lehrern (bundeslandabhängig)
- Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z.B. ADAC, AvD (Satzungen der Clubs)
- Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung für behinderte Arbeitnehmer in Werkstätten für behinderte Menschen
- Preisnachlass bei mehreren Festnetz- und Mobilfunkbetreibern
- Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit: 2.100 €
- Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit und häuslicher Pflege/Kurzzeitpflege: 1.500 €
- Ermäßigung oder Befreiung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)
- Bei Merkzeichen „G“ und „aG“ wahlweise bei der Steuer absetzbar:
  - Entfernungskostenpauschale 30 ct/km **oder**
  - die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit
- Pflegepersonen können Pflegepauschbetrag von 924 € absetzen, wenn zusätzlich Merkzeichen „H“ beim Pflegebedürftigen vorliegt
- Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderungen bzw. Erkrankungen

### GdB 60

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

### GdB 70

- Steuerfreibetrag: 890 €
- Wahlweise bei der Steuer absetzbar:
  - Entfernungskostenpauschale 30 ct/km **oder**
  - die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit.
- 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 €
- Freibetrag bei der Erbschafts- und Schenkungssteuer in bestimmten Fällen
- Vorzeitige Verfügung über Bausparkassen- bzw. Sparbeträge
- Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 €
- In vielen Kommunen Hundesteuerermäßigung für ausgebildete Hunde, z.T. auch bei niedrigerem GdB



## Freiwillige Nachteilsausgleiche

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

- Eintrittspreisermäßigungen (z.B. 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 Behinderungen bei der Teilhabe am Arbeitsleben zu unterstützen, haben sie unter bestimmten Voraussetzungen u.a. einen besonderen Kündigungsschutz und Anspruch auf zusätzliche Urlaubstage.

### Kündigungsschutz

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

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

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

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

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. Diese 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.

### 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. Ein gleichgestellter Arbeitnehmer hat **keinen Anspruch** auf Zusatzurlaub.

### Anteiliger Zusatzurlaub

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

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

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

### Pflichtarbeitsplätze

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

### Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

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

### Arbeitsassistenz

Arbeitsassistenten lesen z.B. Blinden vor oder erledigen Boten- und Transportdienste für Rollstuhlfahrer. Schwerbehinderte Arbeitnehmer können Geldleistungen (z.B. das Persönliche Budget, siehe S. 68) beantragen, um damit Arbeitsassistenten anzustellen oder eine Dienstleistungsgesellschaft zu bezahlen, bei der die Arbeitsassistenz angestellt ist. Um einen sozialversicherungspflichtigen Arbeits-

platz zu erlangen, können in den ersten 3 Jahren alle Reha-Träger Geld für die Arbeitsassistenz zahlen. Wenn durch die Arbeitsassistenz ein Arbeitsplatz erhalten werden soll, dann ist das Integrationsamt zuständig.

### Budget für Arbeit

Das Budget für Arbeit soll Menschen mit Behinderungen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen – als Alternative zu Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Das Budget für Arbeit beinhaltet einen Beschäftigungssicherungszuschuss an den Arbeitgeber sowie Betreuungsleistungen (z.B. Arbeitsassistenz) für Menschen mit Behinderungen.

### Berufliche Ausbildung

Es gibt verschiedene Unterstützungsangebote, die eine Berufsausbildung für Menschen mit Behinderungen erleichtern sollen. Um eine geeignete Ausbildung zu finden, können Leistungen zur Berufsfindung und Arbeitserprobung gewährt werden. Zudem kann eine Berufsausbildung im Rahmen besonderer Regelungen für die Ausbildung von Menschen mit Behinderungen gefördert und nötige Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden. Sofern eine Berufsausbildung noch nicht möglich ist, können berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (siehe S. 56) in Betracht kommen. Wenn aber eine betriebliche Ausbildung aufgrund der Behinderungen nicht in Frage kommt, kann eine Ausbildung in einem Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerk gemacht werden.



#### **Praxistipp!**

Schwerbehinderte Arbeitnehmer sind auf ihr Verlangen von Mehrarbeit freizustellen.



#### **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. Zudem können der Behindertenbeauftragte bzw. die Personalverwaltung beim Arbeitgeber weiterhelfen.

## **Wohnen**

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

### Wohnraumförderung

Mieter mit Behinderungen haben grundsätzlich einen Anspruch auf Zustimmung des Vermieters zu **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 Interesse des betroffenen Mieters an der Durchführung. Zudem kann der Vermieter den Zuspruch davon abhängig machen, dass der Mieter ihm eine Sicherheit in Höhe der Kosten leistet, die beim Rückbau der Maßnahmen anfallen. Am Ende der Mietzeit ist der Mieter verpflichtet den Umbau auf eigene Kosten wieder rückgängig zu machen. Die Voraussetzungen und die Höhe von Zuschüssen, sog. leistungsfreien Darlehen, für 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 behindertengerechten 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](http://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](http://www.kompetenznetzwerk-wohnen.de) > Fördermöglichkeiten.
- Wenn eine Schwerbehinderung eintritt, können Betroffene unter bestimmten Voraussetzungen früher über ihre **Bauspar- oder Sparbeträge** verfügen.
- Die Kosten von behindertengerechten Umbaumaßnahmen sind als „außergewöhnliche Belastungen“ **steuerlich absetzbar**.

### Wer hilft weiter?

Der Antrag auf Wohnungsbauförderung erfolgt beim Wohnungsbauförderungsamt der Gemeinde oder des Landkreises, das auch weitere **Auskünfte** erteilt. Eine Wohnberatungsstelle für barrierefreies Wohnen findet sich bei [www.online-wohn-beratung.de](http://www.online-wohn-beratung.de).

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

## Dauer und Anspruch

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

- Empfänger von Grundsicherung für Arbeitssuchende
- Empfänger von Übergangsgeld und Verletztengeld in Höhe des Arbeitslosengelds II (Hartz IV)
- 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 GdB von 100 oder
- bei einem GdB von mindestens 50 **und** Pflegebedürftigkeit **und** gleichzeitiger häuslicher Pflege oder Kurzzeitpflege



### Praxistipps!

- Das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit bietet unter [www.bmub.bund.de](http://www.bmub.bund.de) > Themen > Stadt-Wohnen > Wohngeld zahlreiche **Informationen zum Thema Wohngeld**.
- Familien, die Wohngeld erhalten, haben für ihre Kinder Anspruch auf **Leistungen für Bildung und Teilhabe**, das sog. Bildungspaket. Darunter fallen z.B. die tatsächlichen Kosten für eintägige und mehrtägige Kita- und Schulausflüge, ein Zuschuss von 100 € im Jahr für den persönlichen Schulbedarf oder ein Zuschuss für die Mittagsverpflegung in Kindertagesstätte oder Schule. Nähere Informationen bietet das Bundesfamilienministerium unter [www.familien-wegweiser.de](http://www.familien-wegweiser.de) > Stichwortverzeichnis > Stichwort „Bildung und Teilhabe“ oder das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Suchwort „Bildungspaket“.



### Wer hilft weiter?

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

## Mobilität

Auch Menschen mit Behinderungen sollten die Möglichkeit haben mobil zu sein. Um dies zu erreichen gibt es verschiedene Leistungen, welche die Mobilität erleichtern und Nachteile ausgleichen.

### Nahverkehr

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

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

### Voraussetzungen

- 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 Behinderungen das Reisen erleichtern, beispielsweise Hilfen beim Ein-, Um- und Aussteigen.

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



### Wer hilft weiter?

- Hilfe und Informationen gibt der Mobilitätsservice der Deutschen Bahn unter Telefon: 0180 6512512. Unter [www.bahn.de/barrierefrei](http://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 Fluggäste mit Behinderungen.
- Das Integrationsamt.

## Leistungen für ein Kraftfahrzeug

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

- Zuschüsse zur **Beschaffung eines Kraftfahrzeugs** (einkommensabhängig; maximal 9.500 €)
- Übernahme der Kosten der behinderungsbedingten Zusatzausstattung (in vollem Umfang und einkommensunabhängig)
- Zuschüsse zur **Erlangung eines Führerscheins** (einkommensabhängig)
- Instandhaltung des Kraftfahrzeugs, z.B. Reparaturen, Service
- Betriebskosten des Kraftfahrzeugs, z.B. Kfz-Steuer, Versicherung

## Voraussetzungen

Leistungen für einen eigenen PKW erhalten Menschen mit Behinderungen unter folgenden Voraussetzungen:

- Öffentliche Verkehrsmittel (siehe S. 22) sind wegen der Behinderung nicht zumutbar
- Der Antragsteller muss das Kraftfahrzeug selbst fahren können oder ein anderer, z.B. der Ehepartner, kann dies übernehmen
- Leistungen zur Beförderung (siehe unten) sind unzumutbar oder unwirtschaftlich



### Wer hilft weiter?

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



### Praxistipps!

- Ein Verzeichnis von Fahrschulen, die sich auf Menschen mit Behinderungen spezialisiert haben, sowie Informationen rund um den behindertengerechten Umbau von PKW's können unter [www.autoanpassung.de](http://www.autoanpassung.de) abgerufen werden.
- Für den Kauf oder die Zusatzausstattung eines behindertengerechten Autos gibt es zudem die Möglichkeit, finanzielle Unterstützung bei einer oder mehreren Stiftungen zu beantragen. Informationen und Hilfen zur Antragstellung bieten Beratungsstellen, z.B. die Beratung der Behindertenhilfe unter [www.familienratgeber.de](http://www.familienratgeber.de) > Themen > Beratung & Hilfe > Beratung > Beratung der Behindertenhilfe oder die unabhängige Teilhabeberatung unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de). Stiftungen können unter [www.stiftungssuche.de](http://www.stiftungssuche.de) gefunden werden.

## Leistungen zur Beförderung

Schwerbehinderte Menschen, die nicht in der Lage sind die öffentlichen Verkehrsmittel zu benutzen, um z.B. die Arbeitsstelle, einen Freund oder das Einkaufszentrum zu erreichen, können kostenlos oder gegen eine geringe Gebühr **Fahrdienste** benutzen. Die Fahrdienste sind von Städten, Gemeinden, Wohlfahrtsverbänden (z.B. Malteser oder Deutsches Rotes Kreuz) oder privaten Anbietern eingerichtet und werden u.a. von der Krankenkasse oder vom örtlichen Sozialhilfeträger finanziert. Dabei werden kostenlose Fahrgutscheine ausgegeben oder Menschen mit Behinderungen zahlen den jeweiligen Tarif für die private Beförderung. Fahrdienste sind freiwillige Leistungen, auf die **kein Rechtsanspruch** besteht.

## Voraussetzungen

Die Voraussetzungen sind regional unterschiedlich. In der Regel ist das Merkzeichen „aG“ erforderlich, aber hiervon gibt es Ausnahmen.

### Wer hilft weiter?

Auskünfte erteilen:

- die Unabhängige Teilhabeberatung unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de),
- das Sozialamt (Bereich Behindertenhilfe),
- die Krankenkassen,
- der zuständige Träger der Eingliederungshilfe,
- die Unfallversicherungsträger und
- die Anbieter vor Ort, z.B. Städte, Gemeinden oder Wohlfahrtsverbände wie Rotes Kreuz, Malteser, Arbeitersamariterbund (ASB) oder Johanniter.

### Praxistipps!

- Für Fahrten zum Arzt oder Psychotherapeuten ist im Regelfall die Krankenkasse zuständig. Unter bestimmten Voraussetzungen können Ärzte den Krankentransport per Taxi oder Patientenfahrdienst verordnen.
- Eine Online-Fahrdienstsuche bietet Aktion Mensch unter [www.familienratgeber.de](http://www.familienratgeber.de) > Adressen vor Ort > Suchwort „Fahrdienste“.

## 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 GdB von wenigstens 80 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen oder der Lenden-Wirbelsäule.
- Merkzeichen „G“ und „B“ und ein GdB von wenigstens 70 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen oder der Lenden-Wirbelsäule, 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 „Bl“
- Beidseitige Amelie (angeborenes Fehlen von Gliedmaßen) oder Phokomelie (z.B. Hand oder Fuß sind direkt am Rumpf) oder vergleichbare Funktionseinschränkungen (z.B. Amputation beider Arme)



### Wer hilft weiter?

Die örtlich zuständige Straßenverkehrsbehörde.



### 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.
- Einen Parkausweis können z.B. auch der Ehepartner, Eltern oder Kinder nutzen, wenn der berechnigte schwerbehinderte Mensch nicht selbst in der Lage ist, das Fahrzeug zu führen. Die Nutzung ist daran gebunden, dass der schwerbehinderte Mensch befördert wird.
- Wer im Besitz eines blauen Parkausweises ist, kann am Wohnort einen eigenen Parkplatz beantragen. Hierfür besteht aber kein Rechtsanspruch.

## 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](http://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: 694,68 € monatlich
- für blinde Menschen bis 17 Jahre: 347,97 € monatlich

Erhalten blinde Menschen bei häuslicher Pflege Leistungen der Pflegeversicherung, sind diese Leistungen bis zu 50 % 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](http://www.dbsv.org).

## Steuererleichterungen

Um den Mehraufwand von Menschen mit Behinderungen auszugleichen, können entweder pauschalisierte Beträge je nach GdB oder die tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Aufwendungen steuermindernd geltend gemacht werden.

### Umfang

Zu den Steuervergünstigungen zählen:

- Kinderfreibetrag für erwachsene Kinder mit Behinderungen, wenn die Behinderungen vor Vollendung des 25. Lebensjahres eingetreten sind (§ 32 Abs. 6 EStG, alternativ zum Kindergeld)
- Erwerbsbedingte Kinderbetreuungskosten
- Pauschbetrag für Menschen mit Behinderungen
- Außergewöhnliche Belastungen bei Pflegepersonen, Pflegepauschbetrag
- Außergewöhnliche Belastungen durch private Kraftfahrzeugkosten

- Bei Merkzeichen „G“ oder „aG“: Tatsächliche 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 zur Rehabilitation erhalten.

### Pauschbetrag für Menschen mit Behinderungen

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

Der Freibetrag kann

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

Die Pauschbeträge erhalten

- Menschen mit Behinderungen, die einen GdB von mindestens 50 haben
- Menschen mit Behinderungen mit einem GdB von mindestens 25, denen wegen der Behinderung nach gesetzlichen Vorschriften Renten oder andere laufende Bezüge zustehen, oder
- wenn die Behinderungen zu einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit geführt haben bzw. auf einer typischen Berufskrankheit beruhen.

### Höhe

GdB	Jährlicher Pauschbetrag
25 und 30	310 €
35 und 40	430 €
45 und 50	570 €
55 und 60	720 €
65 und 70	890 €
75 und 80	1.060 €
85 und 90	1.230 €
95 und 100	1.420 €
Merkzeichen „H“ und Merkzeichen „Bl“ unabhängig vom GdB	3.700 €

**Anmerkung zur Tabelle:** Seit 1983 wird der GdB nur noch in Zehner-Schritten eingestuft. Das Finanzamt behält die alten Tabellen bei, weil auch Menschen mit alten Einstufungen in Fünfer-Schritten erfasst werden müssen.

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

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

### **Praxistipp!**

Bei Kindern mit Behinderungen 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 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 Behinderungen 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 „Bl“ 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 Behinderungen 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 Menschen mit Behinderungen die tatsächlichen Aufwendungen für diese Wege absetzen. Dies gilt bei

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



### Wer hilft weiter?

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

# Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Behinderungen können zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. Um soziale Härten durch den Arbeitsausfall zu vermeiden, gibt es bei Arbeitsunfähigkeit z.B. eine Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber sowie unter bestimmten Voraussetzungen Krankengeld von der Krankenkasse oder Arbeitslosengeld von der Agentur für Arbeit.

## Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Die Entgeltfortzahlung ist eine arbeitsrechtliche Regelung und keine Leistung der Sozialversicherung. Sie ist im Entgeltfortzahlungsgesetz geregelt. Arbeitnehmer mit und ohne Behinderungen sind im Krankheitsfall auf die Absicherung durch den Arbeitgeber angewiesen.

### Voraussetzungen

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

### Pflichten des Arbeitnehmers

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

## Zweifel am Krankenstand

Hat der Arbeitgeber Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers, kann er ein Gutachten des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) verlangen. Die Krankenkassen sind grundsätzlich verpflichtet, Zweifel durch solche Maßnahmen zu beseitigen.

### Praxistipp!

Wenn einem Arbeitnehmer gekündigt wird, endet die Pflichtmitgliedschaft in der Krankenkasse. Er muss sich dann rechtzeitig um seinen Krankenversicherungsschutz kümmern.

## Dauer

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

## Höhe

Die Entgeltfortzahlung entspricht dem bisher üblichen Arbeitsentgelt. Berechnungsgrundlage ist das gesamte Arbeitsentgelt mit Zulagen, wie z.B.:

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

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

### Praxistipps!

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

**Lebensunterhalt** die Zeit überbrückt.

- Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt weitere Informationen und kann kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Service > Publikationen > Suchwort „Entgeltfortzahlung“.

## Wer hilft weiter?

Weitere Informationen erteilen die Arbeitgeber oder das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Arbeitsrecht), Telefon 030 221911-004, Mo-Do 8-20 Uhr.

## Krankengeld

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung. Es wird gezahlt, wenn der Anspruch auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber nicht (mehr) besteht. Gesetzlich versicherte Menschen mit Behinderungen, die länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind oder während der Arbeitsunfähigkeit ihren Arbeitsplatz verlieren, erhalten Krankengeld von der Krankenkasse.

### Voraussetzungen

- Versicherteneigenschaft zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit **oder**
- stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung auf Kosten der Krankenkasse
- Es handelt sich immer um **dieselbe** Krankheit bzw. um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine **weitere** Krankheit auf, verlängert sich die Leistungsdauer dennoch **nicht**

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

### Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Familienversicherte
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden (Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld, siehe S. 60)
- Studenten (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres)
- Praktikanten
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld
- Versicherungspflichtige Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe
- Personen, die infolge der Gesundheitsreform 2007 krankenversicherungspflichtig wurden (sog. Auffangversicherung). **Ausnahme:** Dennoch Anspruch auf Krankengeld haben abhängig Beschäftigte, sofern sie nicht geringfügig beschäftigt sind



## Selbstständige

**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**.

## Beginn des Anspruchs

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



### 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. Unter bestimmten Voraussetzungen, z.B. einer Kündigung vom Arbeitgeber, kann der Anspruch auf Krankengeld durch eine lückenhafte Attestierung verloren gehen.

## Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70% des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90% des Nettoarbeitsentgelts.
- maximal 103,25 € täglich.

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

## Bemessungszeitraum

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

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

## Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2018 ein Betrag von 147,50 € (= Beitragsbemessungsgrenze 53.100 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es **maximal 103,25 €** täglich betragen.

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

Bei Bezug von Arbeitslosengeld I wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt.

## Abzüge

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,08 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern bzw. von 12,33 % bei kinderlosen Empfängern.

Berechnungsbeispiel
Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt. Das folgende Berechnungsbeispiel enthält keine regelmäßigen Zusatzleistungen:
Monatlich brutto 3.000 € $3.000 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 100 \text{ €}$ davon 70 % = 70 €
Monatlich netto 1.800 € $1.800 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 60 \text{ €}$ davon 90 % = <b>54 €</b> abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,08 % (Krankengeldempfänger mit Kind) = <b>47,48 €</b>

## Dauer

Krankengeld gibt es wegen **derselben** Krankheit für eine maximale Leistungsdauer von 78 Wochen (546 Kalendertage) innerhalb von je 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**.

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

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

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

## Erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit

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

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

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

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

### **Praxistipp!**

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

### Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

- Bei Erhalt von Arbeitsentgelt (gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt). Das gilt auch für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für bis zu 6 Wochen.
- Bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- Bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, 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.

### Ruhen des Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

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

Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht fristgerecht nach, ruht mit Ablauf der Frist der Anspruch auf Krankengeld. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf. Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 70) umwandelt.



### Praxistipp!

Einige Krankenkassen fordern den Versicherten auf, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Dies darf aber nicht stattfinden, ohne dass **vorher** geprüft wird, ob Reha-Maßnahmen durchgeführt werden könnten. Wenn die Krankenkasse dies dennoch tut, kann der Versicherte darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, kann unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit** bestehen; das ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds im Sinne der Nahtlosigkeit (siehe S. 39).

### Ausschluss des Krankengelds

Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:

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

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

### Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

- Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Landabgabenrente, jeweils aus dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte,
- Teilrente wegen Alters oder Erwerbsminderung bzw. Berufsunfähigkeit aus der Rentenversicherung,
- 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.

### Aussteuerung: Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

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

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

#### Praxistipps!

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

#### Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

## Verletztengeld

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

### Voraussetzungen

Voraussetzungen für die Zahlung von Verletztengeld:

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

### Höhe

Das Verletztengeld beträgt monatlich

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

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

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

Berechnungsbeispiel
Monatlich brutto 3.000 € $3.000 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 100 \text{ €}$ davon 80 % = 80 €
Monatlich netto 1.800 € $1.800 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 60 \text{ €}$ <b>folgt:</b> Das Verletztengeld beträgt <b>60 €</b> täglich.

### Sonderregelung

Bei Bezug von Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung oder Kurzarbeitergeld wird Verletztengeld in Höhe des Krankengelds gezahlt. Bei Bezug von Arbeitslosengeld II oder anderen Leistungen des SGB II wird Verletztengeld in Höhe des ALG II gezahlt.

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

### Anrechnung

Auf das Verletztengeld werden z.B. angerechnet:

- Netto-Erwerbseinkommen - unter Außerachtlassung von einmalig gezahltem Entgelt
- Mutterschaftsgeld, Versorgungskrankengeld, Arbeitslosengeld I, Kurzarbeitergeld, langfristig bezogenes Arbeitslosengeld II.

### Dauer

Die Zahlung des Verletztengelds **beginnt**

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

Die Zahlung des Verletztengelds **endet**

- mit dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit **oder**
- mit dem letzten Tag der Hinderung an einer ganztägigen Erwerbstätigkeit durch eine Heilbehandlungsmaßnahme **oder**
- bei Anspruch auf Übergangsgeld mit dem Tag vor Entstehen eines solchen Anspruchs **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 Maßnahmen der Beruflichen Reha. Dann ist in der Regel ein Übergang zur Rente der Unfallversicherung oder der Rentenversicherung möglich.



### Praxistipp!

Verletztengeld und Krankengeld sind **steuerfrei**. Allerdings sind sie bei der Steuererklärung anzugeben, da sie bei der Berechnung des Steuersatzes berücksichtigt werden. Sie unterliegen dem sog. Progressionsvorbehalt.



### Wer hilft weiter?

Auskünfte erteilen die Unfallversicherungsträger.

## Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

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

### Voraussetzungen

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

- Arbeitsunfähigkeit (weniger als 3 Stunden/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 Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 70) beim zuständigen Rentenversicherungsträger oder Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung (siehe S. 55) bzw. Medizinische Rehabilitation (siehe S. 49) von Menschen mit Behinderungen beantragt. Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

### Dauer

Das Arbeitslosengeld im Wege der sog. **Nahtlosigkeit** wird so lange gezahlt, bis über die Frage der verminderten Erwerbsfähigkeit entschieden wird, längstens jedoch bis der Anspruch auf Arbeitslosengeld endet.

Damit überbrückt es die Übergangszeit, in der der Rentenversicherungsträger über den Anspruch auf Erwerbsminderungsrente entscheidet.

### Höhe

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 (siehe S. 70) gezahlt oder **Rente** gewährt, erhält der Arbeitslose nur den eventuell überschießenden Betrag. War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss er den überschießenden Betrag jedoch **nicht** zurückzahlen.

### Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Arbeitslosengeld

Wer während des Bezugs von Arbeitslosengeld aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig oder stationär behandelt wird, verliert dadurch nicht seinen Arbeitslosengeld-Anspruch für die Dauer von bis zu 6 Wochen.

Dies gilt auch bei der notwendigen Betreuung eines kranken Kindes bis zu 10 Tage (Alleinerziehende 20 Tage) je Kind in einem Kalenderjahr.



### 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 Rentenversicherungsträgers 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 Behinderungen bekommen in der Regel verschiedene medizinische Leistungen (z.B. Arzneimittel oder Krankenhausaufenthalte). Bei vielen ärztlichen Verordnungen müssen Patienten ab 18 Jahren zu bestimmten Leistungen Zuzahlungen leisten. Da dies gerade für Menschen mit Behinderungen eine finanzielle Belastung darstellen kann, gibt es für diese besondere Regelungen. Bei Überschreiten einer sog. Belastungsgrenze ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

## Zuzahlungsregelungen

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

### Arzneimittel

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

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

### Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

Unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Krankenversicherung > Arzneimittel > Zuzahlungsbefreite 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 Betroffene also Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind. Für Patienten mit Behinderungen lohnt es sich immer, aktiv nach kostengünstigeren Alternativen zu fragen.

### Verbandmittel

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

### Heilmittel

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

### Hilfsmittel

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

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

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

### Häusliche Krankenpflege

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

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

### Soziotherapie

Soziotherapie ist die ambulante Betreuung schwer psychisch kranker Menschen.

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

### Haushaltshilfe

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

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

### Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und 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. Auch für Fahrten von Kindern.

### Zahnersatz

Die Krankenkasse übernimmt:

- 50 % der Regelversorgungskosten (= Festzuschuss)
- 60 % der Regelversorgungskosten bei 5 Jahren Vorsorge (nachgewiesen durch das Bonusheft)
- 65 % der Regelversorgungskosten bei 10 Jahren Vorsorge (nachgewiesen durch das Bonusheft)

Den Rest zahlt der Versicherte. Darüber hinaus gelten beim Zahnersatz besondere Härtefallregelungen. Bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung wird der Eigenanteil **nicht** berücksichtigt.

### Kieferorthopädische Behandlung

- Bei **Kindern** 20 % der Kosten. Bei weiteren Kindern gleichzeitig: 10 %. Die Zuzahlung wird am Ende der erfolgreichen Behandlung erstattet

- Bei **Erwachsenen** 20 % der Kosten, wenn zusätzlich kieferchirurgische Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind, ansonsten zahlt der Versicherte voll. Nach erfolgreicher Behandlung wird die Zuzahlung erstattet.

## Zuzahlungsbefreiung

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

Die **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden. 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.

### 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 dem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein **Freibetrag** abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten 5.481 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.654 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.428 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider

Ehegatten handelt, ansonsten 3.714 €.

- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten 7.428 €.

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): 5.481 €

minus Freibetrag für 2 Kinder: 14.856 € (2 x 7.428 €)
davon 2% = Belastungsgrenze: 193,26 €
Wenn im Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 193,26 € im Jahr übersteigen, verzichtet die Krankenkasse auf darüber hinausgehende Zuzahlungen.

### Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezahlt, d.h.: Der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 99,84 €, bei chronisch Kranken 49,92 €.



#### **Praxistipps!**

- Da die Belastungsgrenze erst im Nachhinein wirksam ist, sollten Betroffene immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Verschiedene Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr 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**

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

### Definition „schwerwiegend chronisch krank“

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

- Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad von mindestens 3.
- GdB oder 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 seit 1.1.2008 nur dann, wenn sich ein 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.

Für die reduzierte Belastungsgrenze gelten abhängig vom Alter zudem folgende Regelungen:

- 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 Gebärmutterhals-, Brust- oder Darmkrebs erkranken, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.
- Gesundheitsuntersuchungen und Beratung müssen mittels einer ärztlichen Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten dokumentiert werden (sog. Präventionspass). Ausgenommen von der Feststellung therapiegerechten Verhaltens sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, 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 Behinderungen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben führen können. Insgesamt ist „Reha und Teilhabe“ ein sehr komplexes Thema. Das liegt unter anderem daran, dass unterschiedliche Kostenträger dafür zuständig sein können und dass sich deshalb Bestimmungen zu Reha, Teilhabe und Behinderung in verschiedenen SGBs finden.

Grundsätzlich gilt: Reha vor Rente.

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

## Überblick über Reha-Leistungen

Verschiedene Reha-Leistungen können dazu beitragen, dass Betroffene wieder am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Es gibt folgende Bereiche der Rehabilitation:

- **Medizinische Reha-Leistungen:** Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Zur Medizinischen Rehabilitation zählen z.B. die Anschlussheilbehandlung (siehe S. 52) oder die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 54).
- **Berufliche Reha-Leistungen:** Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe:** Dies sind Leistungen, die dazu beitragen sollen, die Ziele der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld (siehe S. 60), Haushaltshilfe (siehe S. 62), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Soziale Reha-Leistungen:** Zu den sog. Leistungen zur sozialen Teilhabe zählen Unterstützungsleistungen wie die Elternassistenz oder Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung (z.B. Beseitigung von Stolperfallen). Ebenso erhalten Betroffene Unterstützung bei der Haushaltsführung, der Lebensplanung, der Freizeitgestaltung sowie der Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung:** Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können. Dazu zählen Hilfen zu Berufsausbildung, Studium und Schulbildung.

## Kostenträger

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

- **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.
- **Rentenversicherungsträger:** erbringen Leistungen zur Medizinischen Reha und Beruflichen Reha

(Teilhabe am Arbeitsleben), wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

- **Unfallversicherungsträger:** sind bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.
- **Agenturen für Arbeit:** übernehmen Leistungen zur Beruflichen Reha, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- **Sozialämter:** treten nachrangig für die Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha ein, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist.
- **Jugendämter:** erbringen Leistungen zur Teilhabe für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und die hiervon bedroht sind bis zu einem Alter von 26 Jahren, wenn kein anderer Träger der Sozialversicherung zuständig ist.
- **Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen:** sind bei einem Anspruch auf Leistungen der Sozialen Entschädigung für die gesamte Rehabilitation zuständig.

### 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 und die „Unabhängige Teilhabeberatung“ die richtigen Ansprechpartner. Sie bieten Unterstützung in allen Fragen zur Rehabilitation. Adressen unter [www.reha-servicestellen.de](http://www.reha-servicestellen.de), [www.rehadat-adressen.de](http://www.rehadat-adressen.de) und [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).

### Teilhabeplanverfahren

Das Teilhabeplanverfahren soll sicherstellen, dass Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen keine Nachteile mehr haben, wenn sie verschiedene Teilhabeleistungen von einem oder mehreren Trägern, z.B. der Bundesagentur für Arbeit und der gesetzlichen Unfallversicherung, bekommen. Das Teilhabeplanverfahren wurde zum 1.1.18 durch das BTHG in das SGB IX aufgenommen.

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

### Antragstellung

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

### Zuständigkeitsklärung

Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag auf **Leistungen zur Teilhabe** bei einem Reha-Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er hierfür zuständig ist. Die sog. Zuständig-



keitsklärung soll verhindern, dass ein Antrag zwischen verschiedenen Trägern hin- und hergeschoben wird.

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

Eine nochmalige Weiterleitung gibt es nicht, auch wenn sich später herausstellen sollte, dass der zweite Träger nicht zuständig ist. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf den Versicherten.

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

### Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag

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

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

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

## Medizinische Rehabilitation

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

### 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 Betroffene wohnt zu Hause und besucht tagsüber 4-6 Stunden die behandelnde Einrichtung. Möglich ist auch die Versorgung durch mobile Reha-Teams beim Patienten zu Hause.

## 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 Kliniken mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung durchgeführt. Ob eine ambulante Reha in einer Einrichtung 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. Regelung bei Kindern bis zum 14. Geburtstag: 4-6 Wochen.

## Wartezeit zwischen den Reha-Maßnahmen

Zwischen 2 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 Betroffene selbst eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Er muss keine Mehrkosten tragen, wenn er seinen Klinikwunsch mit seiner persönlichen Lebenssituation, dem Alter, dem Geschlecht, der Familie sowie religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen begründen kann. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse.

- Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, hat der Patient die Möglichkeit über das sog. Wunsch- und Wahlrecht eine bestimmte Reha-Einrichtung zu benennen. Dies muss in einem formlosen Schreiben zur Verordnung ausdrücklich vermerkt und möglichst auch begründet werden. Als Begründung für die Wünsche können z.B. die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie oder die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen.

### **Praxistipp!**

Adressen von Reha-Kliniken können unter [www.rehakliniken.de](http://www.rehakliniken.de) und [www.kurklinikverzeichnis.de](http://www.kurklinikverzeichnis.de) gefunden werden.

## Zuzahlungen

### Zuzahlungen zur Krankenversicherung

Volljährige Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung. Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung (siehe S. 41).

### 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 (siehe S. 52) erbracht, ist die Zuzahlung von 10 € auf maximal 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt.

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

**Keine Zuzahlung** an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Leistungen
- Von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Von Beziehern von Übergangsgeld ohne zusätzlichem Erwerbseinkommen
- Von Beziehern von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei Leistungen der Beruflichen Rehabilitation
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.219 € liegt

**Teilweise befreit** von der Zuzahlung sind Personen,

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

Die Zuzahlung richtet sich bei einer Antragstellung im Jahr 2018 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.219 €	keine
ab 1.219 €	5 €
ab 1.339,80 €	6 €
ab 1.461,60 €	7 €
ab 1.583,40 €	8 €
ab 1.705,20 €	9 €
ab 1.827 €	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 (z.B. Rentenbescheid) und ggf. weitere Hinzuverdienstbescheinigungen beizufügen.



### Praxistipps!

- Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Service > Broschüren & mehr > Broschüren > Rehabilitation > Medizinische Reha: Wie sie Ihnen hilft, kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.
- Stationäre und ambulante Reha-Maßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden. Für diesen Zeitraum muss der Arbeitgeber Entgeltfortzahlung leisten.
- Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder betreut, an einer stationären oder ambulanten Reha-Maßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe (siehe S. 62) gewährt werden.

### Anschlussheilbehandlung

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

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

### Voraussetzungen

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

- Wartezeit von 15 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren **oder**
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt

Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor **oder**

- Bezug einer Erwerbsminderungsrente (siehe S. 70) **oder**
- Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit) bei verminderter oder in absehbarer Zeit gefährdeter Erwerbsfähigkeit **oder**
- Anspruch auf große Witwen- bzw. Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

**Persönliche und medizinische Voraussetzungen:**

- Indikation nach der Indikationsliste (siehe unten)
- 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

**AHB-Indikationsgruppen** sind:

- Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs
- 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
- Diabetes mellitus
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata
- Neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven
- Onkologische Krankheiten
- Gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen

### Beginn und Dauer

Die AHB muss bereits von den behandelnden Krankenhausärzten eingeleitet werden. Nach der Entlassung ist es für niedergelassene Ärzte nur in Ausnahmefällen möglich, eine AHB zu begründen. Eine AHB 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 ist bei medizinischer Begründung durch Arzt oder Klinik möglich.

### Antrag

Der zuständige Arzt stellt zuerst fest, ob eine AHB notwendig ist, daraufhin hilft der Sozialdienst der letzten behandelnden Klinik den Antrag zu stellen.

## Zuzahlungen

Ist die AHB eine Leistung der **Krankenkasse**, müssen Patienten ab 18 Jahren 10 € pro Tag für maximal 28 Tage im Kalenderjahr zahlen (siehe S. 42). Unter bestimmten Umständen kann eine Zuzahlungsbefreiung beantragt werden (siehe S. 43).

Ist die AHB eine Leistung des **Rentenversicherungsträgers**, müssen Patienten ab 18 Jahren 10 € pro Tag für maximal 14 Tage im Kalenderjahr zahlen. Eine Befreiung hiervon kann z.B. bei Patienten mit geringem Einkommen beantragt werden.

Ist die AHB eine Leistung des **Unfallversicherungsträgers**, ist **keine** Zuzahlung fällig.



### Praxistipps!

- Abweichungen vom Zeitpunkt des AHB-Beginns sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich.
- Für die Mutter/ dem Vater als Begleitperson kann die gesetzliche Krankenkasse auch den Lohnausfall für die notwendige, zeitlich nicht begrenzte Dauer übernehmen. Auf diese Leistung besteht kein grundsätzlicher Anspruch. Einen Antrag zu stellen ist aber in jedem Fall zu empfehlen.



### Wer hilft weiter?

Informationen sind beim Sozialdienst der Kliniken und beim zuständigen Kostenträger (Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft, Agentur für Arbeit oder Sozialamt) erhältlich.

## Stufenweise Wiedereingliederung

Ziel der Stufenweisen Wiedereingliederung („Hamburger Modell“) ist, arbeitsunfähige Arbeitnehmer mit Behinderungen 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 Betroffene 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:

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

**Schwerbehinderte** und ihnen gleichgestellte Arbeitnehmer (siehe S. 9) haben im Gegensatz zu nicht schwerbehinderten Arbeitnehmern einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur Stufen-

weisen Wiedereingliederung, wenn ein Wiedereingliederungsplan mit allen aus ärztlicher Sicht zulässigen Arbeiten und eine Prognose darüber vorliegt, ob und wann mit der vollen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. Mit Hilfe dieser Angaben kann der Arbeitgeber dann prüfen, ob ihm die Beschäftigung zumutbar ist. Er kann eine Stufenweise Wiedereingliederung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers wegen Unzumutbarkeit aber nur in Einzelfällen ablehnen.

### Dauer

Die Dauer der Stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand. In der Regel dauert sie 6 Wochen bis 6 Monate.

### Finanzielle Leistungen

In der Regel erhält der Versicherte während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sog. Entgeltersatzleistungen, d.h. Krankengeld von der Krankenkasse (siehe S. 32), Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger (siehe S. 60), Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger (siehe S. 37) oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit (siehe S. 39). Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für den Arbeitgeber.

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



### Praxistipp!

Findet die Stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollte sie im Laufe der Reha beantragt werden. Dazu füllt die Sozialberatung der Reha-Klinik in Kooperation mit Arzt und Patient zusammen den Antrag aus und erstellen gemeinsam einen „Wiedereingliederungsplan“ aus dem hervorgeht, mit welcher Tätigkeit und Stundenzahl der Arbeitnehmer beginnt, in welchem Zeitraum und wie Art und Umfang der Tätigkeit gesteigert werden.



### Wer hilft weiter?

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

## Berufliche Reha

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

Im Rahmen der Beruflichen Reha können auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, z.B. zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, zur seelischen Stabilisierung sowie zum Erwerb von Schlüsselkompetenzen in Anspruch genommen werden, wenn sie im Einzelfall notwendig sind.

## Leistungen

Zu den „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ zählen:

### Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes oder selbstständigen Tätigkeit

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

- **Berufsfindung und Arbeitserprobung** dienen dazu, den geeignetsten Weg der beruflichen (Wieder-)Eingliederung zu finden.
- **Kosten für Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen** (sog. Ausrüstungsbeihilfe), welche die Folgeerscheinungen der Behinderung für eine bestimmte berufliche Tätigkeit ausgleichen. Ein Ausgleich von ausschließlich medizinischen Funktionsstörungen genügt nicht zur Kostenübernahme bei der Rentenversicherung.
- **Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes** in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- **Arbeitsassistenz**, wenn bei der Arbeitsausführung erheblicher Unterstützungsbedarf besteht (siehe S. 18).
- **Budget für Arbeit**, soll Menschen mit Behinderungen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen (siehe S. 19).
- **Kraftfahrzeughilfe**, um den Arbeits- oder Ausbildungsort zu erreichen.
- **Gründungszuschuss** für Arbeitslose, die sich selbstständig machen.
- **Fahrtkostenbeihilfe** für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, wenn der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet und die berufliche Wiedereingliederung ansonsten gefährdet wäre.
- **Trennungskostenbeihilfe** bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung für bis zu 6 Monate. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort müssen unzumutbar sein.
- **Übergangsbeihilfe** bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
- **Umzugskostenbeihilfe**, wenn eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist. Als Umzugskosten gelten z.B. Transportkosten und Reise des Familienversicherten samt Familie, nicht aber Wohnraumbeschaffungskosten wie Maklergebühren, Kautionen, Renovierungskosten. Der Umzug darf nicht später als 2 Jahre nach der Arbeitsaufnahme stattfinden.
- **Wohnungshilfen** sind Förderbeträge für Um- und Ausbaumaßnahmen im Wohnbereich, die zum Erlangen oder Erhalten des Arbeits- oder Ausbildungsorts erforderlich sind.

### Berufsvorbereitung

Zu den Beruflichen Reha-Leistungen zählt auch die Berufsvorbereitung einschließlich der wegen Behinderung erforderlichen Grundausbildung. Darunter fallen z.B. die blindentechnische Grundausbildung, Vorbereitungsmaßnahmen für Gehörlose oder das Erlernen der deutschen Sprache für Ausländer.



## Berufliche Bildung

- Maßnahmen zur Anpassung an den Beruf, Ausbildung und Weiterbildung einschließlich des dafür erforderlichen Schulabschlusses, jedoch **keine** allgemeinbildenden Maßnahmen.
- Wenn die Fähigkeit beeinträchtigt ist, einen angemessenen Beruf zu erlernen, werden auch Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung einschließlich der Vorbereitung hierzu oder zur Entwicklung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten geleistet, z.B.: Übernahme erhöhter Kosten für eine private Heimsonderschule und Maßnahmen, um die Schulreife nach einem Kindergartenunfall zu erlangen.

## Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

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

Die Arbeit soll individuell den Bedürfnissen und Interessen der Menschen mit Behinderungen entsprechen. Ihnen wird ein, ihrer Leistung angemessenes, Arbeitsentgelt bezahlt und sie erhalten eine individuelle Betreuung und Förderung durch soziale Fachdienste (z.B. Sozialpädagogen, Psychologen, Ärzte). Zudem haben sie die Möglichkeit, in unterschiedlichsten Arbeitsbereichen tätig zu sein, z.B. in einer Gärtnerei, Schreinerei, Hauswirtschaft, Telefonzentrale oder bei der Montage und Verpackung.

Die Berufsgenossenschaften und die Rentenversicherungsträger übernehmen z.B. vorwiegend die folgenden berufsfördernden Maßnahmen:

- Bis zu 4 Wochen, maximal 3 Monaten in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen zur Arbeits- und Berufsförderung im Eingangsverfahren.
- Bis zu 2 Jahren im Berufsbildungsbereich als berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, aber nur dann über 1 Jahr hinaus, wenn die Leistungsfähigkeit des Menschen mit Behinderung weiterentwickelt oder wiedergewonnen werden kann.
- Bei Bedarf sind über Unterstützte Beschäftigung Angebote zur Persönlichkeitsentwicklung oder Berufsbegleitung möglich.

## Übernahme weiterer Kosten

Übernahme von Kosten, die mit den LTA in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Hierzu zählen z.B. Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung oder Arbeitsgeräte.

## Zuschüsse an den Arbeitgeber

Die Reha-Träger können Berufliche Reha-Leistungen auch als Zuschüsse an den Arbeitgeber leisten. Anspruchs- und antragsberechtigt ist der Versicherte. Der Arbeitgeber ist „nur“ Begünstigter ohne eigenes Antragsrecht. Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z.B. als Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen, Eingliederungszuschüsse, Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb, Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung, Umschulungen sowie Aus- oder Weiterbildung im Betrieb.

## Dauer

Die Beruflichen Reha-Leistungen sollen für die Zeit erbracht werden, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um das angestrebte Berufsziel zu erreichen. Unter bestimmten Voraussetzungen ist

eine Verlängerung möglich, z.B. bei einer Erlernbarkeit des Ausbildungsberufs nicht unter 2 Jahren oder bei voller Ausschöpfung des Leistungsvermögens eines Menschen mit Behinderungen.

### Soziale Sicherung

Bei Teilnahme an Beruflichen Reha-Leistungen werden Beiträge zur Kranken-, Unfall-, Pflege- und Rentenversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung übernommen. Bei Bezug von Übergangsgeld werden keine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt.

#### Praxistipp!

Zum 1.1.2018 wurde durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) mit den sog. anderen Leistungsanbietern eine Alternative zu den WfbM geschaffen. Man kann nun wählen, ob man eine WfbM oder eine alternative Einrichtung besuchen möchte. Die Voraussetzungen und Rechte sind in beiden Fällen grundsätzlich gleich. Jede Firma oder Einrichtung und jeder Träger können theoretisch „anderer Leistungsanbieter“ werden, wenn die fachlichen Anforderungen erfüllt sind. Menschen mit Behinderungen und interessierte Arbeitgeber können bei der „Unabhängigen Teilhabeberatung“ nachfragen oder sich vom zuständigen Leistungsträger, z.B. der Agentur für Arbeit, beraten lassen. Näheres unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).

#### Wer hilft weiter?

- Die Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen, meist von der Agentur für Arbeit und der Rentenversicherung. Die Anträge auf Kostenübernahme sollten gestellt werden **bevor** die Maßnahmen in die Wege geleitet werden.
- Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst (Adressen unter [www.integrationsaemter.de](http://www.integrationsaemter.de)).
- Weitere Informationen unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchwort: „Berufliche Reha > Leistungen“.

## Soziale Reha

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

Ziel der Leistungen zur Sozialen Reha ist, Behinderungen oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mindern und Menschen mit Behinderungen die Chance zu eröffnen, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Die Leistungen sind nicht einklagbar. Die Förderungen der soziale Reha setzen an, wo Berufliche Reha (siehe S. 55) oder Medizinische Reha (siehe S. 49) nicht oder noch nicht sinnvoll sind.

### Leistungen

Die Leistungen zur Sozialen Reha umfassen insbesondere

- **Leistungen für Wohnraum**, z.B. Hilfe bei Beschaffung, Umbau, Ausstattung und Erhalt von Wohnraum
- **Assistenzleistungen**, z.B. Elternassistenz (siehe S. 58), Unterstützung bei der Haushaltsführung, der Lebensplanung, der Freizeitgestaltung sowie der Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben

- **Heilpädagogische Leistungen** für noch nicht eingeschulte Kinder (siehe auch Frühförderung von Kindern mit Behinderungen S. 65)
- **Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie**, z.B. wenn die Betreuung eines Kindes mit Behinderungen in einer anderen Familie nötig oder gewünscht wird
- **Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten**, z.B. Schulung lebenspraktischer Handlungen, Vorbereitung auf das Arbeitsleben, Verbesserung der Kommunikation, Blindenschriftlehrgänge
- **Leistungen zur Förderung der Verständigung**, z.B. Dolmetscher für Menschen mit Hörbehinderungen
- **Leistungen zur Mobilität**, z.B. Beförderung durch einen Fahrdienst, Leistungen zur Beschaffung eines Autos oder zum Erwerb des Führerscheins (siehe S. 22)
- **Hilfsmittel**, z.B. barrierefreie Computer

### Elternassistenz für Eltern mit Behinderungen

Wenn ein oder beide Elternteile durch Behinderungen beeinträchtigt sind, kann es hilfreich sein, wenn die Familie unterstützt wird. Diese Hilfe kann durch eine sog. Elternassistenz erfolgen. Durch das BTHG haben nun Eltern mit Behinderungen seit dem 1.1.18 einen rechtlichen Anspruch auf diese Assistenzleistung.

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

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



#### Praxistipp!

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



#### Wer hilft weiter?

- Auskünfte geben die jeweiligen Träger (z.B. Jugendamt), die Unabhängige Teilhabeberatung unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de) oder das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Thema Behinderung, Telefon 030 221911-006, Mo-Do 8-20 Uhr.
- Weitere Informationen unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchwort: „Soziale Rehabilitation“.

## 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 von Menschen mit Behinderungen während der Teilnahme an Medizinischen oder Beruflichen Reha-Maßnahmen. Es wird nur gezahlt, wenn der Anspruch auf Entgeltfortzahlung nicht (mehr) besteht. Das Übergangsgeld zählt zu den unterhaltssichernden und ergänzenden Reha-Leistungen.

Übergangsgeld wird je nach Voraussetzungen 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
- Bei Erhalt von Leistungen zur Prävention
- Bei Erhalt von Leistungen zur Nachsorge
- Während der Teilnahme an einer Berufsfindung oder Arbeitserprobung, wodurch kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt erzielt wird

Darüber hinaus muss der Antragsteller vorher, aufgrund einer beruflichen Tätigkeit, Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt haben und Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet haben **oder** z.B. Krankengeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II (Hartz IV) bezogen haben. Zusätzlich müssen die rentenrechtlichen Voraussetzungen zu den Ergänzenden Leistungen zur Reha erfüllt sein.

### Voraussetzungen der Agentur für Arbeit

Die Agentur für Arbeit zahlt Übergangsgeld bei Erhalt von Leistungen zur Beruflichen Reha, wenn die Betroffenen die Vorbeschäftigungszeit erfüllen, d.h. sie müssen 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 I oder Arbeitslosengeld II (Hartz IV) erfüllen und Leistungen beantragt haben.

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

Die Vorbeschäftigungszeit **nicht** erfüllen müssen:

- Berufsrückkehrer mit Behinderungen.
- Menschen mit Behinderungen, 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 Unfallversicherung

Übergangsgeld der Unfallversicherung erhält ein Versicherter nur, wenn er infolge eines Versicherungsfalls Leistungen zur Beruflichen Reha (siehe S. 55) erhält.

## Höhe

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

Das Übergangsgeld beträgt davon:

- 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.

## Anrechnung

Auf das Übergangsgeld werden z.B. angerechnet:

- Netto-Erwerbseinkommen - unter Außerachtlassung von einmalig gezahltem Entgelt
- Verletztengeld (siehe S. 37), Verletztenrente (siehe S. 72), Erwerbsminderungsrente (siehe S. 70)
- Mutterschaftsgeld, wenn das Übergangsgeld von der **Unfallversicherung** gezahlt wird

## Dauer

Die Reha-Träger zahlen Übergangsgeld

- für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha
- maximal 6 Wochen, bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Leistung der Beruflichen Reha.
- nach einer Beruflichen Reha-Leistung: maximal 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.

Besteht Anspruch auf Mutterschaftsgeld, ruht der Anspruch auf Übergangsgeld des Rentenversicherungsträgers und der Agentur für Arbeit für diesen Zeitraum.



### Praxistipp!

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



### Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der zuständige Sozialversicherungsträger: Rentenversicherung, Unfallversicherung oder Agentur für Arbeit.

### Haushaltshilfe

Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären Medizinischen Reha-Maßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe gewährt werden.

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die in dieser Zeit die tägliche Arbeit im Haushalt erledigt. Sie übernimmt alle zur Weiterführung des Haushalts notwendigen Arbeiten, z.B. Einkaufen, Kochen, Waschen oder die Kinderbetreuung.

### Voraussetzungen

Die Krankenkasse, Sozialhilfe, Unfall- oder Rentenversicherung stellt eine Haushaltshilfe, wenn

- die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist wegen Beruflicher Reha, Krankenhausbehandlung, Entbindung, Schwangerschaftsbeschwerden, häuslicher Krankenpflege, medizinischer Vorsorgeleistungen oder Medizinischer Reha **und**
  - ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das eine Behinderung hat 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 sehr hohem Alter, 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, 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 Schulausbildung 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 Haushaltshilfe besteht bei Vorliegen der Voraussetzungen auch bei Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus.

- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge der Erkrankung der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf **ambulante Familienpflege** gestellt werden.
- Falls die Familie Leistungen der Sozialhilfe erhält, besteht die Möglichkeit „Hilfe zur Weiterführung des Haushalts“ zu erhalten.

### Leistungsumfang

Vorrangig erbringen die Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger eine **Sachleistung**, d.h. sie bezahlen eine Haushaltskraft einer Vertragsorganisation, die sich der Versicherte in der Regel selbst aussuchen kann. Die Krankenkassen haben mit geeigneten Organisationen (z.B. Trägern der freien Wohlfahrtspflege, ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen) Verträge über die Erbringung von Haushaltshilfe geschlossen. Haushaltshilfskräfte dieser Vertragsorganisationen erbringen die Leistung und rechnen dann direkt mit der Krankenkasse ab.

Wenn die Sachleistungserbringung nicht möglich ist, werden die Kosten für eine **selbst beschaffte Haushaltshilfe** in angemessener Höhe, d.h. in Anlehnung an das tarifliche oder übliche Entgelt einer Haushaltshilfe, übernommen. Dies muss unbedingt **vorher** mit dem Leistungsträger abgesprochen und von diesem genehmigt sein.

Für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grad, d.h.: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin, kann es lediglich eine **Erstattung der Fahrkosten und des Verdienstaufschlags** geben.

Ausnahmsweise können die zuständigen Kostenträger anstelle der Haushaltshilfe die **Kosten für die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung der Kinder** bis zur Höhe der Haushaltshilfe-Kosten übernehmen, wenn darunter der Reha-Erfolg nicht leidet.

### Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 42).



### Wer hilft weiter?

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

## Teilhabe an Bildung

Leistungen zur **Teilhabe an Bildung** wurden eingeführt, damit **Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können**. Dazu zählen **Hilfen zu Berufsausbildung, Studium und Schulbildung**. Bisher gehörte dieser Bereich zur sozialen Teilhabe (siehe S. 58) und schloss Weiterbildungsmaßnahmen aus.

### Hilfen zu Berufsausbildung und Studium

Für Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen gibt es bereits jetzt Hilfen für eine angemessene Berufsausbildung, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern. Ab 2020 werden auch die Fördermöglichkeiten für Meisterkurse und Studium erweitert. Gefördert werden können dann z.B.

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

### Unterbrechung möglich

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

### Studieren mit Behinderungen

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

### Hilfen zur Schulbildung

Kinder mit Behinderungen 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 traditioneller Unterricht möglich ist, können die Kinder Förder- und Sonderschulen besuchen.

Im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht erhalten Schüler mit Behinderungen bei Bedarf vorbereitende Hilfen zur Einschulung und zum Besuch weiterführender Schulen. Neben diesen vorbereitenden Hilfen wird das bestehende Förderangebot auch auf den Ganztagsunterricht ausgeweitet. Damit sind offene schulische Ganztagsangebote gemeint, die an den planmäßigen Unterricht anknüpfen und in den Räumlichkeiten der Schule stattfinden. Z.B. kann eine Schulbegleitung dann nicht nur vormittags während des Unterrichts, sondern auch nachmittags bei den Ganztagsangeboten gefördert werden.



### Wer hilft weiter?

- Der zuständige Kostenträger oder die Unabhängige Teilhabeberatung unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).
- Bei allen Fragen zu einer Berufsausbildung mit Behinderungen sind die Agenturen für Arbeit Ansprechpartner.
- Informationen zum Studium mit Behinderungen unter [www.studentenwerke.de/de/behinderung](http://www.studentenwerke.de/de/behinderung).
- Wer für die Feststellung eines sonderpädagogischen Förderungsbedarfs zuständig ist und welche Stellen die Entscheidung über den Schultyp treffen, ist je nach Bundesland verschieden. Die Eltern werden bei den Entscheidungsprozessen stets miteinbezogen und können sich bei Bildungsberatungsstätten oder schulpсихologischen Diensten beraten lassen.



# Frühförderung

**Die Frühförderung von Kindern mit Behinderungen oder von Kindern, die von Behinderung bedroht sind, umfasst medizinische, psychologische, pädagogische und soziale Maßnahmen, die sich sowohl auf das Kind als auch auf seine Familie und sein soziales Umfeld erstrecken können.**

Die Früherkennung und die Frühförderung werden kombiniert erbracht, als ein interdisziplinär abgestimmtes System ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, psychologischer, heilpädagogischer und sozialpädagogischer Leistungen (sog. **Komplexleistung Frühförderung**). Maßnahmen zur Frühförderung werden bis zur Einschulung erbracht und sind kostenlos.

## Förderziele

**Ziele der Frühförderung** sind:

- Förderung von Wahrnehmung, Bewegung, Interaktion, Kommunikation, Sprache
- Vermittlung von Kompensationstechniken
- Entwicklung lebenspraktischer Fähigkeiten
- Entwicklung sozialer Fähigkeiten

## Individueller Förder- und Behandlungsplan

Einen **individuellen Förder- und Behandlungsplan** entwickeln interdisziplinäre Frühförderstellen, andere zugelassene Einrichtungen oder sozialpädiatrische Zentren gemeinsam mit den Erziehungsberechtigten. Der Plan enthält eine Übersicht und eine Begründung der benötigten medizinisch-therapeutisch erforderlichen Leistungskomponenten. Der Plan wird vom verantwortlichen Kinderarzt und der zuständigen pädagogischen Fachkraft unterzeichnet und dem beteiligten Rehabilitationsträger zur Entscheidung vorgelegt.

## Leistungen der Frühförderung

Die sog. Frühförderungsverordnung hat, durch die Einführung des BTHG, ab dem 1.1.18 folgende wesentliche Inhalte:

- **Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation**
  - Ärztliche Behandlung, einschließlich Diagnostik und Früherkennung.
  - Sozialpädiatrische nichtärztliche Leistungen, psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder eingetretene Behinderung zu erkennen und um einen individuellen Behandlungs- und Förderplan aufzustellen.
  - Heilmittel, insbesondere physikalische Therapie, Physiotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie) sowie Ergotherapie aufgrund eines individuellen Behandlungs- und Förderplans.
- **Heilpädagogische Leistungen**
  - Alle pädagogischen Mittel, welche die Entwicklung und Persönlichkeitsentfaltung des Kindes anregen.

- Sozial- und sonderpädagogische, psychologische und psychosoziale Hilfen.
- Beratung der Erziehungsberechtigten.

Heilpädagogische Leistungen werden nur erbracht, wenn zu erwarten ist, dass dadurch eine drohende Behinderung aufgehalten oder der voranschreitende Verlauf einer Behinderung verlangsamt werden kann oder die Folgen einer Behinderung normalisiert werden können.

#### • Weitere Leistungen

- Medizinisch-therapeutische Leistungen zur Unterstützung, Beratung und Begleitung der Erziehungsberechtigten.
- Offene niedrigschwellige Beratungsangebote für Eltern, die ein Entwicklungsrisiko bei ihrem Kind vermuten.
- Mobile Hilfen für die Erbringung heilpädagogischer und medizinisch-therapeutischer Leistungen aufgrund organisationaler, fachlicher oder medizinischer Gründe.

Unterschieden wird zwischen **mobiler und ambulanter Frühförderung**. Bei der mobilen Frühförderung wird das Kind in seiner vertrauten Umgebung aufgesucht, ambulante Frühförderung findet in den Räumlichkeiten einer Einrichtung statt.

#### Förderorte

Die Leistungen der Frühförderung können in folgenden Einrichtungen erbracht werden:

- In **Interdisziplinären Frühförderstellen** oder **anderen zugelassenen Einrichtungen**, die ein vergleichbares Förder-, Behandlungs- und Beratungsangebot bereitstellen. Sie leisten mobile Frühförderung in der vertrauten Umgebung des Kindes und ambulante Frühförderung in den Räumlichkeiten einer Einrichtung.
- **Sozialpädiatrische Zentren** übernehmen die Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Kindern, die wegen Art, Schwere und Dauer der Behinderung oder einer drohenden Behinderung nicht anderweitig behandelt werden können. Die Leistungen werden in der Regel ambulant unter Einbeziehung des sozialen Umfelds des Kindes ermöglicht.  
In begründeten Einzelfällen können die Leistungen auch in mobiler Form sowie in Kooperation mit den Frühförderstellen erbracht werden.
- Weitere Frühförderstätten wie **Integrative** und **Heilpädagogische Kindergärten** oder **Institutionelle Tagesangebote** (z.B. Kindertagesstätten, Vorschulen und Regionale Krabbelgruppen).

#### Kostenübernahme

Die **gesetzlichen Krankenkassen** sind für alle Leistungen zur Diagnostik und Aufstellung eines Förder- und Behandlungsplans und für die medizinischen/medizinisch-therapeutischen Leistungen zuständig.

Das **Sozialamt** ist für alle anderen heilpädagogischen Leistungen zuständig. Die Eltern können also zur Finanzierung der Integration des Kindes mit Behinderungen oder des von Behinderung bedrohten Kindes in den Kindergarten (und damit in die Gesellschaft) beim Sozialamt einen Antrag auf Leistungen zur Frühförderung, die sog. Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, stellen. Leistungen der Sozialhilfe sind im Regelfall einkommens- und vermögensabhängig; einige Hilfen, so auch die Hilfen zur Frühförderung, werden jedoch unabhängig von Einkommen und Vermögen gewährt.

## Frühförderung bei Down-Syndrom und Schädel-Hirn-Trauma

Wie gut sich ein Kind mit Down-Syndrom oder nach Schädel-Hirn-Trauma entwickelt, hängt vor allem von der Förderung seiner potenziellen Möglichkeiten ab. Deshalb ist die Frühförderung sehr wichtig. Die Hilfsangebote der Frühförderung richten sich an Kinder bis zum Schulalter. Dazu zählen Beratung, Unterstützung und Anleitung der Eltern, Früherkennung und -diagnostik, Therapie und Behandlung sowie pädagogische Frühförderung.



### **Praxistipps!**

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



### **Wer hilft weiter?**

- Beratung und weitere Hilfen leisten Gesundheitsämter, Kinderkliniken, sozialpädiatrische Zentren, Sozialämter und Wohlfahrtsverbände.
- Eine Datenbank „Frühförderung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit Einrichtungen und Stellen der Frühförderung steht unter [www.adressen.bmas.de](http://www.adressen.bmas.de).

# Persönliches Budget

**Das Persönliche Budget kommt für Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen in Frage. Sie können es anstelle von Dienst- oder Sachleistungen erhalten und damit Reha- und Teilhabeleistungen selbst einkaufen.**

Das Budget wird als Geldleistung oder in Form von Gutscheinen erbracht. Vom Persönlichen Budget kauft der Betroffene selbst die Leistungen ein, die seinen persönlichen Hilfebedarf decken. Möglich sind sowohl Einmalzahlungen als auch monatlich wiederkehrende Geldleistungen. Laut Bundesministerium für Arbeit und Soziales werden überwiegend Budgetsummen zwischen 200-800 € monatlich gewährt. Das Persönliche Budget soll jedoch nicht höher sein als die Kosten der bisher bewilligten Leistungen.

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

Seit 2008 besteht ein **Rechtsanspruch** auf Leistungen in Form des Persönlichen Budgets.

## Leistungsträger

Folgende Träger können beteiligt sein:

- Krankenkasse
- Pflegekasse
- Rentenversicherungsträger
- Unfallversicherungsträger
- Versorgungsamt
- Hauptfürsorgestelle
- Jugendamt
- Sozialamt
- Integrationsamt
- Agentur für Arbeit

## Antrag

Beantragt werden können **alle** Leistungen zur Reha- und Teilhabe (siehe S. 47) und Leistungen von z.B. der Pflegeversicherung.

### **Mögliche Antragsteller sind:**

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

Zur Antragstellung ist einer der o.g. Kostenträger aufzusuchen. Dieser klärt dann seine Zuständigkeit (siehe S. 48), ggf. leitet er den Antrag weiter:

- Gibt es nur einen Kostenträger, d.h. Leistungen werden nur von einem Kostenträger benötigt, spricht man vom Persönlichen Budget.
- Werden Leistungen von unterschiedlichen Kostenträgern benötigt, nennt man dies ein Trägerübergreifendes Persönliches Budget. Bei dieser Form wird ein Kostenträger zum sog. Beauftragten.

### Beauftragter

Ein Beauftragter wird nötig, wenn ein **Trägerübergreifendes** Persönliches Budget beantragt wird. Der Beauftragte sorgt für die Koordinierung der Kostenträger und leistet im Namen aller Kostenträger. Er ist der zentrale Ansprechpartner für Menschen mit Behinderungen, sowohl für das Antragsverfahren als auch für den Erhalt des Trägerübergreifenden Persönlichen Budgets.

### Leistungserbringung

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

An das Persönliche Budget sind Menschen mit Behinderungen in der Regel 6 Monate lang gebunden. In individuell festgelegten Abständen wird der Hilfebedarf überprüft und ggf. werden die Leistungen angepasst.



### Wer hilft weiter?

- Die gemeinsamen Servicestellen unter [www.reha-servicestellen.de](http://www.reha-servicestellen.de).
- Die Unabhängige Teilhabeberatung unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de)
- Das Beratungstelefon der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben - ISL e.V.: 01805 474712, Mo, Di, Do 9-16 Uhr, Mi 10-15 Uhr (14 Ct./Min.), E-Mail: [persoenliches.budget@isl-ev.de](mailto:persoenliches.budget@isl-ev.de).
- Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bietet umfangreiche Informationen und Broschüren zum Persönlichen Budget unter [www.budget.bmas.de](http://www.budget.bmas.de).

# Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

## Erwerbsminderungsrente

Menschen mit Behinderungen, die bei Ablauf des Krankengelds noch nicht wieder arbeitsfähig sind und dies voraussichtlich innerhalb von 6 Monaten auch nicht werden, können Erwerbsminderungsrente beantragen.

### Voraussetzungen

#### Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

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

#### Medizinische Voraussetzungen

Für eine Erwerbsminderungsrente muss die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sein.

Es wird unterschieden zwischen teilweise und voll erwerbsgemindert:

- **Teilweise** erwerbsgemindert ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit eine berufliche Tätigkeit von **mindestens 3, aber weniger als 6 Stunden** täglich, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.
- **Voll** erwerbsgemindert ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit nur eine berufliche Tätigkeit von **weniger als 3 Stunden** täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.
  - Als voll erwerbsgemindert gelten auch Menschen mit Behinderungen, die wegen ihren Behinderungen nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können und entweder in anerkannten **Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)** oder Blindenwerkstätten tätig sind oder die in Anstalten, Heimen etc. Leistungen erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Arbeitnehmers entspricht.
  - Versicherte während einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren.

Wer aus gesundheitlichen Gründen nur noch eine Teilzeitarbeit von mindestens 3 Stunden, aber weniger als 6 Stunden ausüben kann und zugleich arbeitslos ist, kann als voll erwerbsgemindert eingestuft werden und erhält dann Rente wegen voller Erwerbsminderung. Meist müssen die Betrof-

fenen 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.

Für Menschen, die ab 2018 **erstmalig** Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente haben, verbessert sich die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente. Die Zurechnungszeit soll schrittweise von 62 auf 65 Jahre angehoben werden. Damit werden Erwerbsgeminderte ab 2024 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zum vollendeten 65. Lebensjahr weitergearbeitet. Dadurch erhöht sich die jeweilige Erwerbsminderungsrente.

Diese Erhöhung gilt **nicht** für Menschen, die bereits vor 2018 den Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben.

### Hinzuverdienst

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

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

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



### **Praxistipps!**

- Die Erwerbsminderungsrente wird nur auf **Antrag** gezahlt. Dem Rentenantrag sind zweckmäßige ärztliche Unterlagen (z.B. Befundberichte des Arztes, Reha-Berichte) sowie alle Versicherungsnachweise beizufügen, damit er möglichst schnell bearbeitet werden kann. Zudem sollten beim Antrag alle behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden, damit sie gegebenenfalls von der Rentenversicherung befragt werden können.

- Bei Notwendigkeit der Weiterführung der Rente ist ein neuer bzw. ein **Verlängerungsantrag** nötig. Im Antrag sind die Einschränkungen des Versicherten durch den Arzt möglichst genau zu beschreiben bzw. die Angaben aus dem Erstantrag zu bestätigen, falls keine Verbesserung eingetreten ist.



### Wer hilft weiter?

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

## Verletztenrente

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. Allerdings kann unter Umständen ein Antrag notwendig sein, wenn sich die Unfallfolgen verschlimmern und von der Unfallversicherung keine Prüfung einleitet wird.

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

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

### Abschlagsfreie Rente bei Schwerbehinderung

Anspruch auf abschlagsfreie Altersrente haben Menschen, die

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

Bei Jahrgängen bis 1951 lag die Rentenaltersgrenze bei 63 Jahren.



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](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/___236a.html).

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

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

### Rente bei Schwerbehinderung mit Abschlägen

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

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

Die vorgezogene Altersrente für schwerbehinderte Menschen ist niedriger als die abschlagsfreie Rente. Für jeden Monat, den die Rente vor der Altersgrenze bezogen wird, wird die Rente um je 0,3 % gekürzt.

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

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

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

### Wer hilft weiter?

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

## Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sichert den Lebensunterhalt von Menschen mit Behinderungen, die wegen Alters oder aufgrund voller Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können, und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen.

### Voraussetzungen

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

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

Die Altersgrenze wird derzeit nach und nach angehoben. Eine detaillierte Übersicht nach Geburtsjahrgängen findet man unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Themen > Soziale Sicherung > Sozialhilfe > Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Die Grundsicherung ist abhängig von der Bedürftigkeit und entspricht in der Höhe der Hilfe zum Lebensunterhalt in der Sozialhilfe.

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

### Höhe

- Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende 416 €
- Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt) jeweils 374 €
- Sonstige Volljährige in einer Bedarfsgemeinschaft 332 €
- Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils 316 €
- Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils 296 €
- Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils 240 €

### Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe
- Die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (bei nicht getrennt

lebenden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig)

- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge
- Einen Mehrbedarfszuschlag, z.B. bei Behinderung oder krankheitsbedingt notwendiger besonderer Ernährung
- Einmalige Leistungen, z.B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten
- Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen, insbesondere Übernahme von Mietschulden

Von diesem Bedarf wird das eigene Einkommen und Vermögen abgezogen, die Differenz wird als Grundsicherung ausgezahlt. Sind Einkommen und Vermögen höher als der Bedarf, besteht kein Anspruch auf eine Grundsicherungsleistung.

### Anrechnung von Einkommen und Vermögen

Angerechnet werden:

- Eigenes Einkommen und Vermögen **und**
- Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners, soweit es dessen Eigenbedarf übersteigt.

Dabei gibt es bestimmte Anrechnungsgrenzen und Schonvermögen, die individuell verschieden sind. Detaillierte Auskünfte gibt der zuständige Sachbearbeiter des Sozialamts. Das Sozialamt klärt im Zuge seiner Leistung für den Hilfebedürftigen, ob dessen Angehörige unterhaltspflichtig sind.

### Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt. Die Auszahlung beginnt am 1. des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen für die Änderung eingetreten sind und mitgeteilt wurden. Bekommt der Berechtigte infolge der Änderung weniger Leistungen, beginnt der neue Bewilligungszeitraum am 1. des Folgemonats. Zu Beginn der Altersrente oder nach Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beginnt der Bezug mit dem 1. des Folgemonats.



### **Praxistipps!**

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Seit dem 1.7.2017 dürfen sich Grundsicherungsempfänger maximal 4 Wochen im Ausland aufhalten, um ihre Bezüge nicht zu verlieren.



### **Wer hilft weiter?**

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

## Hilfe zum Lebensunterhalt

Hilfe zum Lebensunterhalt („Sozialhilfe“) umfasst Leistungen für Menschen mit und ohne Behinderungen, die nicht erwerbsfähig und nicht in der Lage sind, für ihren Lebensunterhalt selbst aufzukommen. Hilfe zum Lebensunterhalt gibt es nur, wenn weder der Betroffene selbst, noch Angehörige, noch andere Sozialversicherungsträger für dessen Bedarf aufkommen können.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 74).

Sozialhilfeempfänger sind in der Regel krankenversichert. Wenn nicht, bekommen sie dennoch die gleichen Leistungen wie gesetzlich Versicherte und ähnliche Leistungen, was die Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit angeht. Sozialhilfeempfänger werden im Rahmen ihrer Belastungsgrenzen zu Zuzahlungen herangezogen. In Vorleistung geht das Sozialamt, wenn sich die Auszahlung von Leistungen anderer Sozialversicherungsträger verzögert. Dies ist z.B. der Fall, wenn bei der Pflegekasse ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wurde, das Überprüfungsverfahren mehrere Wochen dauert und die Pflege schon stattfindet. Die Sozialhilfe umfasst zusätzlich Leistungen zur Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen.

### Praxistipp!

Der Anspruch auf Sozialhilfe besteht ab dem Zeitpunkt, an dem der Sozialhilfeträger oder eine zuständige andere Stelle erfährt, dass die Voraussetzungen dafür vorliegen (sog. Kenntnisgrundsatz). Allerdings kann unter Umständen ein Antrag notwendig sein, wenn keine Prüfung der Voraussetzungen durch einen Träger erfolgt.

### Wer hilft weiter?

Zuständig sind die örtlichen Sozialämter und die überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Die überörtlichen Träger sind in der Regel für Hilfen zuständig, die in Einrichtungen gewährt werden; die örtlichen Sozialämter in Landkreisen, großen und kreisfreien Städten für alle anderen Hilfen. Gemeinden sind nicht Träger der Sozialhilfe, können aber als erste Anlaufstelle genutzt werden und wissen, wie und wo die Ansprechpartner erreichbar sind.

## Grundsicherung für Arbeitssuchende (Hartz IV)

Die „Grundsicherung für Arbeitssuchende“ umfasst Leistungen für erwerbsfähige, hilfebedürftige Menschen von 15 bis zur Rentenaltersgrenze. Als erwerbsfähig gilt, wer gesundheitlich im Stande ist, mindestens 3 Stunden am Tag zu arbeiten. Hilfebedürftig sind Menschen, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen bestreiten können.

Zur ganzheitlichen Unterstützung von Leistungsempfängern werden bei Bedarf auch folgende kommunale Eingliederungsleistungen angeboten:

- **Betreuung von** minderjährigen Kindern oder **Kindern mit Behinderungen** oder häusliche Pflege von Angehörigen
- Schuldner- und Suchtberatung, Psychosoziale Betreuung

### Wer hilft weiter?

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

# Pflege

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

Damit die Pflegekasse Leistungen übernimmt, müssen die Pflegebedürftigkeit (siehe unten) 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
- 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 Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder ein unabhängiger Gutachter die Pflegebedürftigkeit feststellen.

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

Der Gutachter erhebt die Wohn-, Lebens- und Versorgungssituation sowie Befunde zu Schädigungen und Beeinträchtigungen. Anhand eines Begutachtungsverfahrens ermittelt er den Grad der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen (siehe S. 78).

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 neben dem Pflegegrad Angaben zu den genehmigten Leistungen der Pflegeversicherung.

Ist der Antragsteller 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 bis zum Tag der Antragstellung in Höhe der bewilligten Leistungen.
- Können Pflegeleistungen vor deren Genehmigung nicht selbst bezahlt werden, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt vorübergehend „**Hilfe zur Pflege**“ beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab.

## Grad der Selbstständigkeit

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

### 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 Übernahm 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](http://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!

Wird 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.

## Bearbeitungsfristen der Pflegekasse

Über einen Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss die Pflegekasse innerhalb einer bestimmten Frist entscheiden.

Dadurch soll eine zeitnahe Versorgung mit Pflegeleistungen sichergestellt werden.

Es gelten folgende Fristen:

- 5 Wochen, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet.
- 2 Wochen, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet und ein Angehöriger Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt hat.
- 1 Woche, wenn sich der Antragssteller im Krankenhaus, in einer stationären Reha-Einrichtung oder in einem Hospiz befindet oder wenn er eine ambulante Palliativversorgung erhält. Diese Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden.

Werden die 5-Wochen-Frist oder andere Begutachtungsfristen nicht eingehalten, muss die Pflegekasse für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 € an den Antragsteller zahlen.



## 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 ist unabhängig vom Pflegegrad und beträgt 1.612 € jährlich. Er kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege (siehe S. 84) auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatzpflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

#### Pflegeberatung und -kurse

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

#### Entlastungsbetrag

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

Er dient zur Erstattung von Leistungen im Zusammenhang mit:

- Tages- oder Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- Angeboten zur Unterstützung im Alltag 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 solche, die die selbstständige Lebensführung fördern. Die Erstattung ist bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln (z.B. Einmalhandschuhen) auf 40 € monatlich begrenzt.

### Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung haben das Ziel, die häusliche Pflege in der Wohnung zu ermöglichen, zu erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederherzustellen. Dazu zählen z.B. der 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.

### Zuschlag für Pflegehelfer in ambulant betreuten 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 Entlastungsbeitrag: 125 €)	bis zu 689 €	bis zu 1.298 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.995 €
Ersatzpflege (bis zu 6 Wochen; Angaben beziehen sich jeweils auf ein Kalenderjahr.)					
... durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte	—	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €

... durch nahe Angehörige *	–	bis zu 474 € (316 € x 1,5)	bis zu 817,50 € (545 € x 1,5)	bis zu 1.092 € (728 € x 1,5)	bis zu 1.351,50 € (901 € x 1,5)
-----------------------------	---	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

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

### Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- oder Nachtpflege)

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

#### Leistungen bei teilstationärer Pflege

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege monatlich	(Anspruch über Entlassungsbetrag: 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; Angaben je Kalenderjahr)	(Anspruch über Entlassungsbetrag: 125 €)	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 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 er einen **Eigenanteil** zahlen, 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, siehe S. 81) 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](http://www.beta-institut.de) > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Fragen rund um das Thema Pflege 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.
- Unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Pflegeversicherung > Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare > Empfehlungen zum Leistungsrecht findet man im „Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI“ ausführliche Informationen und Beispiele.

## 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 Bei-

träge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Während einer Pflegezeit oder Familienpflegezeit (siehe unten) 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 Pfllegetätigkeit bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt werden.



### Praxistipps!

- Die deutsche Rentenversicherung bietet die Broschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“ an. Diese kann unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://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](http://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 (sog. kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Auf diese kurzzeitige Freistellung besteht unabhängig von der Betriebsgröße ein Rechtsanspruch. Um den Lohnausfall auszugleichen, kann **Pflegeunterstützungsgeld** bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragt werden.

### Pflegezeit und Familienpflegezeit

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

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

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



### 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.**

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

## Vorsorgevollmacht

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

Eine Vorsorgevollmacht sollte folgende **Aufgabenkreise** abdecken:

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

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

## Betreuungsverfügung

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

Darüber hinaus können konkrete Betreuungswünsche festgelegt werden, z.B. zum Umgang mit seiner Person, zur Verwaltung von Finanzen 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 möglich. Betreuer werden vom Betreuungsgericht kontrolliert.

## Patientenverfügung

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

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

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

Auch ein Hinweis zur Organspende ist möglich.

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



### Praxistipp!

Der Ratgeber „Patientenvorsorge“ des beta Instituts mit ausführlichen Informationen zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht kann unter [www.beta-institut.de](http://www.beta-institut.de) > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.



### Wer hilft weiter?

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

# Adressen

**Folgende überregionale Organisationen beraten und informieren rund um das Thema Behinderung sowie teilweise über die Bereiche Urlaub, Freizeit und Sport:**

## Allgemeiner Behindertenverband in Deutschland e.V. (ABiD)

Friedrichstr. 95, 10117 Berlin  
Telefon: 030 27593429 (Mo-Fr: 10-15 Uhr)  
Fax: 030 27593430  
E-Mail: [kontakt@abid-ev.de](mailto:kontakt@abid-ev.de)  
[www.abid-ev.de](http://www.abid-ev.de)

## Antidiskriminierungsstelle des Bundes

Kapelle-Ufer 2, 10117 Berlin  
Beratungstelefon: 030 185551865  
Servicetelefon für allgemeine Anfragen: 030 185551855 (Mo-Fr 9-12 Uhr und 13-15 Uhr)  
E-Mail: [beratung@ads.bund.de](mailto:beratung@ads.bund.de) und [poststelle@ads.bund.de](mailto:poststelle@ads.bund.de)  
[www.antidiskriminierungsstelle.de](http://www.antidiskriminierungsstelle.de)

## Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Wilhelmstr. 49, 10117 Berlin  
Telefon: 030 185270  
Info-Telefon für Menschen mit Behinderungen: 030 221911006  
Fax: 030 185271830  
E-Mail: [info.bmas@buergerservice.bund.de](mailto:info.bmas@buergerservice.bund.de)  
[www.einfach-teilhaben.de](http://www.einfach-teilhaben.de)

## Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE e.V.

Kirchfeldstr. 149, 40215 Düsseldorf  
Telefon: 0211 310060  
Fax: 0211 3100648  
E-Mail: [info@bag-selbsthilfe.de](mailto:info@bag-selbsthilfe.de)  
[www.bag-selbsthilfe.de](http://www.bag-selbsthilfe.de)

## Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen

Mauerstr. 53, 10117 Berlin  
Bürgertelefon: 030 221911006  
Gebärdentelefon: 030 221911015  
E-Mail: [anfrage@behindertenbeauftragte.de](mailto:anfrage@behindertenbeauftragte.de)  
[www.behindertenbeauftragte.de](http://www.behindertenbeauftragte.de)



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

Brehmstr. 5-7, 40239 Düsseldorf  
Telefon: 0211 640040  
Fax: 0211 6400420  
E-Mail: [info@bvkm.de](mailto:info@bvkm.de)  
[www.bvkm.de](http://www.bvkm.de)

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

Kleverkamp 24, 30900 Wedemark  
Telefon: 089 416174010  
Fax: 089 416174090  
E-Mail: [info@bmab.de](mailto:info@bmab.de)  
[www.bmab.de](http://www.bmab.de)

### Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Wittener Str. 87, 44789 Bochum  
Telefon: 0234 68705552 (Mo + Do 10-13 Uhr)  
E-Mail: [kontakt-info@bpe-online.de](mailto:kontakt-info@bpe-online.de)  
[www.bpe-online.de](http://www.bpe-online.de)

### Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e.V.

Rungestr. 19, 10179 Berlin  
Telefon: 030 2853870  
Fax: 030 285387200  
E-Mail: [info@dbsv.org](mailto:info@dbsv.org)  
[www.dbsv.org](http://www.dbsv.org)

### Deutscher Gehörlosen-Bund e.V.

Prenzlauer Allee 180, 10405 Berlin  
Telefon: 030 49902266  
[www.gehoerlosen-bund.de](http://www.gehoerlosen-bund.de)

### Deutscher Schwerhörigenbund e.V.

Sophie-Charlotten-Str. 23a, 14059 Berlin  
Telefon: 030 47541114  
Fax: 030 47541116  
E-Mail: [dsb@schwerhoerigen-netz.de](mailto:dsb@schwerhoerigen-netz.de)  
[www.schwerhoerigen-netz.de](http://www.schwerhoerigen-netz.de)

### Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V.

Krantorweg 1, 13503 Berlin  
Telefon: 030 40571409  
Fax: 030 40573685  
E-Mail: [info@isl-ev.de](mailto:info@isl-ev.de)  
[www.isl-ev.de](http://www.isl-ev.de)

### Deutscher Behindertensportverband (DBS) e.V.

Tulpenweg 2-4, 50226 Frechen  
Telefon: 02234 60000  
Fax: 02234 6000150  
E-Mail: [info@dbs-npc.de](mailto:info@dbs-npc.de)  
[www.dbs-npc.de](http://www.dbs-npc.de)

### Deutscher Gehörlosen-Sportverband

Tenderweg 9, 45141 Essen  
Telefon: 0201 814170  
Fax: 0201 8141729  
E-Mail: [office@dg-sv.de](mailto:office@dg-sv.de)  
[www.dg-sv.de](http://www.dg-sv.de)

### Deutscher Rollstuhl-Sportverband (DRS) e.V.

Friedrich-Alfred-Str. 10, 47055 Duisburg  
Telefon: 0203 7174182  
Fax: 0203 7174181  
E-Mail: [info@drs.org](mailto:info@drs.org)  
[www.drs.org](http://www.drs.org)

### Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V.

Altkrautheimerstr. 20, 74238 Krautheim  
Telefon: 06294 42810  
Fax: 06294 428179  
E-Mail: [info@bsk-ev.org](mailto:info@bsk-ev.org)  
[www.bsk-ev.org](http://www.bsk-ev.org)

### Freizeit ohne Barrieren e.V.

Bleichstr. 39a, 33102 Paderborn  
Telefon: 05251 4141280  
E-Mail: [info@fob-paderborn.de](mailto:info@fob-paderborn.de)  
[www.fob-paderborn.de](http://www.fob-paderborn.de)

### Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.

Raiffeisenstr. 18, 35043 Marburg  
Telefon: 06421 4910  
Fax: 06421 491167  
E-Mail: [bundesvereinigung@lebenshilfe.de](mailto:bundesvereinigung@lebenshilfe.de)  
[www.lebenshilfe.de](http://www.lebenshilfe.de)

### Miteinander unterwegs - Gemeinschaft der Roller und Latscher e.V.

Schottstr. 6, 10365 Berlin  
Telefon und Fax: 030 55491998  
E-Mail: [roller.latscher@gmx.de](mailto:roller.latscher@gmx.de)  
[www.rollerundlatscher.de](http://www.rollerundlatscher.de)

# Impressum

## **Herausgeber**

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

## **Leitender Redakteur**

Max Glaser

## **Redaktionsteam**

Janina Del Guidice, Jutta Meier, Andrea Nagl, Anna Yankers

## **Layout und Gestaltung**

beta Institut

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

## **Alle Rechte vorbehalten**

© 2018

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.

13. überarbeitete Auflage, April 2018