

Behinderungen

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen

Schwerbehindertenausweis

Steuererleichterungen

Nachteilsausgleiche



Finanzielle Hilfen

Patientenvorsorge

Eingliederungshilfe

Erhöhung der Pauschbeträge bei Behinderung

beta Institut
gemeinnützige GmbH

Vorwort

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

Dieser Ratgeber bietet eine Übersicht über wichtige Regelungen und informiert Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige über Rechtsansprüche und Hilfsangebote.

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

Inhalt

Vorwort	2
Bundesteilhabegesetz	5
Behinderungen	11
Grad der Behinderung (GdB)	13
Schwerbehindertenausweis	15
Merkzeichen	17
Nachteilsausgleiche	20
Nachteilsausgleiche abhängig von GdB und/oder Merkzeichen	20
Arbeitsrechtliche Nachteilsausgleiche	21
Wohnen	26
Erleichterung im Personenverkehr	29
Leistungen zur Mobilität	32
Blindenhilfe und Landesblindengeld	35
Steuererleichterungen	36
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	43
Zuzahlungsregelungen	43
Zuzahlungsbefreiung	46
Sonderregelung für chronisch Kranke	48
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	51
Entgeltfortzahlung	51
Krankengeld	54
Verletztengeld	60
Arbeitslosengeld trotz Krankheit	63
Rehabilitation und Teilhabe	66
Überblick über Reha-Leistungen	66
Medizinische Rehabilitation	71
Berufliche Reha – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	77
Leistungen zur sozialen Teilhabe	80
Ergänzende Reha-Leistungen	82
Teilhabe an Bildung	84
Persönliches Budget	86

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung _____ 89

Erwerbsminderungsrente _____	89
Verletztenrente _____	94
Altersrente für Menschen mit Schwerbehinderung _____	95
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung _____	97
Bürgergeld _____	100
Hilfe zum Lebensunterhalt _____	100

Eingliederungshilfe _____ 101

Ziele, Leistungen und Voraussetzungen _____	101
Umfang der Eingliederungshilfe _____	103
Kostenbeitrag _____	104
Träger der Eingliederungshilfe _____	108

Pflege _____ 110

Pflegebedürftigkeit _____	110
Leistungen bei häuslicher Pflege _____	112
Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege _____	115
Leistungen für pflegende Angehörige _____	116
Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung _____	117

Patientenvorsorge _____ 119

Vorsorgevollmacht _____	119
Betreuungsverfügung _____	120
Patientenverfügung _____	121

Adressen _____ 122

Impressum _____ 125

Bundesteilhabegesetz

Das sog. Bundesteilhabegesetz (BTHG) revolutioniert das Behinderungsrecht und soll Menschen mit Behinderungen zu mehr Teilhabe und individueller Selbstbestimmung verhelfen.

Die meisten Änderungen sind bereits 2017, 2018 und 2020 in Kraft getreten. Die vollständige Umsetzung sollte bis 2023 abgeschlossen sein. Die letzten Änderungen werden nicht in Kraft treten. Stattdessen gab es eine Gesetzesänderung im Jahr 2021 und nun fehlt noch eine Verordnung zum Abschluss des Projekts. Wann es diese geben wird ist noch offen.

Hintergrund

- Seit dem 26. März 2009 ist die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in Deutschland in Kraft und damit geltendes Recht in Deutschland.
- Der UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen prüft regelmäßig, ob die Vertragsstaaten die Konvention umsetzen.
- Ergebnis der ersten Prüfung waren die „Abschließenden Bemerkungen“ vom 13. Mai 2015. Sie enthielten viele Kritikpunkte an der damaligen Rechtslage und Empfehlungen zur Umsetzung der Konvention durch Gesetzesänderungen, z. B.:
 - Die gesetzliche Definition von Behinderung in Deutschland passte nicht zu den Bestimmungen der Konvention.
 - Deutschland stellte nicht genügend Geld zur Verfügung, um ein selbstbestimmtes Leben von Menschen mit Behinderungen außerhalb von Einrichtungen zu ermöglichen.
 - Deutschland hatte keinen inklusiven Arbeitsmarkt.
 - Menschen mit Behinderungen mussten in zu hohem Umfang ihr persönliches Einkommen verwenden, um ihre behinderungsbedingten Bedarfe zu decken und selbstbestimmt leben zu können.
 - Deutschland stellte Menschen mit Behinderungen zu wenige soziale Dienstleistungen für Inklusion, Selbstbestimmung und Teilhabe zur Verfügung.

Das BTHG soll diese Probleme lösen und die Behindertenrechtskonvention in Deutschland umsetzen.

Ziele

- Die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen aus dem „Fürsorgesystem“ (gemeint ist die Sozialhilfe) herausführen und zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickeln.
- Die Leistungen für Menschen mit Behinderungen nicht länger institutions-, sondern personenzentriert ausrichten. Das bedeutet, sie orientieren sich am persönlichen Bedarf des Einzelnen und nicht an den Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen (= Institutionen).
- Es wird ein Perspektivenwechsel entsprechend der UN-Behindertenrechtskonvention vollzogen:
 - Von der Ausgrenzung zur Inklusion (Inklusion bedeutet Anpassung der Umwelt an die einzelnen Menschen und ihre Bedürfnisse, damit alle Menschen, so wie sie sind, teilhaben können)
 - Von der Einrichtungs- zur Personenzentrierung
 - Von der Fremd- zur Selbstbestimmung
 - Von der Betreuung zur Assistenz
 - Vom Kostenträger zum Dienstleister
 - Von der Defizitorientierung zur Ressourcenorientierung

Die Gesetzesbegründung nennt dabei insbesondere folgende konkrete Ziele:

- Neufassung des Behinderungsbegriffs, einem inklusiven Gesellschaftsverständnis entsprechend.
- Teilhabeleistungen „wie aus einer Hand“ statt hohem bürokratischem Aufwand, z. B. durch Doppelbegutachtungen.
- Stärkung der Menschen mit Behinderungen im Verhältnis zu den Kostenträgern und Leistungserbringern durch ergänzende unabhängige Teilhabeberatung.
- Anreize, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu arbeiten.
- Stärkung der Möglichkeiten zu individueller, den persönlichen Wünschen entsprechender Gestaltung und Planung des eigenen Lebens.
- Verbesserung der Teilhabe an Bildung, besonders auch für Menschen mit Behinderungen, die studieren.
- Verbesserte Zusammenarbeit der Reha-Träger.
- Anstieg der Ausgaben für die Eingliederungshilfe bremsen, der dadurch entstanden ist, dass es immer mehr alte Menschen mit Behinderungen gibt.
- Vorbeugende Maßnahmen, damit Menschen gar nicht erst Eingliederungshilfe brauchen.
- Stärkung ehrenamtlicher Vertretung von Menschen mit Schwerbehinderungen.

Inhalte des BTHG

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 wichtigen Teil der Teilhabe zu erhalten.

Ein einziger Reha-Antrag

Seit 2018 reicht ein einziger Antrag aus, um ein umfassendes Verfahren zur Bedarfsermittlung in Gang zu setzen. Dabei wird zusammen mit der betroffenen Person erfasst, welche Leistungen sie benötigt. Es müssen nicht mehr Leistungen verschiedener Träger einzeln beantragt werden, sondern ein „leistender Träger“ koordiniert alle Maßnahmen (siehe Teilhabeplanverfahren, S. 69).

Unabhängige Teilhabeberatung

Deutschlandweit wurden unabhängige Beratungsstellen aufgebaut, um Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Menschen einen einfachen Zugang zu einer unabhängigen Beratung zu all ihren Anfragen zu ermöglichen. Für die Beratung werden möglichst Menschen eingesetzt, die ebenfalls von einer Behinderung betroffen sind (sog. Peer Counseling), da diese aus ihrer Erfahrung heraus wichtige Informationen vermitteln können.

Neuausrichtung von Leistungen

Bestehende Leistungen wurden konkretisiert und ergänzt:

- Das **Budget für Arbeit** soll Menschen mit Behinderungen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen. Es beinhaltet einen Lohnkostenzuschuss an den Arbeitgeber sowie Betreuungsleistungen für Menschen mit Behinderungen.
- Das **Budget für Ausbildung** soll Menschen mit Behinderungen eine Ausbildung bei einem privaten oder öffentlichen Arbeitgeber ermöglichen. Es beinhaltet eine Erstattung der Ausbildungsvergütung sowie Anleitung und Begleitung am Ausbildungsplatz und in der Berufsschule.
- Die **Teilhabe an Bildung** umfasst Leistungen, die Menschen mit Behinderungen eine gleichberechtigte Teilhabe an Bildungsangeboten ermöglichen sollen (siehe S. 84).
- Eltern mit Behinderungen haben Anspruch auf Leistungen zur Unterstützung bei der Versorgung, Erziehung und Pflege ihrer Kinder. Näheres unter „Elternassistenz für Eltern mit Behinderungen“ auf S. 81.

Gestärkte Vertretungsrechte

Schwerbehindertenvertretungen wurden in ihren Rechten und Ansprüchen gestärkt: Keine Kündigung eines Menschen mit Schwerbehinderung ohne Beteiligung der Schwerbehindertenvertretung, besserer Anspruch auf Freistellung und Fortbildung der Schwerbehindertenvertretung, Frauenbeauftragte in jeder Werkstatt für behinderte Menschen.

Mehr Einkommen

Die Eingliederungshilfe wurde aus der Sozialhilfe herausgelöst, damit Menschen mit Behinderungen nicht mehr große Teile ihres Einkommens und Vermögens einsetzen müssen, um Leistungen zu finanzieren.

Das Einkommen und Vermögen ihrer Ehepartner bleibt seit dem 01.01.2020 unberührt (siehe S. 104).

Leistungen unabhängig von der Wohnform

Bisher waren Leistungen für Menschen mit Behinderungen maßgeblich von der Wohnform abhängig (z. B. Wohnung oder Einrichtung). Nun orientieren sich die Leistungen nur noch an den individuellen Bedürfnissen des Menschen mit Behinderungen.

Qualitätskontrolle

Es findet ein „Gesamtplanverfahren“ statt, wodurch Leistungen besser aufeinander abgestimmt und deren Qualität überprüft werden. So 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.

Schrittweise Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes

Die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes verlief schrittweise:

Reformstufe 1 (2017):

- Änderungen im Schwerbehindertenrecht, u. a.:
 - Neues Merkzeichen TBI für Taubblinde (siehe S. 18).
 - Geänderte Voraussetzungen für das Merkzeichen aG, um nicht nur orthopädische, sondern auch andere ursächliche Gesundheitsstörungen zu berücksichtigen (siehe S. 17).
- 1. Stufe bei Verbesserungen in der Einkommens- und Vermögensheranziehung.
- Verdoppelung des Arbeitsförderungsgelds auf 52 €.

Reformstufe 2 (2018):

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

Reformstufe 3 (2020):

- Einführung Teil 2 „Eingliederungshilfe“ (EGHneu) des SGB IX und Streichung der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII: Trennung von Leistungen der Eingliederungshilfe von existenzsichernden Leistungen (Sozialhilfe).
- 2. Stufe bei Verbesserungen in der Einkommens- und Vermögensheranziehung (siehe auch S. 104):
 - Der Einkommensfreibetrag wird jährlich angepasst und ist abhängig von der Art des Einkommens. Liegt der Verdienst darüber, muss ein Eigenbeitrag geleistet werden.
 - Der Vermögensfreibetrag steigt auf 61.000 € (2023 = 150 % der jährlichen Bezugsgröße) und wird dementsprechend jährlich angepasst.
 - Das Partnereinkommen und -vermögen wird nicht mehr herangezogen.

Reformstufe 4 (2023):

Der leistungsberechtigte Personenkreis in der Eingliederungshilfe (§ 99 SGB IX) sollte neu definiert werden, um die Regeln an den modernen Behinderungsbegriff anzupassen. Eine Behinderung wird heute nicht mehr als Eigenschaft einer Person definiert, sondern als Zusammenspiel einer Beeinträchtigung/Besonderheit eines Menschen mit Barrieren in der Außenwelt. Die Sprache sollte so geändert werden, dass sie nicht mehr diskriminierend wirkt.

Ziel war es, dadurch nichts daran zu ändern, wer ein Recht auf Eingliederungshilfe hat. Deshalb wurde festgelegt, dass vorab wissenschaftlich untersucht wird, ob dieses Ziel erreicht werden kann. Es hat sich dabei herausgestellt, dass das nicht funktioniert. Deshalb tritt diese geplante Reform nicht in Kraft.

Stattdessen wurde schon mit dem Teilhabestärkungsgesetz im Jahr 2021 der § 99 SGB IX in anderer Weise geändert. Nur die Sprache wurde geändert, nicht aber der Inhalt. Die gesetzliche Regelung nimmt immer noch Bezug auf die sog. Eingliederungshilfe-Verordnung, die schon nicht mehr gültig ist und diskriminierend wirkende Formulierungen enthält, die nicht zum modernen Behinderebegriff passen.

Diese Verordnung soll durch eine neue Verordnung ersetzt werden, wann ist noch offen.

Praxistipps!

- Nähere Informationen über die Maßnahmen und Ziele des Bundesteilhabegesetzes bietet das Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter: www.bmas.de > Soziales > Teilhabe und Inklusion > Rehabilitation und Teilhabe > Bundesteilhabegesetz.
- Das Projekt Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz informiert unter <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de> über die praktische Umsetzung der Neuerungen des BTHG.

Behinderungen

Der Begriff „Behinderung“ ist im Sozialrecht genau definiert. Eine Behinderung liegt demnach vor, wenn der Körper oder Gesundheitszustand abweicht von dem, was für das Lebensalter typisch ist und im Zusammenspiel mit bestimmten Barrieren die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft für wahrscheinlich mehr als 6 Monate beeinträchtigt ist.

Wenn vom Versorgungsamt eine Behinderung festgestellt worden ist, können Vergünstigungen und Nachteilsausgleiche in Anspruch genommen werden. Viele davon erhalten Betroffene jedoch nur, wenn der „Grad der Behinderung“ mindestens 50 ist, d. h. wenn eine Schwerbehinderung vorliegt. Erst dann, also ab einem „Grad der Behinderung“ (GdB) von mindestens 50, stellt das Versorgungsamt einen Schwerbehindertenausweis aus.

Die Leistungen für Menschen mit Behinderungen sind v. a. im Sozialgesetzbuch Nr. 9 (SGB IX) „Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ geregelt. Nicht immer ist es für den Erhalt von Leistungen notwendig, einen Grad der Behinderung feststellen zu lassen. Viele Hilfen (z. B. die Eingliederungshilfe) werden auch ohne diese Feststellung bewilligt, wenn die Voraussetzungen dafür vorliegen.

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

Eine Schwerbehinderung nach § 2 Abs. 2 SGB IX haben Menschen mit einem **Grad der Behinderung** (GdB, siehe S. 13) ab 50. Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten Menschen mit Schwerbehinderung nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben. Nur dann kann der GdB für sie festgestellt werden.

Die Schwerbehinderung wird durch einen **Schwerbehindertenausweis** (siehe S. 15) nachgewiesen, den das Versorgungsamt oder das Amt für Soziale Angelegenheiten auf Antrag ausstellt.

Behinderung im Sinne der Arbeitsförderung

Das Sozialgesetzbuch (SGB) III definiert Behinderung wie folgt:

- Es liegt eine Behinderung vor wie in § 2 Abs. 1 SGB IX definiert (siehe S. 11) *und*
- die Aussichten des Betroffenen, am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter teilzuhaben, sind wegen der Art oder Schwere dieser Behinderung wesentlich gemindert *und*
- das ist nicht nur vorübergehend der Fall *und*
- Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind nötig.

Lernbehinderungen gehören ausdrücklich auch zu den Behinderungen, die von dieser Definition umfasst sind.

Den Menschen mit Behinderung gleichgestellt sind Menschen, denen eine Behinderung nach dieser Definition droht.

Gleichstellung behindert/schwerbehindert

Für Menschen mit Behinderungen, die Menschen mit **Schwerbehinderung** gleichgestellt sind, gelten die gleichen gesetzlichen Regelungen wie für Menschen mit Schwerbehinderung. Gleichgestellte genießen wie Menschen mit Schwerbehinderung einen besonderen Kündigungsschutz.

Unter folgenden Voraussetzungen sollen Menschen mit Behinderungen Menschen mit Schwerbehinderung gleichgestellt werden:

- GdB ab 30 aber unter 50.
- Wohnsitz, gewöhnlicher Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland.
- Sie können als Folge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung keinen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder diesen nicht behalten.

Für **Jugendliche** und **junge Erwachsene** gelten spezielle Regelungen:

Sie können während einer **Berufsausbildung** auch dann Menschen mit Schwerbehinderung gleichgestellt werden, wenn ihr GdB unter 30 liegt.

Weitere Informationen bietet die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) unter www.bih.de > *Inhaltsverzeichnis* > *Medien und Publikationen* > *Fachlexikon A-Z* > *G* > *Gleichstellung*.

Gleichgestellte haben im Gegensatz zu Menschen mit Schwerbehinderung **keinen** Anspruch auf einen **Zusatzurlaub** von 5 bezahlten Arbeitstagen im Jahr und auf vorgezogene Altersrente für Menschen mit Schwerbehinderung (siehe S. 95). Sie bekommen keinen Schwerbehindertenausweis und keine „Erleichterung im Personenverkehr“ (siehe S. 29).

Praxistipp!

Die Gleichstellung erfolgt durch die zuständige Agentur für Arbeit. Der Antrag muss bei der Agentur für Arbeit gestellt werden, unter Vorlage des Feststellungsbescheids des Versorgungsamts. Die Gleichstellung wird mit dem Tag der Antragstellung wirksam. Sie kann befristet werden. Der Arbeitgeber wird von der Agentur für Arbeit nicht über die Gleichstellung informiert. Die Gleichstellung kann auch online unter www.arbeitsagentur.de > Suchbegriff: „Gleichstellungsantrag“ beantragt werden.

Grad der Behinderung (GdB)

Der Grad der Behinderung (GdB) beziffert bei Menschen mit Behinderungen die Schwere der Behinderung. Er wird durch das Versorgungsamt oder das Amt für Soziale Angelegenheiten (teils auch „Amt für Soziales und Versorgung“ genannt) festgestellt.

Für die Feststellung gilt die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV). Sie enthält als Anlage 2 die sog. Versorgungsmedizinischen Grundsätze. Eine Gesamtsicht darauf, inwieweit ein Mensch insgesamt bei der Teilhabe beeinträchtigt ist, bestimmt den GdB. Mehrere GdB-Werte aus der VersMedV werden folglich nicht einfach zusammengezählt.

GdB und Grad der Schädigungsfolgen (GdS)

Die Bezeichnung GdB wird im Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) verwendet.

Die Bezeichnung GdS wird im sozialen Entschädigungsrecht verwendet, dessen Rechtsgrundlage ist derzeit u.a. das Bundesversorgungsgesetz (BVG). Ab dem 1.1.2024 tritt das SGB XIV in Kraft, welches das Recht der sozialen Entschädigung neu regelt.

Beide, GdB und GdS, werden danach bemessen, welche körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen **Auswirkungen** eine sog. **Funktionsbeeinträchtigung** aufgrund eines sog. **Gesundheitsschadens** auf das Leben eines Menschen hat. Es geht dabei um die Auswirkungen auf alle Lebensbereiche, nicht nur auf das Erwerbsleben. Einen hohen GdB können deshalb auch Menschen haben, die in Vollzeit arbeiten können.

Der Unterschied ist, dass beim GdS **nur** die sog. **Schädigungsfolgen** berücksichtigt werden, beim GdB hingegen jede Behinderung, unabhängig von der Ursache.

Bemessung von GdB und GdS

Bei der Bemessung des GdB bzw. GdS geht es nicht allein darum, welche medizinischen Diagnosen einem Menschen gestellt wurden. Es kommt vielmehr auch darauf an, welche sog. Funktionsbeeinträchtigungen und/oder Teilhabebeeinträchtigungen sie verursachen.

Bei mehreren Beeinträchtigungen werden für jede Beeinträchtigung einzelne Werte angegeben. Für die Bemessung des Gesamt-GdS bzw. GdB werden diese Werte aber nicht addiert oder sonst irgendwie miteinander verrechnet. Stattdessen kommt es dafür immer auf alle Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit an. Es muss berücksichtigt werden, wie sie sich gegenseitig beeinflussen.

GdB und GdS werden nach den gleichen Maßstäben in 10er-Graden von 20 bis maximal 100 angegeben. Man kann also z. B. einen GdB von 20, 50 oder 100 haben. Der GdB wird **nicht** in Prozent angegeben, auch wenn das in der Umgangssprache üblich ist.

Versorgungsmedizin-Verordnung

Das Versorgungsamt oder das Amt für Soziale Angelegenheiten richtet sich bei der Feststellung der Behinderung nach der Versorgungsmedizin-Verordnung. Diese enthält allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des GdB bzw. GdS. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB/GdS ist vom **individuellen Einzelfall** abhängig.

Die früheren Versorgungsmedizinischen Grundsätze wurden zur Anlage 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) gemacht. Diese Anlage ist für die Feststellung besonders wichtig.



Praxistipps!

- Die Versorgungsmedizin-Verordnung mit der besonders wichtigen Anlage 2 finden Sie in ständig aktualisierter Form unter www.gesetze-im-internet.de/versmedv/index.html oder als übersichtliche Broschüre mit einer erläuternden Einleitung zum PDF-Download beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de > Suchbegriff: „K710“.
- Seit 1.1.2018 kann die Feststellung des GdB auf einen früheren Zeitpunkt festgelegt werden, zu dem die Behinderung bereits bestanden hat, wenn es dafür einen besonderen Grund gibt. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn es um die rückwirkende Gewährung von Nachteilsausgleichen (siehe S. 20) geht, z. B. Kündigungsschutz, Steuerermäßigungen oder Ermäßigung des Rundfunkbeitrags.

- Verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines Menschen mit (Schwer-) Behinderung oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung durch eine neue Erkrankung dazu, sollte beim Versorgungsamt oder beim Amt für Soziale Angelegenheiten ein **Antrag auf Erhöhung des GdB** gestellt werden. Der Vor- druck für den Antrag wird auf Anfrage vom Versorgungsamt oder dem Amt für Soziale Angelegenheiten zugeschickt und es wird geprüft, ob ein (neuer) Schwerbehindertenausweis mit eventuell neuen Merkzeichen ausgestellt wird.
- Wird ein GdB nicht oder zu gering bewilligt, lohnt sich in vielen Fällen ein Wi- derspruch. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Widerspruch im Sozial- recht“.

Schwerbehindertenausweis

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

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag

- des Menschen mit Schwerbehinderung *oder*
- einer von ihm bevollmächtigten Person *oder*
- durch die Sorgeberechtigten oder die rechtliche Betreuung mit entsprechendem Aufgabenbereich.

Bei Jugendlichen vom 15. bis zum 18. Geburtstag gilt:

- Sie dürfen den Antrag selbst stellen oder eine andere Person bevollmächtigen.
- Stattdessen dürfen auch die Sorgeberechtigten ohne Vollmacht den Antrag stellen.

Die Eltern volljähriger Menschen mit Behinderung dürfen den Antrag nur stellen,

- wenn der Mensch mit Behinderung sie dazu bevollmächtigt hat *oder*
- wenn sie vom Betreuungsgericht als rechtliche Betreuung bestellt wurden.

Nach der Feststellung eines GdB ab 50 erhält einen Schwerbehindertenausweis, wer dies bei Antragstellung angegeben hat. Antragsformulare sind beim Ver- sorgungsamt oder Amt für Soziale Angelegenheiten erhältlich oder im Internet- Portal „einfach teilhaben“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter www.einfach-teilhabe.de > Themen > Schwerbehinderung > Schwer-Behindert- Ausweis beantragen.

Folgende Tipps 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 oder das Amt für Soziale Angelegenheiten bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z. B. körperliche Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den GdB.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z. B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Passbild beilegen (erst ab dem 10. Geburtstag notwendig). Wenn Menschen mit Schwerbehinderung generell nicht in der Lage sind, das Haus zu verlassen, ist es auf Antrag möglich, einen Schwerbehindertenausweis ohne Passbild zu bekommen.

Nach der Feststellung des GdB wird vom Versorgungsamt ein sog. **Feststellungsbescheid** zugeschickt.

Gültigkeitsdauer

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

- **Ausnahme:** Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.
- **Verlängerung:** In der Regel ist ein formloser Antrag beim zuständigen Versorgungsamt ausreichend. Der Antrag sollte etwa 3 Monate vor Ablauf des Ausweises gestellt werden. Da bei einer Verlängerung ein neuer Ausweis ausgestellt wird, sollte ein aktuelles Passbild mitgeschickt werden.
- **Bei Kindern mit Schwerbehinderung unter 10 Jahren** ist der Ausweis bis zum 10. Geburtstag befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung neu überprüft.
- **Bei Kindern und Jugendlichen mit Schwerbehinderung zwischen 10 und 15 Jahren** ist der Ausweis bis zum 20. Geburtstag befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung neu überprüft.
- **Bei ausländischen Menschen** mit Schwerbehinderung ist der Ausweis maximal bis zum Ablauf des Aufenthaltstitels, der Arbeitserlaubnis, der Duldung oder der Aufenthaltsgestattung gültig. Geduldete Menschen erhalten nur dann einen Schwerbehindertenausweis, wenn deren Aufenthalt in Deutschland voraussichtlich länger als 6 Monate andauern wird. Nähere Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Schwerbehindertenausweis > Ausländer > Ausland“.

Merkzeichen

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

Das Versorgungsamt stellt auf Antrag die Merkzeichen zusammen mit dem Grad der Behinderung anhand der Versorgungsmedizin-Verordnung und auf Grundlage verschiedener anderer gesetzlicher Regelungen fest.

Merkzeichen aG – außergewöhnlich gehbehindert

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

Die Fortbewegung kann z. B. schwerst eingeschränkt sein durch

- bewegungsbezogene Störungen, z. B. bei Menschen mit doppelter Oberschenkelamputation
- neuromuskuläre oder mentale Störungen, z. B. bei Parkinson oder Multipler Sklerose
- Störungen des kardiovaskulären oder des Atmungssystems, z. B. bei arteriellen Verschlusskrankheiten oder besonders schwerer COPD

Merkzeichen B – Begleitung erforderlich

Das Merkzeichen B wird erteilt, wenn als Folge der Behinderung (z. B. Querschnittslähmung, Blindheit) bei der **Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel** eine **ständige Begleitung nötig** ist.

Menschen mit Schwerbehinderung mit Merkzeichen B sind zur Mitnahme einer Begleitperson berechtigt, aber nicht verpflichtet.

Merkzeichen BI – blind

Das Merkzeichen BI wird erteilt, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

- Vollständige Blindheit
- Die Gesamtsehschärfe beider Augen beträgt nicht mehr als 1/50
- Andere Störungen des Sehvermögens (z. B. Gesichtsfeldeinengungen) liegen vor, die obiger Sehschärfe entsprechen

Merkzeichen G – gehbehindert

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

Merkzeichen GI – gehörlos

Das Merkzeichen GI wird erteilt bei

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

Merkzeichen H – hilflos

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

Für Kinder und Jugendliche gelten teilweise andere Voraussetzungen, um das Merkzeichen H zu erhalten. Weitere Informationen unter:

www.betanet.de > Suchbegriff: „Merkzeichen H“.

Merkzeichen RF – rundfunkbeitragsbefreit

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

- Blind oder nicht nur vorübergehend wesentlich sehbehindert mit einem GdB von wenigstens 60 alleine für die Sehbehinderung.
- Hörgeschädigt, wenn eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist (GdB für die Hörbehinderung wenigstens 50).
- Eine Behinderung mit einem nicht nur vorübergehenden GdB von wenigstens 80, wenn die Behinderung die Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen auf Dauer unmöglich macht.

Merkzeichen TBl – taubblind

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

Praxistipps!

- Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bietet zahlreiche Informationen für Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen unter www.einfach-teilhabe.de.
- Die Broschüre „Mein Kind ist behindert – diese Hilfen gibt es“ des Bundesverbands für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V. bietet einen Überblick über Leistungen, die Kindern mit Behinderungen und ihren Familien zustehen. Sie kann kostenlos und in verschiedenen Sprachen unter www.bvkm.de > *Recht & Ratgeber* > *Mein Kind ist behindert // deutsch und mehrsprachig* 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 > *Service* > *Bürgertelefon / Kontakt* > *Bürgertelefon*.
- Fragen zu Leistungen für Menschen mit Behinderungen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet **die unabhängige Teilhabeberatung**. Adressen unter www.teilhabeberatung.de > *Beratung*.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (z. B. zu Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**. Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**. Adressen finden Sie unter www.bih.de > *Inhaltsverzeichnis* > *Kontakt Integrations- und Inklusionsämter*.
- Das **Versorgungsamt** stellt fest, ob eine Behinderung besteht und welcher Grad der Behinderung (GdB) und welche Merkzeichen einem Menschen mit Behinderungen zustehen. Es prüft u.a. auch die gesundheitlichen Voraussetzungen für einen Schwerbehindertenausweis und für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen bei Behinderung. Die Adresse des zuständigen Versorgungsamts erfahren Sie bei der Stadt- oder Gemeindeverwaltung bzw. im Familienratgeber der Aktion Mensch unter www.familienratgeber.de > *Themen* > *Schwerbehinderung* > *Schwerbehindertenausweis* > *Versorgungsamt*.

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. Auch in Schulen, Fachhochschulen und Hochschulen gibt es Nachteilsausgleiche.

Nachteilsausgleiche abhängig von GdB und/oder Merkzeichen

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

Zwei übersichtliche **Tabellen** mit den verschiedenen **Nachteilsausgleichen** in Abhängigkeit vom GdB und den Merkzeichen finden Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Nachteilsausgleiche bei Behinderung“*.

Freiwillige Nachteilsausgleiche

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

- Eintrittspreisermäßigungen (z. B. im Kino, Theater, Museum)
- Benutzung der Abteile und Sitze, die Menschen mit Schwerbehinderung in Verkehrsmitteln vorbehalten sind
- Bevorzugte Abfertigung in Ämtern
- Beitragsermäßigungen für Mitglieder von Vereinen, Interessenverbänden usw.
- Ermäßigungen beim Neuwagenkauf bei einigen Automobilherstellern

Zudem bieten das SGB IX sowie verschiedene andere Gesetze, Verordnungen, Erlasse, Satzungen und Tarife eine Reihe von Rechten und Hilfen, welche die Nachteile von Menschen mit Behinderungen ausgleichen sollen. In der Regel muss für die Inanspruchnahme ein Antrag bei der zuständigen Stelle gestellt und oft auch der Schwerbehindertenausweis vorgelegt werden.

Praxistipp!

Landespflegegeld gibt es in verschiedenen Ländern, aber hinter dem gleichen Namen stehen verschiedene Leistungen. Das Landespflegegeld in Berlin, Brandenburg, Bremen und Rheinland-Pfalz bekommen Menschen mit Behinderungen. Das Landespflegegeld Bayern bekommen alle Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 2, unabhängig von deren Einkommen oder Vermögen. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Landespflegegeld“.

Arbeitsrechtliche Nachteilsausgleiche

Von Behinderung betroffene und vor allem angestellte Beschäftigte mit Schwerbehinderung werden durch verschiedene Maßnahmen und Nachteilsausgleiche (z. B. Arbeitsassistenz, Zusatzurlaub oder Zuschüsse für Betriebe) darin unterstützt, dass sie sich im Berufsleben halten oder wieder eingliedern können. Ein besonderer Kündigungsschutz gilt bei einer Schwerbehinderung oder Gleichstellung mit einer Schwerbehinderung.

Kündigungsschutz

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

Zudem müssen bei der Kündigung einer schwerbehinderten oder gleichgestellten beschäftigten Person die Schwerbehindertenvertretung und der Betriebsrat beteiligt werden.

Wurde einer schwerbehinderten oder gleichgestellten Arbeitskraft gekündigt, ohne dass der Beschäftigungsbetrieb vorher die Zustimmung des Integrationsamtes eingeholt hat, kann die beschäftigte Person 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

- die beschäftigte Person mit Schwerbehinderung selbst kündigt.
- die Frist eines befristeten Arbeitsverhältnisses abläuft.
- die beschäftigte Person mit Schwerbehinderung einen einvernehmlichen Aufhebungsvertrag mit dem Beschäftigungsbetrieb abschließt.

- die Kündigung in der Probezeit ausgesprochen wird.
- die beschäftigte Person mit Schwerbehinderung 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 der schwerbehinderten bzw. gleichgestellten beschäftigten Person am Fortbestand des Beschäftigungsverhältnisses mit dem des Beschäftigungsbetriebs an einer wirtschaftlichen Ausnutzung des Arbeitsplatzes gegeneinander ab und sucht nach Unterstützungsmöglichkeiten.

Möglich ist z. B.:

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

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

Zusatzurlaub

Angestellt Beschäftigte mit Schwerbehinderung mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 und mehr haben Anspruch auf **zusätzlichen bezahlten Urlaub** von in der Regel einer Arbeitswoche. Im Allgemeinen sind dies 5 zusätzliche Tage pro Jahr. Bei Arbeitskräften, die regelmäßig mehr oder weniger als 5 Tage pro Woche arbeiten, erhöht oder vermindert sich der Zusatzurlaub entsprechend. Bei einer Teilzeitbeschäftigung ist ebenfalls die Verteilung der Arbeitszeit auf die Wochentage maßgeblich für die Dauer des Zusatzurlaubs. Der Anspruch auf Zusatzurlaub entsteht ab dem Zeitpunkt, ab dem das Versorgungsamt die Schwerbehinderung feststellt.

Den Anspruch auf Zusatzurlaub müssen Beschäftigte bei dem Betrieb, der sie beschäftigt – am besten schriftlich unter Vorlage einer Kopie des Schwerbehindertenausweises – geltend machen.

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 der Person mit Schwerbehinderung 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 die beschäftigte Person mit Schwerbehinderung ihren Schwerbehindertenstatus durch die Herabstufung ihres GdB auf weniger als 50, hat sie noch mindestens 3 weitere Monate Anspruch auf Zusatzurlaub (Schutzfrist). Maßgebend ist das Datum des Herabstufungsbescheids.

Freistellung von Mehrarbeit

Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte angestellt Beschäftigte sind auf ihr Verlangen von Mehrarbeit freizustellen. Ausführliche Informationen bietet die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) unter www.bih.de > *Inhaltsverzeichnis* > *Medien und Publikationen* > *Fachlexikon A-Z* > *M* > *Mehrarbeit*.

Pflichtarbeitsplätze

Betriebe mit mindestens 20 Arbeitsplätzen sind verpflichtet, wenigstens 5 % der Plätze an Menschen mit Schwerbehinderung zu vergeben. Bei einer besonders schwierigen Eingliederung und bei Auszubildenden mit Behinderungen kann die Agentur für Arbeit auch 2 Pflichtarbeitsplätze anrechnen. Für jeden nicht besetzten Pflichtarbeitsplatz müssen Ausgleichsabgaben von bis zu 320 € monatlich und ggf. auch ein Bußgeld gezahlt werden. Für Betriebe 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. Jede beschäftigte Person, die 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.

Informationen zur betrieblichen Eingliederung gibt die kostenlose Broschüre „Schritt für Schritt zurück in den Job“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Bestellung und kostenloser Download unter www.bmas.de > *Suchbegriff: „A748“*. Finanzielle Fördermöglichkeiten für beschäftigende Betriebe und Beschäftigte sind unter www.talentplus.de > *Förderung* einsehbar.

Arbeitsassistenz

Die Arbeitsassistenz unterstützt Menschen mit Behinderungen bei ihrer Arbeit. Dabei ist es Aufgabe der Assistenz, behinderungsbedingte Nachteile auszugleichen, wenn das nicht anders (z.B. durch technische Hilfen) möglich ist. Die Kernarbeit leistet die Person mit Behinderung dabei selbst. Eine Arbeitsassistenz liest z.B. Blinden vor oder reicht Gegenstände, die vom Rollstuhl aus nicht erreichbar sind.

Arbeitsassistenz gibt es als dauerhafte Leistung des Integrationsamts. In den ersten 3 Jahren können Reha-Träger, z.B. die Agentur für Arbeit oder die Rentenkasse, die Leistung finanzieren. Die Menschen mit Behinderungen können beantragen, dass sie Geld bekommen, um die nötigen Assistenzkräfte einstellen oder Anbieter von Arbeitsassistenz bezahlen zu können. Arbeitsassistenz gibt es ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 bzw. mit weiteren Voraussetzungen ab einem GdB von 30.

Budget für Arbeit

Das **Budget für Arbeit** (BfA) soll Menschen mit Behinderungen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen – als Alternative zu Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Das Budget für Arbeit beinhaltet einen Lohnkostenzuschuss an den Betrieb, der einen Menschen mit Behinderung beschäftigt sowie Betreuungsleistungen für Menschen mit Behinderungen.

Budget für Ausbildung

Das **Budget für Ausbildung** soll Menschen mit Behinderungen durch eine Berufsausbildung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine Alternative zum Eingangsverfahren/Berufsbildungsbereich und zum Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) bieten. Dadurch sollen sich ihre Chancen und Wahlmöglichkeiten verbessern und eine langfristige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglicht werden. Zuständiger Leistungsträger ist i. d. R. die Bundesagentur für Arbeit.

Weitere Informationen unter www.betanet.de > *Suchbegriff*: „Budget für Arbeit“ oder „Budget für Ausbildung“.

Schulbildung und schulische Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderungen haben ein Recht auf eine ihren Fähigkeiten und Leistungen entsprechende Schulbildung. Es ist eine besondere Aufgabe der Schulen, sie möglich zu machen. Neben speziellen Förderschulen wird das gemeinsame Lernen von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderungen (Integration bzw. Inklusion) ausgebaut. Oft sind staatliche Leistungen zur Teilhabe an Bildung nötig, damit es gelingt, dass eine Behinderung keine Bildungshürde darstellt.

Schulische Nachteilsausgleiche werden bei Leistungsnachweisen und Prüfungen und auch bei der Unterrichtsgestaltung gewährt. Alle Menschen haben das Recht auf eine gerechte Bewertung ihrer Leistungen und dürfen weder bevorzugt noch benachteiligt werden. Weitere Informationen unter www.betanet.de > *Suchbegriff*: „Behinderung > Schule“.

Berufliche Ausbildung

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

- Um eine geeignete Ausbildung zu finden, können Leistungen zur Eignungsabklärung und Arbeitserprobung gewährt werden.
- Wenn eine Berufsausbildung noch nicht möglich ist, können berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen in Anspruch genommen werden.
- Wenn eine betriebliche Ausbildung aufgrund der Behinderungen nicht in Frage kommt, kann eine Ausbildung in einem Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerk gemacht werden.
- Zudem kann eine Berufsausbildung im Rahmen besonderer Regelungen für die Ausbildung von Menschen mit Behinderungen gefördert und nötige Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden.
- Auszubildende mit Behinderungen stehen – ebenso wie angestellte Beschäftigte mit Behinderungen – unter einem besonderen Kündigungsschutz, siehe S. 21.
- Bei einer schulischen Ausbildung und während des schulischen Teils einer dualen Ausbildung gibt es ein Recht auf Eingliederungshilfe zur Teilhabe an Bildung, z. B. in Form von Hilfsmitteln und Schulassistenz. Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Schulbegleitung“.

Weitere Informationen und hilfreiche Links zum Thema Ausbildung mit Behinderung bietet Aktion Mensch unter www.familienratgeber.de > Themen > Lebensphasen > Bildung und Arbeit.

Studieren mit Behinderung

Menschen dürfen aufgrund von Behinderungen nicht vom Studium an der Hochschule ihrer Wahl ausgeschlossen werden. Deshalb müssen die Hochschulen dafür sorgen, dass Studierende mit Behinderungen oder chronisch kranke Studierende die Angebote der Hochschule möglichst ohne fremde Hilfe in Anspruch nehmen können.

Zudem ist ihnen durch **Nachteilsausgleiche** ein Studium zu ermöglichen, z. B. indem sie längere Abgabefristen erhalten oder ihre Prüfungen mündlich anstatt schriftlich ablegen können. Auch technische Hilfsmittel (z. B. PC mit Sprachausgabe) oder eine persönliche Assistenz können Menschen mit Behinderungen das Studium erleichtern. Diese und weitere Unterstützungsangebote können unter bestimmten Voraussetzungen durch die Eingliederungshilfe finanziert werden.

Das Deutsche Studentenwerk bietet Informationen zum Studium mit Behinderung unter www.studierendenwerke.de > Themen > Studieren mit Behinderung, telefonische Beratung unter 030 297727-64 und das Handbuch „Studium und Behinderung“ zum kostenlosen Download unter www.studierendenwerke.de > Themen > Studieren mit Behinderung > Beratung Studierender mit Behinderungen > Handbuch Studium und Behinderung.

Wohnen

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

Wohnraumförderung und behinderungsgerechte Umbaumaßnahmen

Die Wohnraumförderung soll Menschen mit Behinderungen dabei helfen, geeigneten Wohnraum zu finden. Auf diese Förderung besteht **kein** Rechtsanspruch.

Im Rahmen festgelegter Einkommensgrenzen gewähren die Bundesländer zinsvergünstigte Darlehen oder Zuschüsse für den Bau oder Erwerb eines Eigenheims oder einer Eigentumswohnung, die selbst genutzt werden, die Finanzierung von Mehrkosten, die bei der Anpassung von Wohnraum an eine Behinderung durch besondere bauliche Maßnahmen entstehen, den Bau von Mietwohnungen, welche ausschließlich an Personen mit Wohnberechtigungsschein vermietet werden.

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

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

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 und alten- oder behinderungsgerechten Umbau auf. Dabei handelt es sich in der Regel um zinsgünstige Kredite, die über die eigene Hausbank zu beantragen sind und auch auf diesem Weg ausgezahlt werden. Infos bei der Hausbank oder auf www.kfw.de > *Privatpersonen*.
- Anschubfinanzierung für **ambulant betreute Wohngruppen**: Pflegekassen fördern die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen pro pflegebedürftiger Person mit bis zu 2.500 € und pro Wohngruppe mit maximal 10.000 €.

- Das Forum Gemeinschaftliches Wohnen e. V. bietet unter <https://verein.fgw-ev.de> > *Projektbörse* die Möglichkeit, nach **Wohnprojekten** zu suchen oder die Beteiligung an Wohnprojekten anzubieten.
- Wenn eine Schwerbehinderung eintritt, können Betroffene unter bestimmten Voraussetzungen früher über ihre **Bauspar- oder Sparbeträge** verfügen.
- Die Kosten von behinderungsgerechten Umbaumaßnahmen sind als „außergewöhnliche Belastungen“ **steuerlich absetzbar**.

Wer hilft weiter?

- Der Antrag auf Wohnungsbauförderung erfolgt beim Wohnungsförderungsamt der Gemeinde oder des Landkreises (i. d. R. ans Landratsamt angegliedert), das auch weitere **Auskünfte** erteilt.
- Der Verein Barrierefrei Leben e. V. bietet neutrale und kostenlose Beratung unter www.online-wohn-beratung.de.

Wohngeld

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

Hinweis: Das Wohngeld wurde zum 1.1.2023 reformiert: Wer schon bisher Wohngeld bekam, erhält nun mehr Wohngeld.

Wohngeld kann jeder beantragen, der einen Wohnraum gemietet oder gekauft hat und diesen selbst benutzt.

Das Wohngeld ist abhängig von

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

Anspruchsberechtigt sind Haushalte mit geringem Einkommen, die keine anderen Leistungen beziehen, bei denen bereits Kosten der Unterkunft bei deren Berechnung berücksichtigt wurden.

Keinen Anspruch auf Wohngeld haben in der Regel u. a. Empfänger von

- Bürgergeld
- Übergangsgeld und Verletztengeld in Höhe des Bürgergelds
- Bafög, Ausbildungsgeld und Berufsausbildungsbeihilfe (BAB)

- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Sozialhilfe
- Leistungen, bei denen bereits Kosten für Miete und Heizung berücksichtigt und abgedeckt worden sind

Ausnahmen:

- Wer solche Leistungen nur als Darlehen bekommt, hat trotzdem einen Anspruch auf Wohngeld.
- Sind nicht alle Haushaltsmitglieder wegen einer anderen Sozialleistung vom Wohngeld ausgeschlossen, kann trotzdem Wohngeld bezogen werden. Das gilt z.B. für BAföG-Beziehende mit Kind.

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

- Grad der Behinderung (GdB) von 100
- GdB mindestens 50 *und* Pflegebedürftigkeit *und* häuslicher/teilstationärer Pflege oder Kurzzeitpflege

Seit 2021 gibt es den **Grundrentenzuschlag**. Damit dieser Zuschlag auf die Rente bei anspruchsberechtigten Wohngeldempfängern nicht zu Kürzungen der Sozialleistung führt, wird zusätzlich ein **Freibetrag von max. 251€** (50 % der Regelbedarfsstufe 1) gewährt. Der Freibetrag soll sicherstellen, dass der Grundrentenzuschlag beim Wohngeld nicht voll als Einkommen angerechnet wird.



Praxistipps!

- Das Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen bietet unter www.bmwsb.bund.de > Themen > Wohnen & Stadtentwicklung > Wohngeld & Wohnraumförderung > Wohngeld zahlreiche Informationen zum Thema Wohngeld, zur Wohngeldreform sowie einen Wohngeldrechner.
- Familien, die Wohngeld erhalten, haben für ihre Kinder Anspruch auf **Leistungen für Bildung und Teilhabe**, das sog. Bildungspaket. Darunter fallen z. B. die Kosten für eintägige und mehrtägige Klassen- und Kitafahrten, ein Zuschuss für den persönlichen Schulbedarf i. H. v. 174 € pro Jahr (58 € zu Beginn des zweiten Schulhalbjahres im Frühjahr 2023 und 116 € zu Beginn des Schuljahres im Sommer 2023) oder die Kosten für das Mittagessen in Kita, Schule oder Hort. Nähere Informationen bietet das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter <https://familienportal.de> > Familienleistungen > Bildung & Teilhabe.

Wer hilft weiter?

Der **Antrag** auf Wohngeld erfolgt bei der Wohngeldstelle des örtlichen Landratsamts oder der kreisfreien Stadt, die auch weitere **Auskünfte** erteilt. Hier können auch die aktuellen Wohngeldtabellen eingesehen werden. Die Stadt- oder Gemeindeverwaltung des Wohnorts nennt die zuständige Stelle bzw. das zuständige Amt für Wohngeld.

Erleichterung im Personenverkehr

Als „Erleichterung im Personenverkehr“ können Menschen mit Behinderungen Verkehrsmittel des öffentlichen Nah- und Fernverkehrs, das sind vor allem Busse, Bahnen, Züge und Fähren, vergünstigt oder kostenlos benutzen. Für den Nahverkehr gibt es Wertmarken für 6 oder für 12 Monate, die je nach Voraussetzung auch kostenlos sein können. Eine notwendige Begleitperson fährt umsonst mit.

Nahverkehr: Unentgeltliche Beförderung

Zum öffentlichen Nahverkehr zählen:

- Straßenbahnen, Busse, U- und S-Bahnen
- Züge der Deutschen Bahn in der 2. Klasse, die mit Verbundfahrtschein benutzt werden können, im Nahverkehr im gesamten Bundesgebiet sowie anderen Eisenbahnen, die den Nahverkehr bedienen
- Schiffe im Linien-, Fähr- und Übersetzverkehr im Orts- und Nachbarschaftsbereich

Prinzipielle Voraussetzungen für die unentgeltliche Beförderung sind:

- Grün-oranger Schwerbehindertenausweis (diesen erhält man mit den Merkzeichen G, aG, H, Bl oder Gl, ansonsten ist der Schwerbehindertenausweis nur grün) *und*
- Gültiges Beiblatt mit Wertmarke

Es gibt 2 Wertmarken:

- Wert 46 € für die Beförderung für 6 Monate
- Wert 91 € für die Beförderung für 12 Monate

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

Menschen mit Schwerbehinderung erhalten ein weißes Beiblatt mit 91 €-Wertmarke kostenlos, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Merkzeichen H
- Merkzeichen Bl
- Bezug von Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II, Hartz 4), Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder laufenden Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt
- Am 1. Oktober 1979 waren nach damaligem Recht schon die Voraussetzungen für die unentgeltliche Beförderung erfüllt (Bestandsschutz)

Menschen mit Schwerbehinderung mit Merkzeichen G, Merkzeichen aG oder Merkzeichen Gl erhalten ein weißes Beiblatt mit 91 €-Wertmarke oder 46 €-Wertmarke **gegen Bezahlung**.

Kostenlose Mitbeförderung

Personen, die unentgeltlich befördert werden, dürfen zusätzlich kostenlos mitnehmen:

- Handgepäck
- Rollstuhl, sofern das Verkehrsmittel diesen aufnehmen kann.
Zu beachten ist, dass der Rollstuhl bei einer Busreise die Maße der ISO-Norm (Breite max. 70 cm, Länge max. 1,2 m, Gewicht max. 200 kg) nicht überschreiten sollte, bei einer Bahnreise gilt die gleiche Größe, aber bis zu 350 kg inkl. der Person im Rollstuhl.
- Sonstige orthopädische Hilfsmittel, z. B. Rollator
- Führungshund

Ermäßigte Bahnfahrten

Eine BahnCard ermöglicht den Kauf von Bahnfahrkarten zum reduzierten Preis.

- Menschen mit Schwerbehinderung mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 70 können die BahnCard 50 und die BahnCard 25 zum ermäßigten Preis erwerben. Dies gilt auch für Menschen ab 65 Jahren und Personen, die eine volle Erwerbsminderungsrente beziehen. Mit der BahnCard 50 gibt es 50 % Ermäßigung auf alle Normalpreise, mit der BahnCard 25 gibt es 25 %.
- Rollstühle, Führungshunde und orthopädische Hilfsmittel werden unentgeltlich befördert.
- Die Platz- oder Abteilreservierung ist im Fernverkehr bei Merkzeichen B kostenlos, **aber Online-Reservierungen** sind kostenpflichtig. Im Nahverkehr ist auf gekennzeichnete Sitzplätze zu achten.

Notwendige ständige Begleitung

Die notwendige Begleitperson fährt **kostenlos** mit, wenn im Schwerbehindertenausweis ein Merkzeichen B mit dem Vermerk „Die Notwendigkeit ständiger Begleitung ist nachgewiesen“ oder „Die Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson ist nachgewiesen“ eingetragen ist. Die Platz- oder Abteilreservierung ist im Fernverkehr bei Merkzeichen B kostenlos, **aber Online-Reservierungen** sind kostenpflichtig.

Diese Regelung gilt für die Deutsche Bahn und ihre Verbundpartner. Bei privaten Unternehmen oder Anbietern aus dem Ausland gelten ggf. abweichende Regelungen.

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

Wenn die Begleitperson den Hinweg zu einer stationären Reha-Maßnahme begleitet (kostenlos) und dann alleine zurückreist, werden die Kosten für die Rückreise vom Rehaträger erstattet. Entsprechendes gilt für die Hinreise zum Rehaort bei Abholung des Menschen mit Behinderung.

Praxistipps!

- Informationen zu den Services und Vergünstigungen für mobilitätseingeschränkte Reisende bietet die Deutsche Bahn unter www.bahn.de > Info & Services > Ihre individuelle Reise > Barrierefreies Reisen.
- Auf www.einfach-teilhaben.de > Mobilität und Freizeit des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt es viele weitere nützliche Tipps und Hinweise rund ums Reisen.
- Wer Anspruch auf eine Wertmarke für den öffentlichen Personennahverkehr hat und diese für Fahrten zu einer beruflichen oder medizinischen Reha nutzt, bekommt die Kosten für die Wertmarke(n) vom Rehaträger erstattet, wenn dies günstiger ist als entsprechende Fahrkarten.

Wer hilft weiter?

- Versorgungsämter, die Verkehrsbetriebe vor Ort und die Flughäfen.
- Die Mobilitätsservicezentrale der Deutschen Bahn unter 030 65212888 oder per E-mail an msz@deutschebahn.com.

Leistungen zur Mobilität

Leistungen zur Mobilität können Menschen unter bestimmten Voraussetzungen bekommen, wenn ihnen aufgrund ihrer Behinderung nicht zumutbar ist, öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen. Das können Leistungen zur Beförderung, z. B. durch einen Beförderungsdienst und Leistungen für ein Kraftfahrzeug sein.

Leistungen zur Beförderung

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

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

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

Für **Fahrten zum Arzt oder zur Psychotherapie** ist im Regelfall die Krankenkasse zuständig. Unter bestimmten Voraussetzungen kann ein Krankentransport per Taxi oder Patientenfahrtdienst ärztlich verordnet werden. Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „*Fahrtkosten Krankenförderung*“.

Leistungen für ein Kraftfahrzeug

Die Leistungen für ein Kraftfahrzeug umfassen Leistungen

- zum Kauf eines Autos
- für die nötige Zusatzausstattung
- zur Erlangung des Führerscheins
- zur Instandhaltung, z. B. Reparaturen, Service
- für die Betriebskosten, z. B. Kfz-Steuer, Versicherung

Der Leistungsumfang ist in der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung festgelegt, siehe www.gesetze-im-internet.de/kfzhv.

Leistungen für ein Kraftfahrzeug erhalten Menschen mit Behinderungen unter folgenden Voraussetzungen:

- Öffentliche Verkehrsmittel sind wegen der Behinderung nicht zumutbar.
- Der Mensch mit Behinderung muss das Kraftfahrzeug selbst fahren können oder es muss gewährleistet sein, dass eine andere Person das übernehmen kann (z. B. die Pflegeperson bei häuslicher Pflege).
- Leistungen zur Beförderung sind unzumutbar oder unwirtschaftlich.

Werden die Leistungen für ein Kraftfahrzeug von der **Eingliederungshilfe** übernommen, ist zusätzlich Voraussetzung, dass der Mensch mit Behinderung **ständig** (nicht nur gelegentlich) auf die Nutzung des Fahrzeugs angewiesen ist, um am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können.

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 > Themen > Beratung & Hilfe > Beratung > Beratung der Behindertenhilfe oder die unabhängige Teilhabeberatung unter www.teilhabeberatung.de. Stiftungen können beim Bundesverband Deutscher Stiftungen unter www.stiftungssuche.de gefunden werden.

Parkerleichterungen

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

Es gibt verschiedene Arten von Parkausweisen und individuelle Parkerleichterungen:

- **Parkausweis Deutschland: orange**

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

Er berechtigt

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

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

Menschen mit Schwerbehinderung können den orangen Parkausweis mit folgenden Merkzeichen bzw. Erkrankungen beantragen:

- Merkzeichen G (Gehbehinderung) und Merkzeichen B (Begleitperson in öffentlichen Verkehrsmitteln ist nötig) und ein GdB von wenigstens 70 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen oder der Lendenwirbelsäule mit Einfluss auf das Gehvermögen, 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.
- Schwerbehinderung (GdB ab 50), wenn der ärztliche Dienst des Versorgungsamts festgestellt hat, dass sie den genannten Behinderungen gleichzustellen ist.

Achtung: Es kommt hier auf den Einzel-GdB für die jeweils genannte Funktionsstörung an und **nicht** auf den Gesamt-GdB.

- **EU-Parkausweis: blau**

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

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

Wer einen blauen Parkausweis hat, kann zudem alle auf S. 33 beschriebenen „orangenen“ Parkerleichterungen in Anspruch nehmen.

Menschen mit Schwerbehinderung bekommen den blauen Parkausweis mit folgenden Merkzeichen bzw. Erkrankungen:

- Außergewöhnliche Gehbehinderung (Merkzeichen aG) oder Blindheit (Merkzeichen BI)
- Beidseitige Amelie (angeborenes Fehlen von Gliedmaßen) oder Phokome-lie (z. B. Hand oder Fuß sind direkt am Rumpf) oder vergleichbare Funktions-einschränkungen (z. B. Amputation beider Arme)

- **Individuelle Parkerleichterungen**

Eine individuelle Ausnahmegenehmigung nach § 46 Abs. 1 Nr. 11 der Straßenverkehrs-Ordnung (StVO) für Parkerleichterungen kann unabhängig vom Wohnort gewährt werden.

Ein Antrag ist immer dann sinnvoll, wenn ein Mensch

- die Parkerleichterung braucht *und*
- weder einen blauen, noch einen orangenen Parkausweis bekommen kann *und*
- regionale Sonderregelungen nicht weiterhelfen oder nicht existieren.

Praxistipps!

- Einige Bundesländer geben eigene Parkausweise aus. Außerdem gewähren manche Städte, Gemeinden oder Landkreise nur dort geltende pauschale Parkerleichterungen. Informationen darüber geben die Verwaltungen der Städte, Gemeinden und Landkreise.
- Zur Beantragung Passfoto, Schwerbehindertenausweis und den letzten Bescheid des Versorgungsamts mitbringen.
- Einen Parkausweis können z. B. auch der Ehepartner oder Kinder beantragen und/oder nutzen, wenn der berechtigte Mensch mit Schwerbehinderung nicht selbst in der Lage ist, das Fahrzeug zu führen. Die Nutzung ist daran gebunden, dass der Mensch mit Schwerbehinderung befördert wird.
- Bei Kindern mit Schwerbehinderung, die die Voraussetzungen erfüllen, können die Eltern den Parkausweis beantragen und ihn nutzen, wenn sie das Kind befördern.
- Wer im Besitz eines blauen Parkausweises ist, kann am Wohnort und/oder der Arbeitsstelle einen eigenen Parkplatz beantragen. Darauf besteht jedoch kein Rechtsanspruch.
- Sollte der Antrag unberechtigt abgewiesen werden, lohnt es sich Widerspruch einzulegen. Dieser sollte durch eine Einschätzung des behandelnden Arztes untermauert werden.

Wer hilft weiter?

Die örtlich zuständige Straßenverkehrsbehörde.

Blindenhilfe und Landesblindengeld

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

Landesblindengeld wird in der Regel einkommensunabhängig gewährt.

Voraussetzungen

Als Blindheit gelten hauptsächlich:

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

Blindenhilfe erhalten nur Personen, die nicht über ausreichend eigenes Vermögen und/oder Einkommen verfügen.

Höhe Blindenhilfe

- Für Blinde ab 18 Jahren: 806,40 € monatlich
- Für Blinde bis 17 Jahre: 403,89 € monatlich

Höhe Landesblindengeld

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



Wer hilft weiter?

- Blindenhilfe ist beim Sozialamt, Landesblindengeld i. d. R. beim Versorgungsamt zu beantragen.
- Der Deutsche Blinden- und Sehbehindertenverband e.V. informiert z.B. über staatliche Leistungen und unterstützt bei der Beantragung von Blindengeld. DBSV-Geschäftsstelle, Rungestr. 19, 10179 Berlin, Telefon 030 285387-0, Fax 030 285387-200, E-Mail info@dbsv.org, www.dbsv.org, Adressen der Landes- oder Regionalverbände unter www.dbsv.org > Über den DBSV > Struktur > Landesvereine.

Steuererleichterungen

Steuervorteile für Menschen mit Behinderungen werden von den Finanzbehörden anhand der entsprechenden Nachweise gewährt (Schwerbehindertenausweis, Feststellungsbescheid des Versorgungsamts, Bescheid der Pflegekasse). In Zukunft soll ein Datenaustausch zwischen den jeweiligen Behörden stattfinden.

Viele Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige erhalten als Ausgleich für ihre Belastungen steuerliche Entlastungen. Oft erfolgt dies zur Vereinfachung anhand von Pauschalen, z. B. für die Behinderung an sich, für Fahrtkosten, für die Betreuung eines Kindes mit Behinderung oder die Pflege eines Angehörigen. Die Pauschalen werden in der Regel im Zuge der jährlichen Steuererklärung vom gesamten Einkommen abgezogen und mindern somit das zu versteuernde Einkommen. Der Behinderten-Pauschbetrag kann alternativ auch monatlich bei der Lohnsteuer berücksichtigt werden. Die Abzüge sind teilweise auf Eltern oder Angehörige übertragbar.

Umfang der Steuererleichterungen im Überblick

Zu den Steuervergünstigungen zählen:

- Kinderfreibetrag für erwachsene Kinder mit Behinderungen, wenn die Behinderung vor dem 25. Geburtstag eingetreten ist (§ 32 Abs. 4 Nr. 3 und Abs. 6 EStG, alternativ zum Kindergeld)
- Kinderbetreuungskosten
- Pauschbetrag für Menschen mit Behinderungen
- Außergewöhnliche Belastungen bei Pflegepersonen, Pflegepauschbetrag
- Außergewöhnliche Belastungen durch private Kraftfahrzeugkosten, Fahrtpauschale
- Bei einem Grad der Behinderung (GdB) ab 70 oder Merkzeichen G bzw. aG: Tatsächliche Fahrtpauschale zur Arbeit absetzbar

Zudem **kann** es für Menschen mit Schwerbehinderung Erleichterungen geben bei der Kfz-Steuer, der Hundesteuer (blinde, gehörlose oder hilflose Menschen) sowie der Umsatzsteuer (blinde Unternehmer).

Außergewöhnliche Belastungen und zumutbare Belastung

Grundsätzlich müssen Steuerpflichtige sich entscheiden: **Entweder** sie nutzen für bestimmte Ausgabenbereiche Pauschbeträge **oder** sie machen tatsächliche Ausgaben bei der Steuer als außergewöhnliche Belastung geltend. Es ist nicht möglich, z. B. als Pflegeperson eines Menschen mit Behinderung den Pflegepauschbetrag **und** besondere Aufwendungen für die Pflege abzusetzen.

Sog. **Pauschbeträge** werden vom zu versteuernden Einkommen abgezogen, ohne dass das Finanzamt dafür einen Nachweis verlangt oder dass ein Eigenanteil geleistet werden muss.

Wenn sog. **außergewöhnliche Belastungen** vom zu versteuernden Einkommen abgezogen werden sollen, müssen sie detailliert mit Belegen nachgewiesen werden. Dieser Aufwand ist dann sinnvoll, wenn die Ausgaben über dem Pauschbetrag liegen. Allerdings wird zwischen **allgemeinen** (§ 33 EStG) und **besonderen** (§§ 33a f. EStG) außergewöhnlichen Belastungen unterschieden.

Besondere Belastungen können in vollem Umfang abgezogen werden, dazu zählen z. B. Pflegekosten von pflegenden Angehörigen und Kosten wegen einer Behinderung. Dazu zählen **nicht** Krankheitskosten.

Von den „allgemeinen“ außergewöhnlichen Belastungen, z. B. Krankheitskosten, wird die sog. **zumutbare Belastung** abgezogen.

Die zumutbare Belastung ist abhängig von Einkommen und Familienstand:

Einkünfte	bis 15.340 €	über 15.340 – 51.130 €	über 51.130 €
Steuerpflichtige ohne Kinder, einzeln veranlagt	5 % der Einkünfte	6 % der Einkünfte	7 % der Einkünfte
Steuerpflichtige ohne Kinder, zusammen veranlagt	4 % der Einkünfte	5 % der Einkünfte	6 % der Einkünfte
Steuerpflichtige mit 1–2 Kindern	2 % der Einkünfte	3 % der Einkünfte	4 % der Einkünfte
Steuerpflichtige mit 3 und mehr Kindern	1 % der Einkünfte	1 % der Einkünfte	2 % der Einkünfte

Die zumutbare Belastung wird **abschnittsweise** ermittelt, es gilt also nicht ein Prozentsatz für das gesamte Einkommen, sondern der Prozentsatz des jeweiligen Einkommensbereichs. Die Ergebnisse aus den verschiedenen Einkommensbereichen werden addiert.

 **Praxistipp!**

Einen Rechner zur zumutbaren Belastung finden Sie beim Bayerischen Landesamt für Steuern unter www.finanzamt.bayern.de > *Steuerinfos* > *Steuerberechnung* > *Berechnung der zumutbaren Belastung gem. § 33 Abs. 3 EStG*.

Sonderausgaben für Kinderbetreuung

Als Sonderausgaben können für Dienstleistungen zur **Betreuung** eines zum Haushalt des Steuerpflichtigen gehörenden Kindes unter 14 Jahren zwei Drittel der Aufwendungen, maximal 4.000 € je Kind, geltend gemacht werden. Bei Kindern mit körperlichen, geistigen oder seelischen **Behinderungen**, die ihren Unterhalt nicht selbst bestreiten können, ist es möglich diese Sonderausgaben **über den 14. Geburtstag hinaus** geltend zu machen. Voraussetzung ist, dass die Behinderung vor dem 25. Geburtstag eingetreten ist.

Gemeint sind z. B. Aufwendungen für Internate oder Betreuungspersonen. Nicht unter diesen Freibetrag fallen dagegen 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 (siehe S. 82) erhalten.

Pauschbetrag für Menschen mit Behinderungen

Pauschbeträge für Menschen mit Behinderungen sind Freibeträge bis zu 7.400 €, die vom zu versteuernden Einkommen abgezogen werden. Die Pauschbeträge **seit 2021** erhalten Menschen mit Behinderungen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 20.

Der Freibetrag kann

- als Lohnsteuerabzugsmerkmal dem Finanzamt mitgeteilt werden, der Arbeitgeber erhält diese Information dann elektronisch vom Finanzamt und berücksichtigt den Freibetrag bei der Lohnabrechnung *oder*
- im Jahresausgleich rückwirkend geltend gemacht werden.

Höhe

Seit dem Veranlagungszeitraum 2021 gelten folgende Pauschbeträge:

GdB	Jährlicher Pauschbetrag*
20	384 €
30	620 €
40	860 €
50	1.140 €
60	1.440 €
70	1.780 €
80	2.120 €
90	2.460 €
100	2.840 €
Merkzeichen H, Merkzeichen BI und Merkzeichen TBI unabhängig vom GdB	7.400 €

* seit 01.01.2021

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

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

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

Außergewöhnliche Belastungen oder Pflege-Pauschbeträge seit dem Veranlagungsjahr 2021

Wer einen Menschen zuhause (bei sich oder bei der pflegebedürftigen Person) pflegt, kann dafür entweder die tatsächlichen Kosten (diese sind als „besondere außergewöhnliche Belastung“ nachzuweisen) oder einen Pflege-Pauschbetrag bei der Steuer absetzen:

- Bei Pflegegrad 2: Pflege-Pauschbetrag 600 €.
- Bei Pflegegrad 3: Pflege-Pauschbetrag 1.100 €.
- Bei Pflegegrad 4 oder 5: Pflege-Pauschbetrag 1.800 €.
- Bei Hilflosigkeit (Merkzeichen H) des Pflegebedürftigen: Pflege-Pauschbetrag 1.800 €.

Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson für die Pflege keine Einnahmen erhält. **Nicht** zu diesen Einnahmen zählt das Pflegegeld, das Eltern zur Pflege ihres Kindes mit Behinderung erhalten.

Ändern sich die Bedingungen im Laufe des Jahres, gilt immer die höhere Pauschale für das ganze Jahr. Pflegen mehrere Steuerpflichtige eine pflegebedürftige Person, wird der Pflege-Pauschbetrag unter ihnen aufgeteilt.

Behinderungsbedingte Fahrkostenpauschale

Seit dem Veranlagungszeitraum 2021 gibt es eine neue behinderungsbedingte Fahrkosten-Pauschale.

Es gelten folgende vereinfachte Regelungen:

- Menschen mit GdB 80 und höher: Pauschale 900 €.
- Menschen mit GdB 70 **und** Merkzeichen G: Pauschale 900 €.
- Menschen mit Merkzeichen aG, Bl, H oder TBl:
Pauschale 4.500 €. Die 900 € können **nicht zusätzlich** abgesetzt werden.

Alternativ zur Pauschale können die behinderungsbedingten Fahrten nachgewiesen und abgesetzt werden. Egal ob Pauschale oder nachgewiesene Fahrkosten: Sie zählen zu den **allgemeinen** außergewöhnlichen Belastungen dazu. Sie können nur abgesetzt werden, wenn sie insgesamt die zumutbare Belastung übersteigen.

Fahrten zur Arbeit

Alle Steuerpflichtigen können für Fahrten zur Arbeit und für Familienheimfahrten bis 20 km eine Entfernungspauschale von 30 ct/km, ab dem 21. km 35 ct/km für die einfache Strecke ansetzen. Maximal sind 4.500 € ansetzbar. Eine Überschreitung ist möglich, wenn der Arbeitnehmer ein eigenes oder ihm zur Nutzung überlassenes Fahrzeug benutzt.

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).



Praxistipps!

- Diese Beträge können bei Ihnen berücksichtigt werden, wenn Sie selbst keine Behinderung haben, sondern der Pauschbetrag auf Sie übertragen wurde und Sie den Menschen mit Behinderung befördert haben. Den Pauschbetrag können Sie auf sich übertragen lassen, wenn Sie für den Menschen mit Behinderung Kindergeld oder einen Kinderfreibetrag bekommen.
- Sind Sie selbst von einer Behinderung betroffen, gelten für Sie unter bestimmten Voraussetzungen besondere Vergünstigungen bei der Kfz-Steuer. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Kraftfahrzeugsteuer-Ermäßigung bei Schwerbehinderung“.

Wer hilft weiter?

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

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Menschen mit Behinderungen benötigen in der Regel verschiedene Leistungen der Krankenversicherung, z. B. Arzneimittel oder Physiotherapie. Versicherte ab 18 Jahren müssen bei vielen ärztlichen Verordnungen Zuzahlungen leisten. Zuzahlungen können gerade für Menschen mit Behinderungen eine finanzielle Belastung darstellen. Deshalb gibt es bis zu bestimmten Einkommensgrenzen und für Menschen mit chronischen Erkrankungen besondere Regelungen.

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	Beispiel
bis 5 €	Kosten = Zuzahlung	Kosten Medikament: 3,75 € Zuzahlung: 3,75 €
5 € bis 50 €	5 €	Kosten Medikament: 25 € Zuzahlung: 5 €
50 € bis 100 €	10 % der Kosten	Kosten Medikament: 75 € Zuzahlung: 7,50 €
Ab 100 €	10 €	Kosten Medikament: 500 € Zuzahlung: 10 €

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Medikamente können aus verschiedenen Gründen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit sein. Unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Arzneimittel > Zuzahlungsbefreiung ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Festbeträge

Der Festbetrag ist ein festgelegter Höchstbetrag eines Arzneimittels, den die Krankenkasse erstattet. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, müssen Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. Zusätzlich müssen Versicherte die Zuzahlung leisten. Die Höhe der Zuzahlung richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe zahlen Versicherte also neben der anfallenden Zuzahlung ggf. auch Mehrkosten für ein Arzneimittel.

Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte können die Arzneimittelfestbeträge unter www.bfarm.de > Suchbegriff: „Arzneimittel-Festbeträge“ nachgelesen werden. Die Datenbank wird 14-tägig aktualisiert.

→ Praxistipps!

- Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind, z.B. Kinder unter 18 Jahren. Auch Empfänger von Sozialleistungen müssen diese Mehrkosten selbst bezahlen.
- Für Versicherte lohnt es sich, aktiv nach billigeren Alternativen zu fragen, weil bestimmte Arzneimittel ganz zuzahlungsfrei sein können.

Verbandmittel

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

Heilmittel

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

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte wie z. B. Hörgeräte, Prothesen, Krücken oder Rollstühle. Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels.

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

Für einige Hilfsmittel, z.B. Hörhilfen oder Einlagen, gibt es auch **Festbeträge** als Obergrenze für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Ggf. können anfallende Mehrkosten (Kosten über den Festbetrag) bei medizinischer Notwendigkeit auf Antrag von der Krankenkasse übernommen werden. Informationen und Hinweise zu den Festbeträgen können unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Hilfsmittel > Festbeträge nachgelesen werden.

Häusliche Krankenpflege der Krankenkasse

Bei der häuslichen Krankenpflege wird eine pflegebedürftige Person, z. B. bei schwerer Krankheit, zu Hause von ausgebildeten Pflegekräften versorgt. Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10 € je Verordnung.

Außerklinische Intensivpflege

Bei der außerklinischen bzw. ambulanten Intensivpflege werden intensiv betreuungsbedürftige Versicherte, z.B. Menschen, die beatmet werden müssen oder querschnittsgelähmt sind, außerhalb der Klinik von spezialisierten Pflegekräften betreut. Zuzahlung ambulant (zu Hause): 10 % der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10 € je Verordnung. Zuzahlung stationär (im Pflegeheim): 10 € pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr.

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und ggf. die Kinderbetreuung übernimmt. Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5 €, maximal 10 €.

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

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

Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern. Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag an die Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung.

Fahrtkosten

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Fahrt, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Die Fahrten (z.B. Fahrt zu Arztbesuchen) müssen medizinisch notwendig sein und ärztlich verordnet werden.

Zuzahlungsbefreiung

Wer im Laufe eines Jahres mehr als 2 % des Bruttoeinkommens (sog. Belastungsgrenze) an Zuzahlungen leistet, kann sich von weiteren Zuzahlungen der Krankenkasse befreien lassen oder sich am Jahresende den über der Belastungsgrenze liegenden Betrag erstatten lassen.

Erreichen der Belastungsgrenze

Die Belastungsgrenze liegt bei **2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt**, d.h. wer darüber hinaus Geld für Zuzahlungen ausgeben muss(te), kann sich für den Rest des Jahres von den Zuzahlungen befreien lassen bzw. bekommt den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet.

Berechnung der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Die „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ sind als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Sie errechnen sich aus den Bruttoeinnahmen der versicherten Person **und** den Bruttoeinnahmen ihrer Angehörigen, die mit ihr in einem **gemeinsamen Haushalt** leben.

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B. Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Renten oder Arbeitslosengeld. **Nicht zu den Einnahmen** zählen z.B. Pflegegeld, Kindergeld.

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

Berücksichtigt werden folgende im gemeinsamen Haushalt mit der versicherten Person lebende Angehörige:

- Ehegatten und eingetragene Lebenspartner i. S. d. Lebenspartnerschaftsgesetzes (auch wenn der Ehegatte/Lebenspartner beihilfeberechtigt oder privat krankenversichert ist)
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie 18 Jahre alt werden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie 19 Jahre alt werden, wenn sie familienversichert sind
- Über die Krankenversicherung der Landwirte familienversicherte
 - mitarbeitende Familienangehörige
 - sonstige Angehörige

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft. **Weitere Angehörige** können nach Einzelfallprüfung von der Krankenkasse berücksichtigt werden, siehe Hinweis unter Freibetrag S. 47.

Freibetrag

Von dem „Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt“ werden ein oder mehrere Freibeträge für Angehörige, deren Einnahmen bei der Berechnung mitberücksichtigt werden (siehe S. 46) abgezogen:

- Für die Person mit den höchsten Einnahmen: 6.111 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jede weitere Person: 4.074 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind: 8.952 € (= Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG), auch bei alleinerziehenden Versicherten.

Hinweis: Weitere Angehörige als die Ehegatten und eingetragene Lebenspartner oder Kinder, die ihren gesamten Lebensunterhalt in einem gemeinsamen Haushalt mit der Familie bestreiten, können nach **Einzelfallprüfung** durch die Krankenkasse bei der Berechnung einbezogen werden.

Bei getrennt lebenden oder geschiedenen Paaren wird der Kinder-Freibetrag bei dem Elternteil berücksichtigt, bei dem das Kind wohnhaft ist. Bei welchem Elternteil das Kind familienversichert ist spielt dabei keine Rolle.

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

Berechnungsbeispiel

Ehepaar mit 2 Kindern:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 6.111 €

minus Freibetrag für 2 Kinder: 17.904 € (2 x 8.952 €)

ergibt: 5.985 €, davon 2 % = Belastungsgrenze: 119,70 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 119,70 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Chronisch kranke Menschen können eine Zuzahlungsbefreiung bei ihrer Krankenkasse bereits bei Erreichen einer Belastungsgrenze von 1 % ihres jährlichen Bruttoeinkommens beantragen. Viele Menschen mit Behinderungen erfüllen die Voraussetzungen.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer wenigstens 1 Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung ist (Dauerbehandlung) und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Pflegebedürftig mit Pflegegrad 3 oder höher.
- Grad der Behinderung (GdB, Begriff des Reha- und Teilhaberechts) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS, Begriff des Sozialen Entschädigungsrechts) oder Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE, Begriff der gesetzlichen Unfallversicherung) von mindestens 60. Der GdB, GdS oder MdE muss zumindest auch durch die schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln) 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.

Auch Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm – DMP) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze. DMPs werden von den Krankenkassen z. B. für Chronische Rückenschmerzen, Osteoporose und Depressionen angeboten.

Versicherte, die am DMP teilnehmen, werden unterstützt, aktiv bei der Bewältigung ihrer chronischen Erkrankung mitzuarbeiten. Sie erhalten z.B. krankheitsbezogene Schulungen oder Aufforderungen zur regelmäßigen Wahrnehmung wichtiger Untersuchungen. Die Kosten dafür übernimmt die Krankenkasse. Nähere Informationen erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse.

Das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung und die Notwendigkeit der Dauerbehandlung müssen gegenüber der Krankenkasse durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden. Amtliche Bescheide über den GdB, GdS, MdE oder den Pflegegrad müssen in Kopie eingereicht werden. Die schwerwiegende chronische Krankheit muss in dem Bescheid zum GdB, GdS oder MdE als Begründung aufgeführt sein.

Vorsorge

Die reduzierte Belastungsgrenze bei Zuzahlungen für chronisch Kranke gilt nur dann, wenn sich die versicherte Person an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen beteiligt hat. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und die an Darm-, Brust- oder Gebärmutterhalskrebs erkranken, können die 1%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.

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

- mit schweren psychischen Erkrankungen (z. B. lang andauernde Psychose mit Beeinträchtigung des Sozialverhaltens).
- mit geistig wesentlicher Behinderung (z. B. IQ unter 70 mit erheblichen Anpassungsschwierigkeiten).
- die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Richtlinie

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

Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb Sie und Ihre Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle **Zuzahlungsbelege aufbewahren** sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Haben Sie im Laufe des Jahres die 2%-Belastungsgrenze erreicht, sollten Sie sich mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen. Sind Sie als Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.

- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, können Sie den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Sollten die Zuzahlungen in dem Jahr dann doch geringer ausfallen, kann der gezahlte Betrag jedoch nicht zurückerstattet werden.
- Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Sozialhilfe) sowie von Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II, Hartz IV) wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 (2023: 502 € im Monat /6.024 € im Jahr) als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezahlt. Die jährliche Belastungsgrenze beträgt somit 120,48 €, bei chronisch Kranken 60,24 €.

Wer hilft weiter?

Die zuständige Krankenkasse.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Behinderungen können zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. Bei Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch Arbeitgebende sowie anschließend unter bestimmten Voraussetzungen auf Krankengeld. Bezieher von Arbeitslosengeld haben ebenso Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit.

Definition „Arbeitsunfähigkeit“

Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen infolge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich eine Erkrankung durch Weiterarbeiten verschlimmern würde. Arbeitsunfähigkeit liegt auch vor, wenn zunächst noch ein Weiterarbeiten möglich wäre, aber bei einem Weiterarbeiten absehbar ist, dass es zu einer Arbeitsunfähigkeit kommen würde.

Entgeltfortzahlung

Besonders Menschen mit Behinderungen sind auf die Absicherung im Krankheitsfall angewiesen. Betroffene haben in der Regel einen gesetzlichen Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung durch Arbeitgebende. Die Entgeltfortzahlung entspricht in der Höhe dem bisher üblichen Arbeitsentgelt.

Voraussetzungen

Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmenden, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von mind. 4 Wochen vorweisen können. Das gilt auch für geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit.

Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten sein. Als selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit gilt ein vorwerfbares Verhalten, z. B. Verkehrsunfall infolge von Trunkenheit oder grob fahrlässigem Verhalten, grob fahrlässige Verletzung der Unfallverhütungsvorschriften, eine besonders gefährliche oder die Kräfte übersteigende Nebentätigkeit, selbst provozierte Raufereien. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht unter anderem auch bei einer Organspende und medizinischen Reha-Maßnahmen.

Pflichten von Arbeitnehmenden

Arbeitnehmende unterliegen bestimmten Verpflichtungen:

- Die Arbeitsunfähigkeit und die voraussichtliche Dauer müssen dem Betrieb unverzüglich mitgeteilt werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als **3 Kalendertage**, muss am folgenden Tag eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) vorliegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Seit 1.1.2023 müssen Arbeitgebende die elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) digital bei den Krankenkassen ihrer Beschäftigten abrufen.
Bis 31.12.2022 hatten Beschäftigte eine Übermittlungspflicht an den Arbeitgebenden. Diese ist entfallen, **außer** die Arztpraxis hat technische Probleme bei der digitalen Übermittlung, dann gibt es weiter Papierausdrucke, die zum Arbeitgeber geschickt werden müssen.
Arbeitgebende können jedoch auch **früher**, ab dem ersten Kalendertag der AU, eine ärztliche Bescheinigung fordern und abrufen. Falls die Arbeitsunfähigkeit länger andauert, müssen Beschäftigte wie bisher für eine weitere Krankschreibung durch die Praxis sorgen.
- Für Privatversicherte gibt es keine eAU, sondern weiterhin Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auf Papier.
- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, kann der Betrieb die Entgeltfortzahlung verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Betrieb die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.
- Werden Arbeitnehmende im Ausland krank, sind sie ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss die voraussichtliche Dauer und ihre genaue Auslandsadresse mitgeteilt sowie ihre Krankenkasse benachrichtigt werden. Hält die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage an, ist auch aus dem Ausland eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Die Meldung aus dem Ausland läuft nicht digital. Hier besteht die Vorlagepflicht der Beschäftigten weiter.
- Die Diagnose muss dem Betrieb nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmenden ergreifen muss.
- Üben Beschäftigte während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Betrieb berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

Dauer der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

- Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt 6 Wochen. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung. Entsteht die Erkrankung während der Arbeit, so besteht schon an diesem Tag ein Entgeltfortzahlungsanspruch für die ausgefallene Arbeitszeit.

- Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gibt es in der Regel Krankengeld, siehe S. 54.
- 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 die beschäftigte Person mindestens 6 Monate nicht wegen **derselben** Erkrankung arbeitsunfähig war **oder** wenn seit Beginn der **ersten** Erkrankung infolge derselben Krankheit 12 Monate verstrichen sind.
Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.
- Nach einem Wechsel des Arbeitsverhältnisses muss die Frist von 6 Monaten nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Höhe der Entgeltfortzahlung

Die Entgeltfortzahlung beträgt 100 % des bisherigen üblichen Arbeitsentgelts.

Berechnungsgrundlage ist das gesamte Arbeitsentgelt mit Zulagen wie z. B.:

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse usw.
- Vermögenswirksame Leistungen
- Ersatz für Aufwendungen, die auch während der Krankheit anfallen

Wenn ein Betrieb eine Entgeltfortzahlung trotz unverschuldeter Arbeitsunfähigkeit verweigert, muss die Krankenkasse der versicherten Person Krankengeld zahlen. Die Krankenkasse hat dann in der Regel einen Erstattungsanspruch gegenüber dem Betrieb.



Praxistipps!

Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales kann kostenlos unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A164“ heruntergeladen werden. Weitere Informationen erteilt der Arbeitgeber oder das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit dem Schwerpunkt Arbeitsrecht unter Telefon 030 221911-004, Mo-Do von 8-17 Uhr und Fr von 8-12 Uhr.

Krankengeld

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

Voraussetzungen

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung, d. h. es wird gezahlt, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht. Gezahlt wird es auch in den ersten 4 Wochen einer Beschäftigung, weil es in dieser Zeit noch keinen Anspruch auf die Entgeltfortzahlung gibt.

Weitere Voraussetzungen sind:

- Versicherteneigenschaft (gesetzlich krankenversichert mit Anspruch auf Krankengeld) zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit.
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit *oder* stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung auf Kosten der Krankenkasse.
(Definition „stationär“: Teil-, vor- und nachstationäre Behandlung genügt, wenn sie die versicherte Person daran hindert, ihren Lebensunterhalt durch die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit zu bestreiten.)
- Es handelt sich immer um dieselbe Krankheit oder um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung oder um eine weitere Krankheit, die während der laufenden Arbeitsunfähigkeit dazu kommt.

Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Familienversicherte
- Teilnehmende an beruflichen Reha-Maßnahmen (S. 77) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; **Ausnahme** bei Anspruch auf Übergangsgeld.
- Menschen vor dem 30. Geburtstag in einem **Pflicht**praktikum
- Studierende (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zum 30. Geburtstag) in der studentischen Krankenversicherung
- Beziehende einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
- Beziehende von Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II und Sozialgeld)

Hinweis: Wer z.B. neben dem Studium sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist, hat in diesem Rahmen eine Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankengeld. Wer das Einkommen aus einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit mit Bürgergeld aufstockt, ist aus dieser Tätigkeit ebenfalls mit Anspruch auf Krankengeld krankenversichert.

Bürgergeld kann auch ein zu niedriges Krankengeld aufstocken.

Krankengeld für Selbstständige

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

Selbstständige können zwar keine Entgeltfortzahlung erhalten, weil sie nicht abhängig beschäftigt sind. Trotzdem erhalten sie Krankengeld von der gesetzlichen Krankenversicherung, im Normalfall aber erst ab der 7. Krankheitswoche. Möchten Selbstständige, dass der Krankengeldanspruch schon früher greift, können sie einen entsprechenden Wahltarif mit ihrer Krankenkasse vereinbaren. Die Beiträge erhöhen sich dann weiter.

Beginn des Anspruchs auf Krankengeld

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 Arbeitnehmenden erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 51).

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

Eine **Rückdatierung** des AU-Beginns ist nur in Ausnahmefällen und nach gewissenhafter Prüfung möglich. In der Regel ist die Rückdatierung nur bis zu 3 Tage zulässig.

Wer gerade eine neue Beschäftigung begonnen hat und in den ersten 4 Wochen krank wird, bekommt noch keine Entgeltfortzahlung, dafür aber Krankengeld. Hierzu ist allerdings erforderlich, dass Betroffene sich sofort um eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kümmern.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70 % des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90 % des Nettoarbeitsentgelts *sowie*
- maximal 116,38 € täglich.

Bei der Berechnung werden auch die Einmalzahlungen (z. B. Weihnachtsgeld) in den letzten 12 Monaten vor der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt.

Berechnungsgrundlage für das Krankengeld

Das Krankengeld errechnet sich bei Arbeitnehmenden aus dem Arbeitsentgelt des letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Lohnabrechnungszeitraums von mindestens 4 Wochen. Dieser Zeitraum heißt **Bemessungszeitraum**.

War der letzte Lohnabrechnungszeitraum kürzer als 4 Wochen, werden so viele Abrechnungszeiträume herangezogen, bis mindestens das Arbeitsentgelt aus 4 Wochen berücksichtigt werden kann.

Wurden insgesamt nicht mindestens 4 Wochen abgerechnet, z.B. bei einer Arbeit für weniger als 4 Wochen, gibt es keine gesetzliche Regelung dafür, wie die Höhe des Krankengelds ausgerechnet wird. Dann muss individuell hochgerechnet werden. Nur wenn das nicht geht, wird das Entgelt für eine vergleichbare Beschäftigung als Berechnungsgrundlage verwendet.

Berechnung in besonderen Fällen

Aus welchem Lohn das Krankengeld in besonderen Fällen berechnet wird, z.B. bei Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, Elternzeit oder Heimarbeit, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in dem „Rundschreiben zum Krankengeld und zum Verletztengeld vom 7.9.2022“ festgelegt. Download beim Verband der Ersatzkassen (vdek) unter www.vdek.com > Themen > Leistungen > Krankengeld.

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2023 ein Betrag von 166,25 € (= Beitragsbemessungsgrenze 59.850 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es maximal 116,38 € täglich betragen.

Abzüge für die Sozialversicherung und Steuerfreiheit

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 12,125 % bei Krankengeldempfängern, die unter 23 Jahre alt sind oder Kinder haben, bzw. von 12,30 % bei kinderlosen Empfängern ab dem 23. Geburtstag.

Hinweis: Das Pflegeunterstützungs- und entlastungsgesetz (PUEG), ein Gesetz zur Reform der Pflege in Deutschland, ist am 1.7.2023 in Kraft getreten: Eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2022 wurde umgesetzt, nach der die Anzahl der Kinder bei der Beitragsberechnung der gesetzlichen Pflegeversicherung berücksichtigt werden muss. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegeversicherung“.

Berechnungsbeispiel

Herr Maier hat ein Kind und verdiente vor seiner Arbeitsunfähigkeit monatlich brutto 3.000 € und netto 1800 €. Die Abrechnung erfolgte monatlich.

Monatlich brutto 3.000 €

3.000 € : 30 für Kalendertag = 100 €
davon 70 % = 70 €

Monatlich netto 1.800 €

1.800 € : 30 für Kalendertag = 60 €
davon 90 % = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,125 %
(Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,45 €

Herr Maier erhält also 47,45 € Krankengeld täglich. Falls er das Krankengeld einen ganzen Monat lang bekommt sind es 47,45 € x 30, also 1.423,50 €, unabhängig wie viele Tage der Monat hat.

Krankengeld ist steuerfrei. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, da es bei der Berechnung des Steuersatzes berücksichtigt wird. Es unterliegt dem sog. Progressionsvorbehalt. Das heißt, es kann trotz Steuerfreiheit den Steuersatz erhöhen.

Praxistipp!

Wenn Sie **trotz Anspruch darauf** tatsächlich **keine** Entgeltfortzahlung bekommen, gewährt die Krankenkasse Ihnen bei Vorliegen der Voraussetzungen (siehe S. 54) das Krankengeld, da dieses nur bei **tatsächlichem** Bezug des Arbeitsentgelts ruht. Ihr Anspruch auf Entgeltfortzahlung geht dabei in Höhe des gezahlten Krankengelds auf die Krankenkasse über. Für Sie bedeutet das, dass Sie sich nur noch darum kümmern müssen, die Differenz zwischen dem Krankengeld und Ihrem vollen Lohn einzufordern.

Ruhen des Anspruchs

Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld meint, dass Betroffene zwar tatsächlich **kein** Krankengeld bekommen können, aber rein rechtlich trotzdem als Menschen mit Anspruch auf Krankengeld gelten. Das bedeutet, dass **kein Krankengeld** gezahlt wird, aber die Zeit **trotzdem auf die Bezugszeit des Krankengelds von höchstens 78 Wochen angerechnet wird**.

Krankengeld bekommen die meisten Menschen deshalb nicht 78 Wochen lang, sondern höchstens 72 Wochen lang. Denn in den ersten 6 Wochen besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung (= Lohnfortzahlung) vom Betrieb. Währenddessen ruht der Anspruch auf Krankengeld.

Der Anspruch auf Krankengeld ruht z.B.

- bei Erhalt von (mehr als einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt. Das gilt besonders während der Entgeltfortzahlung in den ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit.
- bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld oder vergleichbaren ausländischen Entgeltersatzleistungen.
- bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, auch wenn der Anspruch wegen einer Sperrzeit ruht.
- solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.
- während einer Freistellungsphase aufgrund einer Vereinbarung über flexible Arbeitszeiten, in der die arbeitnehmende Person dem Betrieb keine Arbeitsleistung schuldet.
- in den ersten 6 Wochen einer AU, wenn unselbständig Beschäftigte ohne Ansprüche aus dem Entgeltfortzahlungsgesetz nur aufgrund einer sog. Wahlerklärung eine Krankenversicherung mit Krankengeldanspruch haben. Das betrifft Beschäftigte, die immer nur für kurze Einsätze befristet beschäftigt sind, z.B. in den Bereichen Theater oder Film.

Ausschluss des Krankengelds

Wer Altersrente, volle Erwerbsminderungsrente, Ruhegehalt oder Vorruhestandsgeld bezieht, hat in der Regel keinen Anspruch auf Krankengeld.

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Reha-Maßnahmen

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

Praxistipps!

- Die Broschüre „Die Aufforderung der Krankenkasse zum Antrag auf Rehabilitation verstehen“ bietet weiterführende Informationen, insbesondere über die Konsequenzen der Aufforderung zu Reha-Maßnahmen für Betroffene. Die Broschüre wurde von der Deutschen Krebsgesellschaft herausgegeben, kostenloser Download unter www.krebsgesellschaft.de > *Deutsche Krebsgesellschaft* > *Wir über uns* > *Organisation* > *Sektion B/AGs/Einzelmitglieder* > *ASO-Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie*.
- Sind Sie unsicher, wie Sie bei einer Aufforderung zum Antrag auf Rehabilitation vorgehen sollen, lohnt sich eine Beratung, z.B. durch einen Sozialdienst eines Krankenhauses, einer Rehaklinik oder eines Sozialverbands.
- Einige Krankenkassen fordern Versicherte 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, können Sie darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist z.B. dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. Wichtig ist, dass Sie alle Mitwirkungspflichten erfüllen sowie Fristen einhalten.

Aussteuerung: Ende des Krankengelds nach Höchstbezugsdauer

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft, wird kein Krankengeld mehr gezahlt. Ist die versicherte Person noch immer arbeitsunfähig, endet zugleich ihre **Pflichtversicherung** in der gesetzlichen Krankenversicherung (sog. Aussteuerung).

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

→ Praxistipps!

- Wenn Sie nicht als freiwilliges Mitglied weiterversichert werden möchten, müssen Sie innerhalb der 2-Wochen-Frist Ihren Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklären und einen anderweitigen Anspruch auf nahtlose Absicherung im Krankheitsfall nachweisen, z.B. eine private Krankenversicherung.
- Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, dass eine volle **Erwerbsminderung** vorliegt, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen nach der Aussteuerung Anspruch auf Arbeitslosengeld haben:
 - Sie sind zwar für Ihre bisherige Tätigkeit arbeitsunfähig, aber können noch irgendeine andere Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausüben, mit der Sie die Arbeitslosigkeit beenden können.
 - Sie sind zwar **voll erwerbsgemindert** (unter 3 Stunden arbeitsfähig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt), aber von der Rentenversicherung wurde das (noch) nicht festgestellt. Diese Ausnahme von der Regel, dass voll Erwerbsgeminderte kein Arbeitslosengeld erhalten, wird Nahtlosigkeitsregelung genannt. Näheres zur Nahtlosigkeitsregelung auf S. 64.
- Beziehen Sie nach der Aussteuerung Arbeitslosengeld, können Sie Ihren ursprünglichen Krankenversicherungsschutz erhalten. Die Beiträge zur Krankenversicherung zahlt die Agentur für Arbeit.

? Wer hilft weiter?

Die zuständige Krankenkasse.

Verletztengeld

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

Voraussetzungen für die Zahlung von Verletztengeld

Bei Arbeitsunfähigkeit oder während einer Heilbehandlung wird Verletztengeld unter folgenden Voraussetzungen gezahlt:

- Arbeitsunfähigkeit infolge eines Arbeitsunfalls, 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 besteht Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Pflegeunterstützungsgeld (Pflegezeit), Arbeitslosengeld, Bürgergeld (früher: Arbeitslosengeld II, Hartz IV) oder Mutterschaftsgeld.

Verletztengeld wird außerdem unter bestimmten Voraussetzungen auch zur Überbrückung gezahlt:

- In der Zeit bis zum Beginn erforderlicher Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)
- Für die Zeit bis zum Beginn einer Maßnahme der Eignungsabklärung (früher Berufsfindung) und Arbeitserprobung
- Während einer Maßnahme der Eignungsabklärung und Arbeitserprobung

Die Voraussetzungen dafür sind:

- Aus von der versicherten Person nicht zu vertretenden Gründen kann die Maßnahme nicht direkt nach der Heilbehandlung erfolgen *und*
- unmittelbar zuvor wurde eine der oben genannten Geldleistungen bezogen *und*
- die versicherte Person kann zwischenzeitlich weder ihren bisherigen Beruf wieder aufnehmen, noch in eine andere zumutbare Tätigkeit vermittelt werden oder sie kann die Tätigkeit aus wichtigem Grund nicht ausüben.

Höhe des Verletztengelds

Das Verletztengeld beträgt bei Arbeitnehmern in der Regel

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

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

Das Verletztengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt.

Abgezogen werden davon 50 % der Beitragsanteile zur Renten- und Arbeitslosenversicherung. Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung werden vom Leistungsträger voll übernommen. Wenn Versicherte den Kinderlosenzuschlag zur Pflegeversicherung (0,35 %) entrichten müssen, zahlen sie diesen selbst.

Bei Unfällen oder Berufskrankheiten im Rahmen einer unfallversicherten Selbstständigkeit, unternehmerähnlichen Tätigkeit in Kapital- oder Personenhandelsgesellschaften oder Mitarbeit als Ehe- oder Lebenspartner berechnet sich das tägliche Verletztengeld aus dem Jahresgewinn/450.

Das Einkommen wird nur bis zu einer täglichen **Höchstgrenze** von mindestens 226,33/219,33 € (West/Ost) berücksichtigt. Diese wird aus dem sog. Höchstjahresarbeitsverdienst/360 berechnet. Der Höchstjahresarbeitsverdienst ist eine Rechengröße der Unfallversicherung und beträgt mind. 81.480/78.960 € (= 200 % der sog. Bezugsgröße West/Ost). Der jeweilige Unfallversicherungsträger kann in seiner Satzung einen höheren Höchstjahresarbeitsverdienst festlegen.

Bei mehreren Tätigkeiten gilt:

- Das Einkommen aus allen Tätigkeiten wird berücksichtigt, wenn sie alle wegen des Unfalls oder der Berufskrankheit nicht mehr ausgeübt werden können.
- Das Einkommen aus einer Tätigkeit, die noch ausgeübt werden kann, wird **nicht** auf das Verletztengeld angerechnet, aber es wird auch **nicht** bei der Berechnung der Höhe des Verletztengelds herangezogen.

Dauer des Verletztengelds

Die Zahlung des Verletztengelds beginnt

- mit dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit *oder*
- mit dem Tag des Beginns einer Heilbehandlungsmaßnahme, durch die eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann.

Die Zahlung des Verletztengelds endet

- mit dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit *oder*
- mit dem letzten Tag der Hinderung an einer ganztägigen Erwerbstätigkeit durch eine Heilbehandlungsmaßnahme *oder*
- bei Anspruch auf Übergangsgeld mit dem Tag vor Entstehen eines solchen Anspruchs (z.B. bei Beginn einer Maßnahme zur beruflichen Reha) *oder*
- wenn eine Heilbehandlung so weit abgeschlossen ist, dass eine zumutbare, zur Verfügung stehende Erwerbstätigkeit aufgenommen werden kann *oder*
- nach der **78. Woche** ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit (außer der Betroffene befindet sich in stationärer Behandlung z.B. im Krankenhaus, dann wird das Verletztengeld bis zum Abschluss der stationären Behandlung weitergezahlt) *oder*
- wenn Rente wegen voller Erwerbsminderung (S. 89), Renten wegen Alters, Ruhegehalt, Vorruhestandsgeld oder vergleichbare Renten und Ruhegehälter aus DDR-Zeiten bzw. aus dem Ausland ausgezahlt werden.

Bei Selbständigkeit, unternehmerähnlicher Tätigkeit in Kapital- oder Personenhandelsgesellschaften oder Mitarbeit als Ehe- oder Lebenspartner kann der jeweilige Unfallversicherungsträger die Zahlung des Verletztengelds auf 13 Wochen beschränken oder nach 13 Wochen das Verletztengeld vermindern.

Steuerfreiheit des Verletztengelds

Verletztengeld ist **steuerfrei**. Das gilt auch fürs Kinderpflege-Verletztengeld. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, denn es unterliegt dem sog. Progressionsvorbehalt. Das bedeutet, dass auf dieses Einkommen zwar keine Steuern gezahlt werden müssen, aber der Steuersatz für die Steuern aus dem sonstigen Einkommen kann sich dadurch erhöhen. Auskünfte erteilen die Unfallversicherungsträger.

Arbeitslosengeld trotz Krankheit

Für finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von Arbeitslosengeld (ALG) gelten bestimmte Regeln. Arbeitslose Personen haben Anspruch auf Leistungsfortzahlung von 6 Wochen (ähnlich wie Entgeltfortzahlung bei Arbeitnehmenden) und können danach Krankengeld von der Krankenkasse beziehen. Eine Sonderform des Arbeitslosengelds ist die sog. Nahtlosigkeitsregelung, die greift, wenn der Anspruch auf Krankengeld endet.

Definition von Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von ALG

Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von ALG liegt vor bei krankheitsbedingter Unfähigkeit, leichte Arbeiten in dem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sich die versicherte Person bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt hat, unabhängig von der Tätigkeit vor der Arbeitslosigkeit.

Trotz Krankheit und/oder Behinderung können sich viele Menschen „im Rahmen ihrer Möglichkeiten“ dem Arbeitsmarkt für leichte Tätigkeiten zur Verfügung stellen und sind daher während der Arbeitslosigkeit nicht arbeitsunfähig, obwohl sie aus gesundheitlichen Gründen viele Tätigkeiten nicht mehr ausführen können.

Meldung der Erkrankung bei der Agentur für Arbeit

Wer während des Bezugs von ALG erkrankt, muss die Erkrankung und die voraussichtliche Dauer sofort der Agentur für Arbeit mitteilen. Wenn die Erkrankung länger andauert, muss spätestens am dritten Tag ein ärztliches Attest vorgelegt werden.

Hinweis: Seit 1.1.2023 müssen Arbeitgebende die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) digital bei den Krankenkassen ihrer Beschäftigten abrufen. Dies gilt nicht bei Arbeitslosigkeit, d.h. arbeitslose Personen erhalten weiterhin die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auf Papier. Der Abruf für die eAU durch die Agentur für Arbeit ist ab 1.1.2024 geplant.

Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Arbeitslosengeld

- Wer während des Bezugs von Arbeitslosengeld krank wird, kann maximal 6 Wochen weiterhin Arbeitslosengeld beziehen. Dies gilt auch bei der notwendigen Betreuung eines kranken Kindes bis zu 30 Tage (Alleinerziehende 60 Tage) je Kind in einem Kalenderjahr.
- Wer länger arbeitsunfähig bleibt und gesetzlich versichert ist, muss nach 6 Wochen Krankengeld beantragen und bekommt während des Bezugs von Krankengeld **kein** Arbeitslosengeld. Ist der Bezug von Krankengeld bereits ausgeschöpft, greift ggf. die sog. Nahtlosigkeitsregelung, Näheres auf S. 64.

Höhe des Krankengelds

Bei Bezug von Arbeitslosengeld wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt. Wer vor der Arbeitsunfähigkeit Kurzarbeitergeld bekommen hat, bekommt Krankengeld, das nach dem Verdienst vor der Kurzarbeit berechnet wird.

Nahtlosigkeitsregelung

Eine besondere Form des Arbeitslosengelds ist die Nahtlosigkeitsregelung. Ist die Erwerbsfähigkeit nach längerer Krankheit eingeschränkt, kann eine Erwerbsminderungsrente beantragt werden. Dabei kann es sein, dass der Anspruch auf Krankengeld ausläuft (siehe Aussteuerung auf S. 59) und noch nicht über den Antrag entschieden wurde. Die Nahtlosigkeitsregelung soll Versicherte insbesondere finanziell absichern, während der Rentenversicherungsträger die Erwerbsfähigkeit prüft und über den Antrag entscheidet.

Dauer des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung

Das Arbeitslosengeld im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung wird gezahlt, bis eine **volle** Erwerbsminderung (siehe S. 89) von der Rentenversicherung rechtskräftig festgestellt wurde, längstens bis der Arbeitslosengeldanspruch endet, sofern noch Anspruch darauf besteht.

Wird eine **teilweise** Erwerbsminderung festgestellt, wird weiter Arbeitslosengeld gezahlt.

Höhe des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung

Relevant ist, was die arbeitslose Person zuletzt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit) tatsächlich verdient hat. Es kommt nicht darauf an, was die arbeitslose Person aufgrund der Minderung ihrer Leistungsfähigkeit verdienen könnte.

Wird für die Zeit des Arbeitslosengelds im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung rückwirkend Übergangsgeld gezahlt oder Rente gewährt, erhält die betroffene Person nur den evtl. überschießenden Betrag. War das Arbeitslosengeld höher, darf sie den überschießenden Betrag jedoch behalten.

Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Bürgergeld

Definition von Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von Bürgergeld

Beim Bezug von Bürgergeld im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende liegt Arbeitsunfähigkeit vor bei krankheitsbedingter Unfähigkeit, mindestens 3 Stunden täglich zu arbeiten oder an einer Eingliederungsmaßnahme teilzunehmen.

Weiterzahlung von Bürgergeld bei Arbeitsunfähigkeit

Das Bürgergeld wird bei Arbeitsunfähigkeit zeitlich unbegrenzt weitergezahlt, solange keine dauerhafte volle Erwerbsminderung festgestellt wurde. Näheres unter Bürgergeld auf S. 100.

Bezug von Krankengeld bei Bezug von Bürgergeld im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitssuchende

- Zu **niedriges Krankengeld** kann ggf. mit Bürgergeld **aufgestockt** werden.
- **Berufstätige Menschen**, die ihr niedriges Gehalt mit Bürgergeld **aufstocken** müssen, können ggf. einen Anspruch auf Krankengeld bei der Berufstätigkeit erwerben. Dieses Krankengeld können sie dann wiederum mit Bürgergeld aufstocken.
- Bei **Arbeitslosigkeit und Bezug von Bürgergeld** kann oft **kein** Krankengeld bezogen werden, weil die vom Jobcenter bezahlte Krankenversicherung **keinen** Krankengeldanspruch umfasst.

Wer hilft weiter?

- Die örtliche Agentur für Arbeit oder für Beziehende von Bürgergeld das Jobcenter.
- Informationen zum Bürgergeld erhalten Sie beim Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Telefon: 030 221 911 003, Mo-Do 8-17 Uhr und Fr 8-12 Uhr.

Rehabilitation und Teilhabe

Die Rehabilitation ist ein sehr großer und komplexer Bereich, für den alle Sozialversicherungsträger zuständig sein können. Sie dient verschiedenen Zielen: Wiederherstellung der Gesundheit, (Wieder-)Eingliederung ins Arbeitsleben, Verhinderung der Verschlechterung des Gesundheitszustands. Menschen mit Behinderungen sollen durch Reha- und Teilhabeleistungen zudem ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben führen können.

Grundsätzlich gilt: Reha vor Pflege und Reha vor Rente.

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

Überblick über Reha-Leistungen

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

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

Medizinische Reha-Leistungen (siehe S. 71)

Sie sollen

- Behinderungen und chronische Krankheiten verhindern oder heilen, ihre Auswirkungen ausgleichen oder verbessern oder eine Verschlimmerung verhüten.
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit verhindern, mindern oder beenden oder eine Verschlimmerung verhindern.
- den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen verhüten oder laufende Sozialleistungen mindern.

Zur medizinischen Rehabilitation zählen z. B. die Anschlussheilbehandlung (siehe S. 73) oder die stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 75).

Berufliche Reha-Leistungen (siehe S. 77)

Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.

Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (siehe S. 82)

Diese dienen dazu, das Ziel der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z. B. Übergangsgeld, Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.

Leistungen zur Teilhabe an Bildung (siehe S. 84)

Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können. Dazu zählen Hilfen zu Schulbildung, Berufsausbildung und Studium.

Leistungen zur sozialen Teilhabe (siehe S. 80)

Sie werden auch als "Soziale Reha" bezeichnet und sollen Menschen mit Behinderungen eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen oder erleichtern. Dazu zählen z. B. Leistungen für Wohnraum, zur Mobilität und Assistenzleistungen.

Kostenträger

Für die Finanzierung von Reha können zuständig sein:

Krankenkassen

Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.

Rentenversicherungsträger

Bei medizinischer Reha, Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha) sowie unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische und berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.

Unfallversicherungsträger

Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Reha.

Agenturen für Arbeit

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha) sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.

Eingliederungshilfe-Träger

Bei medizinischer Reha und bestimmten damit verbundenen ergänzenden Leistungen, Leistungen zur Beschäftigung, zur Teilhabe an Bildung und zur sozialen Teilhabe für Menschen mit Behinderungen, wenn kein Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind, nicht jedoch für unterhaltssichernde Leistungen.

Träger der Jugendhilfe (vertreten durch die Jugendämter)

Im Rahmen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen und hiervon Bedrohte bis zu einem Alter von 26 Jahren, wenn kein anderer Träger zuständig ist, keine unterhaltssichernden Leistungen, ergänzende Leistungen nur zum Teil und nur, wenn sie ausnahmsweise für medizinische Reha zuständig sind.

Unfallversicherungsträger

Bei einem Anspruch auf Leistungen der Sozialen Entschädigung für die gesamte Rehabilitation zuständig.

Sicherung des Lebensunterhalts

Während einer Reha-Maßnahme kann – abhängig vom für die Reha zuständigen Träger und den individuellen Voraussetzungen – Anspruch auf eine der folgenden Leistungen bestehen:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber
- Krankengeld von der Krankenkasse
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger
- Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger
- Versorgungskrankengeld vom Träger der sozialen Entschädigung
- Bürgergeld im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende vom Jobcenter
- Sozialhilfe vom Sozialamt:
 - Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
 - Hilfe zum Lebensunterhalt

Antragstellung

Reha-Leistungen müssen beantragt werden, wobei der Antrag nicht ungültig ist, wenn dieser beim falschen bzw. nicht zuständigen Träger eingeht. In diesem Fall erfolgt eine automatische Weiterleitung unter den Trägern. Grundsätzlich reicht ein einziger Reha-Antrag, auch wenn es um mehrere Leistungen verschiedener Träger geht. Es gibt dann einen sog. leistenden Reha-Träger, der die Kosten übernimmt bzw. alle notwendigen Leistungen koordiniert.

Teilhabeplanverfahren

Das Teilhabeplanverfahren wurde durch das Bundesteilhabegesetz eingeführt, damit es leichter ist, Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu bekommen. Oft ist es schwer, herauszufinden, welche Behörden zuständig sind und teils sind es mehrere gleichzeitig, z. B. die Agentur für Arbeit und der Träger der Eingliederungshilfe. Durch das Teilhabeplanverfahren müssen Menschen mit Behinderungen nicht mehrere Anträge stellen und können sich einfach an irgendeinen Träger wenden, ohne vorher die Zuständigkeit zu kennen.

Unabhängig davon, wie viele Träger die Kosten für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen tragen müssen, gilt:

- Es ist immer nur ein Reha-Träger, als sog. **leistender Reha-Träger**, zuständig.
- Menschen mit Behinderungen können sich an irgendeinen Träger wenden und müssen nicht wissen, ob dieser zuständig ist. Dieser ist dann **automatisch** der leistende Träger, außer er leitet den Antrag wegen Unzuständigkeit innerhalb von 2 Wochen weiter. Dann ist der zweite Träger, der den Antrag bekommt, leistender Träger.
- Der leistende Träger **muss** ein Teilhabeplanverfahren einleiten und durchführen, sobald
 - verschiedene Leistungen **mehrerer** Träger *oder*
 - mehrere Leistungen **eines** Trägers erforderlich sind.

Fristen für die Träger

Die Träger sind sich nicht immer einig, wer der „leistende Rehabilitationsträger“ ist.

Deshalb gibt es für die Klärung der Zuständigkeit gesetzliche Fristen, damit der Mensch mit (drohender) Behinderung nicht zu lange warten muss:

- Spätestens **2 Wochen** nach Antragseingang: Träger muss geklärt haben, ob er zuständig ist, sonst muss er leisten, auch wenn er nicht zuständig ist
- **Kein Gutachten zur Entscheidung nötig:** Entscheidung nach einer weiteren Woche,
Ausnahmen:
 - Bei Erklärung der Unzuständigkeit Weiterleitung an einen weiteren Reha-Träger, Entscheidung **innerhalb von 3 Wochen**, nachdem der Antrag beim 2. Träger eingegangen ist.
 - **Turbo-Klärung:** nochmalige Weiterleitung an einen 3. Reha-Träger, der auch bei Nichtzuständigkeit die beantragten Leistungen in der bereits zuvor begonnenen 3 Wochen-Frist erbringen muss und mit den zuständigen Trägern abrechnet.

- **Gutachten zur Ermittlung des Reha-Bedarfs nötig:**
 - Unverzügliche Beauftragung des Gutachtens vom leistenden Reha-Träger
 - Gutachten muss **2 Wochen nach Auftragserteilung** vorliegen
 - Entscheidung über den Antrag muss **2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens** getroffen sein

Der Mensch mit Behinderung oder dessen Vertretung muss bei jedem Schritt, der den Entscheidungsprozess verlängert, informiert werden, also z.B. bei einer Weiterleitung des Antrags.

Praxistipp!

In der Praxis werden diese Zeiten **nicht immer eingehalten**. Wenn Sie davon betroffen sind, haben Sie verschiedene Möglichkeiten:

- **Ein Gerichtsverfahren:**
 - Gerichtliches Eilverfahren mit dem Risiko, dass Sie die Kosten einer vorläufig gewährten Leistung später erstatten müssen
 - Gerichtliche Untätigkeitsklage, meistens aber erst, wenn über den Antrag länger als 6 Monate nicht entschieden wurde; ist der Träger der Jugendhilfe zuständig, reichen 3 Monate
 - Keine Gerichtskosten und kein Anwaltszwang für die ersten beiden Instanzen des Sozialgerichts
 - Ratsam: Hilfe einer Rechtsanwaltskanzlei mit sozialrechtlichem Schwerpunkt, zur Deckung der Anwaltskosten bei fehlender Rechtsschutzversicherung helfen finanziell Bedürftigen ggf. Beratungshilfe und Prozesskostenhilfe
- **Die sog. Selbstbeschaffung der Leistung mit nachträglicher Erstattung:**
Wenn Sie genug Geld haben, um die Leistung zunächst zu bezahlen, können Sie vorübergehend auf eigenes Risiko selbst Ihren Bedarf decken. Informieren Sie den Reha-Träger, bei dem Sie den Antrag gestellt haben **vorher darüber**.

Informieren Sie sich im Vorfeld gut, z.B. bei der unabhängigen Teilhabeberatung.

Ausführliche Informationen zur Selbstbeschaffung finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Selbstbeschaffung von Teilhabeleistungen“.

Wer hilft weiter?

- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) informiert ausführlich zum Reha-Prozess unter www.bar-frankfurt.de > Themen > Reha-Prozess.
- Die BAR bietet unter www.reha-fristenrechner.de einen Fristenrechner, mit dem alle wichtigen Fristen im Reha-Prozess berechnet werden können.
- Unter www.reha-zustaendigkeitsnavigator.de informiert die BAR darüber, welcher Reha-Träger für welche Reha- und Teilhabeleistungen voraussichtlich zuständig ist.

Medizinische Rehabilitation

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

Medizinische Rehabilitation dient dazu, Behinderung, Pflegebedürftigkeit, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Sozialleistungsbezug zu verhindern oder zu beseitigen, zu verringern, auszugleichen oder zumindest eine Verschlechterung zu verhindern.

Praxistipps!

- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur medizinischen Rehabilitation eine sog. Rehabilitations-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Rehabilitations-Richtlinie* heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“* kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.
- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein Widerspruch. Nähere Informationen unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“*.

Wartezeit zwischen zwei medizinischen Reha-Maßnahmen

Für Leistungen der Krankenversicherung oder des Rentenversicherungsträgers gilt: Zwischen 2 Reha-Maßnahmen muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen zur medizinischen Vorsorge (Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren). Ausnahmen gibt es z.B. wenn es medizinisch erforderlich ist und bei Minderjährigen.

Ambulante und stationäre medizinische Reha

Es gibt 2 Arten medizinischer Reha-Maßnahmen: Ambulante und Stationäre.

Ambulante Reha-Maßnahmen finden wohnortnah statt und ohne Übernachtung in einer Reha-Einrichtung:

- Wenn die Reha ganztägig stattfindet und lediglich zu Hause übernachtet wird, wird von teilstationärer Reha gesprochen. Sie ist eine Form der ambulanten Reha, bei der das Angebot so umfangreich ist wie bei einer vollstationären Reha.
- Ambulante Reha findet ansonsten meist im Umfang von 4–6 Stunden pro Tag in einer Reha-Einrichtung statt. Danach wird der normale Alltag weitergeführt.

Möglich ist auch die Versorgung zu Hause durch mobile Reha-Teams.

Stationäre Reha-Maßnahmen finden mit Übernachtung in der Reha-Einrichtung statt und werden umgangssprachlich oftmals als Kur bezeichnet.

Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen Ihnen nicht auf den Urlaub angerechnet werden.
- Unter bestimmten Voraussetzungen kann Ihnen während der Reha eine Haushaltshilfe gewährt werden, Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Haushaltshilfe“.
- Wenn Sie als Pflegeperson eines Angehörigen stationäre medizinische Rehabilitation benötigen und dabei auch eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist, kann die Reha-Klinik auch die Kurzzeitpflege übernehmen, wenn sie als Einrichtung die Voraussetzungen dafür erfüllt. Zudem können Sie als Pflegeperson seit 1.1.2019 auch eine stationäre Reha in Anspruch nehmen, wenn unter medizinischen Gesichtspunkten eine ambulante Reha ausreichend wäre.

Allgemeine Voraussetzungen

- Erforderlichkeit aus medizinischen Gründen
- Ärztliche Verordnung
- Vorherige Genehmigung durch den Kostenträger

Dauer

- Ambulant als Krankenversicherungsleistung in der Regel nicht länger als 20 Behandlungstage
- Stationär als Krankenkassenleistung oder Rentenversicherungsleistung in der Regel 3 Wochen, bei Kindern bis zum 14. Geburtstag 4–6 Wochen

Eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen möglich.

Zuzahlungen

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen bei medizinischen Reha-Maßnahmen als Krankenkassenleistung oder Rentenversicherungsleistung Zuzahlungen leisten:

- **Zuzahlung bei medizinischer Reha der Krankenkasse:**
 - 10 € pro Tag, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung
 - Als Anschlussheilbehandlung: 10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr

- **Zuzahlung für eine stationäre medizinische Reha-Maßnahme der Rentenversicherung:**
 - 10 € täglich für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres
 - Als Anschlussrehabilitation: 10 € für maximal 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres, Anrechnung von bereits im selben Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen für medizinische Reha-Maßnahmen an die Krankenkasse oder an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- Bei Leistungen zur Prävention
- Von Personen, die bei Antragstellung noch nicht 18 Jahre alt sind
- Bei Bezug von Übergangsgeld (wenn kein zusätzliches Erwerbseinkommen vorhanden ist)
- Von Personen, die weder Erwerbseinkommen noch Erwerbsersatzeinkommen (z. B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) beziehen
- Bei Bezug von Bürgergeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei beruflichen Reha-Leistungen
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen **unter 1.359 €** 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 Ehepartner oder Lebenspartner sie pflegt und deshalb keine Erwerbstätigkeit ausüben kann, *oder*
- deren Ehepartner oder Lebenspartner pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat.

Zur Höhe der Zuzahlungsbefreiung und zur Antragstellung können Sie sich unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Zuzahlungen Rentenversicherung“ informieren.

Anschlussrehabilitation – Anschlussheilbehandlung

Anschlussrehabilitation, auch Anschlussheilbehandlung genannt, abgekürzt AHB, ist eine **medizinische Reha**, die direkt oder mit nur kurzer Pause (in der Regel max. 14 Tage) an eine Krankenhausbehandlung anschließt und stationär oder ambulant erbracht werden kann. Zuständig für die Finanzierung können alle Kostenträger sein, die medizinische Rehabilitation leisten. Für AHB als Leistung gesetzlicher Krankenkassen oder der Rentenversicherungsträger gelten unter bestimmten Voraussetzungen günstigere, zeitlich begrenzte Regeln zur Zuzahlung.

Bei bestimmten Erkrankungen sind beschleunigte Verfahren für die Bewilligung von AHB möglich, sodass die Reha zeitnah beginnen kann.

Onkologische Nachsorgeleistung

Als onkologische Nachsorgeleistung gelten sog. Nach- und Festigungskuren bei Krebserkrankungen, sie zählen zur **medizinischen Reha** und müssen beantragt werden. Ziel ist es, die Behandlungserfolge zu sichern und seelische sowie körperliche Folgeerscheinungen der Behandlung abzumildern. Eine onkologische Nachsorgeleistung dauert meist 3 Wochen und findet in der Regel im ersten Jahr nach der Krebsbehandlung statt. Versicherte zahlen 10 € pro Tag zu.



Wer hilft weiter?

- Individuelle Auskünfte zur medizinischen Reha erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger.
- Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen können sich an die unabhängige Teilhabeberatung wenden, um Informationen über Leistungen und Zuständigkeiten sowie Unterstützung bei der Antragstellung zu erhalten. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.

Reha-Sport und Funktionstraining

Rehabilitationssport (kurz: Reha-Sport) und Funktionstraining sind **Sport- und Bewegungsangebote**, die **ärztlich verordnet** werden können. Reha-Sport trainiert den gesamten Körper und soll nach einer Erkrankung/Operation die frühere Belastbarkeit wiederherstellen. Funktionstraining stärkt durch bewegungstherapeutische Übungen insbesondere Muskeln und Gelenke. Die Maßnahmen dauern je nach Erkrankung und Kostenträger in der Regel 6 Monate bis 3 Jahre.

Bei einer **ärztlichen Feststellung**, dass Reha-Sport oder Funktionstraining aus **medizinischen Gründen** erforderlich ist, ist in der Regel die Krankenversicherung zuständig. Die Antragstellung erfolgt mit dem Vordruck „Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitationssport/Funktionstraining“.

Die Rentenversicherung übernimmt die Kosten, wenn während einer von ihr bezahlten **medizinischen oder beruflichen Reha** die Notwendigkeit für Reha-Sport oder Funktionstraining festgestellt wurde. Die Maßnahmen müssen dann innerhalb von 3 Monaten nach Reha-Ende begonnen werden.

Nähere Informationen zur Verordnung und Zuständigkeit unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Reha-Sport und Funktionstraining“.

Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung (sog. Hamburger Modell) gehört auch zur medizinischen Rehabilitation und soll arbeitsunfähige Arbeitnehmende insbesondere nach längerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranführen und so die Rückkehr an den Arbeitsplatz erleichtern.

Während der stufenweisen Wiedereingliederung ist die versicherte Person noch krankgeschrieben. Deshalb haben Beschäftigte in stufenweiser Wiedereingliederung nach dem Ende der 6-wöchigen Lohnfortzahlung (= Entgeltfortzahlung) keinen Anspruch auf Gehalt oder Lohn, sondern die Betriebe können lediglich freiwillig etwas zahlen. Anspruch besteht hingegen auf Lohnersatzleistungen wie z.B. Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger, Krankengeld von der Krankenkasse oder Arbeitslosengeld.

Voraussetzungen

- Die Arbeit, für die Arbeitsunfähigkeit besteht, ist sozialversicherungspflichtig.
- Es wurde ärztlich festgestellt, dass die bisherige Tätigkeit wenigstens teilweise wieder aufgenommen werden kann.
- Durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit kann die versicherte Person voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden.
- Es liegt vor und während der Maßnahme eine Arbeitsunfähigkeit (AU) vor.
- Beschäftigte werden am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt und sind ausreichend belastbar, d.h.: Sie können mindestens 2 Stunden am Tag arbeiten.
- Beschäftigte stimmen der Eingliederung freiwillig und schriftlich zu. Die Wiedereingliederung kann jederzeit abgebrochen werden.

Damit die stufenweise Wiedereingliederung stattfinden kann, müssen sowohl die versicherte Person als auch der Betrieb einem sog. **Wiedereingliederungsplan** zustimmen, der die genauen Bedingungen der Wiedereingliederung regelt.

Menschen mit Schwerbehinderung und ihnen gleichgestellte Beschäftigte haben im Gegensatz zu Beschäftigten ohne Schwerbehinderung unter Umständen einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur stufenweisen Wiedereingliederung, wenn ärztlich bescheinigt wurde, dass mit dem Eingliederungsplan eine betrieblich nutzbare Tätigkeit wiedererlangt werden kann.

Kein Anspruch auf Zustimmung des Betriebs besteht, wenn die stufenweise Wiedereingliederung nur eine therapeutische Erprobung ist, bei der unklar ist, ob das Arbeitsverhältnis in absehbarer Zeit fortgesetzt werden kann.

Betriebe müssen Beschäftigten, die länger als 6 Wochen krank waren, ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anbieten. Lehnt ein Betrieb eine stufenweise Wiedereingliederung im Rahmen dessen ab, wird es sehr schwer für den Betrieb, später eine gerichtsfeste krankheitsbedingte Kündigung auszusprechen. Schon deswegen werden viele Betriebe der stufenweisen Wiedereingliederung zustimmen, zumindest wenn sie um diese rechtlichen Zusammenhänge wissen.

Dauer

Die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand und kann jederzeit flexibel verkürzt oder verlängert werden. Es gibt keine gesetzliche Zeitbegrenzung, aber meist wird eine Dauer von 4–8 Wochen festgelegt. Eine Dauer von mehr als 6 Monaten ist unüblich.

Kostenträger und finanzielle Sicherung

- Innerhalb der ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit: Meist Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (auch Lohnfortzahlung genannt) vom Arbeitgeber (siehe S. 51)
- Im unmittelbaren Anschluss an eine medizinische Reha-Maßnahme: Übergangsgeld der Rentenversicherung
- Sonst meist Krankengeld der Krankenversicherung
- Nach Auslaufen des Krankengelds: ggf. Arbeitslosengeld der Agentur für Arbeit (siehe S. 63)
- Bei einer Reha wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit: Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger

Zusätzlich kommen im Zuge der Wiedereingliederung weitere Reha-Leistungen in Betracht, z.B. ergänzende Leistungen zur Reha (siehe S. 82) oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe S. 77). Zuständig ist dann der jeweilige Träger der Wiedereingliederung, nur bei Arbeitsassistenz ist immer das Integrationsamt zuständig.

Falls Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichten, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für Arbeitgeber.



Praxistipp!

Findet die stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollten Sie diese im Laufe der Reha beantragen. Die Sozialberatung der Reha-Klinik füllt hierzu, in Kooperation mit Ihnen und Ihrem Arzt, den Antrag aus und erstellt den Wiedereingliederungsplan.

Detaillierte Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung bietet die „Arbeitshilfe stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), die Sie kostenlos unter www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen downloaden können.

Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Agentur für Arbeit, Unfallversicherungsträger oder Rentenversicherungsträger, Sozialberatung der Reha-Klinik, behandelnder Arzt, Arbeitgeber.

Berufliche Reha – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
Berufliche Reha-Maßnahmen, auch „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) genannt, sollen Menschen mit Behinderungen oder drohenden Behinderungen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen bzw. ihre beruflichen Chancen verbessern, z. B: Maßnahmen zur Berufsvorbereitung, Ausbildung und Weiterbildung, Arbeitsassistenz, Förderung einer Existenzgründung oder Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen.

Zuständig können insbesondere die Bundesagentur für Arbeit, die Unfall-, die Rentenversicherung, die Träger der Kinder und Jugendhilfe oder der Träger der Eingliederungshilfe sein.

Es gibt mehrere Arten von beruflichen Reha-Leistungen, u. a.:

- Hilfen um einen Arbeitsplatz zu bekommen oder zu behalten, z. B. technische Hilfen, Finanzierung eines nötigen Umzugs oder Arbeitsassistenz
- Förderung einer Existenzgründung oder um weiter selbständig tätig sein zu können
- Berufsvorbereitung einschließlich einer behinderungsbedingten Grundausbildung, z. B. spezielle Kurse für gehörlose oder blinde Menschen zum Erlernen der Braille-Schrift und dem Umgang mit nötigen Hilfsmitteln bzw. der Gebärdensprache
- Berufliche Bildung, z. B. betriebliche Qualifizierung, Ausbildung, Weiterbildung
- Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder bei anderen Leistungsanbietern
- Übernahme weiterer Kosten im Zusammenhang mit Maßnahmen (z. B. Lehrgangsgebühren, Arbeitskleidung, Unterkunft und Verpflegung)
- Zuschüsse an Betriebe, die Menschen mit Behinderungen beschäftigen

Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes oder selbstständigen Tätigkeit

Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung, die schon einen Arbeitsplatz haben oder selbstständig tätig sind, haben Anspruch auf Hilfen, damit sie ihre Arbeit nicht wegen der Behinderung verlieren. Wenn es auch mit den Hilfen nicht möglich ist, die bisherige Berufstätigkeit fortzusetzen, kommen Hilfen beim Wechsel des Arbeitsplatzes im bisherigen oder in einen anderen Betrieb in Betracht.

Wer wegen der Behinderung noch nicht oder nicht mehr berufstätig ist, hat Anspruch auf Hilfen, um einen Arbeitsplatz zu bekommen oder für eine Existenzgründung, also um sich beruflich selbstständig zu machen.

Berufliche und schulische Bildung

Im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird berufliche Bildung in verschiedenen Bereichen gefördert:

- Betriebliche Qualifizierung im Rahmen unterstützter Beschäftigung
- Berufliche Anpassung z. B. Anpassung an neue Technik oder eine neue Tätigkeit im gleichen Beruf
- Weiterbildung, auch wenn dazu gehört, zunächst einen dafür notwendigen Schulabschluss zu machen
- Berufsausbildung inklusive des schulischen Teils, wenn dieser zeitlich nicht überwiegt

Ist die Unfallversicherung zuständig, so gehören auch

- Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung,
- die Schulvorbereitung *und*
- die Unterstützung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten vor Beginn der Schulpflicht

zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In diesem Rahmen ist die Unfallversicherung Träger von Leistungen zur Teilhabe an Bildung.

Sind andere Träger zuständig, so gehören die Leistungen für eine allgemeinbildende Schule und für die überwiegend schulische oder hochschulische Ausbildung oder schulische bzw. hochschulische Weiterbildung **nicht** zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sondern nur zu den Leistungen zur Teilhabe an Bildung (siehe S. 84).

Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und bei anderen Leistungsanbietern

In einer Werkstatt für behinderte Menschen gibt es ein Eingangsverfahren bei dem es darum geht, dass der Mensch mit Behinderung ausprobiert, ob die Werkstatt für ihn geeignet ist, welche Tätigkeiten für ihn geeignet sind und welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für ihn sinnvoll sind. Es dauert 4 Wochen bis 3 Monate.

Es gibt auch einen Berufsbildungsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen, der für 1 bis 2 Jahre finanziert wird.

Alternativ gibt es auch sog. andere Anbieter, das sind Angebote zur Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen, die einer Werkstatt für behinderte Menschen ähnlich sind, für die aber weniger strenge Regeln gelten.

Weitere Alternativen sind

- die sog. **unterstützte Beschäftigung**: Betriebliche Qualifizierung zu Beginn einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und danach bei Bedarf Berufsbegleitung zur Stabilisierung und Krisenintervention. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bietet dazu eine Broschüre zum Download unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A389“.
oder
- die Tätigkeit in einem **Inklusionsbetrieb**: Betriebe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit mindestens 30 % bis in der Regel höchstens 50 % Beschäftigten mit Schwerbehinderung, in denen Menschen mit und ohne Behinderungen zusammenarbeiten. Weitere Informationen und Adressen der Inklusionsbetriebe bietet das Projekt REHADAT unter www.rehadat-adressen.de > *Inklusionsbetriebe*.

Zuschüsse an Betriebe, die Menschen mit Behinderungen beschäftigen

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können auch an einen Betrieb geleistet werden, der einen Menschen mit Behinderung beschäftigt.

Die **Gewährung eines Zuschusses** kann von Auflagen und Bedingungen abhängig gemacht werden.

Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z. B. als:

- **Ausbildungszuschüsse**, wenn Bildungsleistungen vom Betrieb erbracht werden.
Zuschusshöhe: In der Regel bis zu 100 % der laut Ausbildungsvertrag für das letzte Ausbildungsjahr vereinbarten monatlichen Vergütung.
Dauer: Gesamte Dauer der Maßnahme.
- **Eingliederungszuschüsse**
Zuschusshöhe: Im Normalfall bis zu 50 %, wenn sonst die Beschäftigung des Menschen mit Behinderung nicht möglich ist bis zu 70 % (in der Regel mit einer jährlichen Kürzung von mindestens 10 %) des tariflichen bzw. ortsüblichen Bruttoarbeitsentgelts.

Dauer: in der Regel bis zu 1 Jahr, wenn sonst die Beschäftigung des Menschen mit Behinderung nicht möglich ist bis zu 2 Jahre, unter bestimmten Voraussetzungen für Menschen mit Schwerbehinderung und Gleichgestellte bis zu 5 Jahre bzw. bis zu 8 Jahre (ab dem 55. Geburtstag).

- **Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb**
- **Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung**
Sie soll die vollständige und dauerhafte berufliche Eingliederung verbessern oder überhaupt erst erreichen.
Zuschusshöhe: teilweise oder voll.
- **Umschulung, Aus- oder Weiterbildung im Betrieb**
- **Technische Veränderung des Arbeitsplatzes**

Mögliche Leistungsträger sind z. B. die Renten-, die Unfallversicherung, die Agentur für Arbeit, das Jugendamt oder die Eingliederungshilfe-Träger.

Erster Ansprechpartner ist oft das örtliche Integrationsamt oder Inklusionsamt oder der Integrationsfachdienst. Zudem können die Schwerbehindertenvertretung bzw. die Personalverwaltung beim Arbeitgeber weiterhelfen und die unabhängige Teilhabeberatung unter www.teilhabeberatung.de.

Leistungen zur sozialen Teilhabe

Leistungen zur sozialen Teilhabe (soziale Reha) von Menschen mit Behinderungen sollen gleichberechtigte Teilhabe in den Lebensbereichen ermöglichen, für die es keine anderen Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation gibt, z.B. beim Wohnen, beim Einkaufen, bei Behördengängen und in der Freizeit.

Die Leistungen zur sozialen Teilhabe umfassen unter anderem:

- Leistungen für Wohnraum, z.B. Hilfe bei Beschaffung, Umbau, Ausstattung und Erhalt von Wohnraum
- Assistenzleistungen, z.B. Elternassistenz, Unterstützung bei Haushaltsführung, Lebensplanung und Freizeitgestaltung
- Heilpädagogische Leistungen für noch nicht eingeschulte Kinder
- Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie, z.B. wenn die Betreuung eines Kindes oder Erwachsenen mit Behinderungen in einer anderen Familie nötig oder gewünscht wird
- Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, z.B. Schulung lebenspraktischer Handlungen, Blindenschriftlehrgänge
- Leistungen zur Förderung der Verständigung, z.B. Gebärdensprache dolmetschen
- Leistungen zur Mobilität, z.B. Beförderung durch einen Fahrdienst, Leistungen zur Beschaffung eines Autos oder zum Erwerb des Führerscheins
- Hilfsmittel, z.B. barrierefreie Computer

Welche Leistungen in welchem Umfang von welchem Träger konkret gewährt werden, ist **nicht gesetzlich geregelt**. Vielmehr wird das in jedem Einzelfall individuell bestimmt.

Zuständige Träger können sein:

- Unfallversicherungsträger: Wenn Behinderungen als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit entstanden sind
- Träger der Kinder- und Jugendhilfe: bei Kindern und Jugendlichen mit seelischen Behinderungen in der Regel bis zum 18. Lebensjahr, ggf. auch bei jungen Volljährigen
- Träger der sozialen Entschädigung, z.B. für Opfer bestimmter Straftaten oder bei Impfschäden
- Träger der Eingliederungshilfe: Nur, wenn kein anderer Träger zuständig ist; Leistungen der sozialen Teilhabe sind nachrangig gegenüber den anderen Leistungen der Eingliederungshilfe

Elternassistenz für Eltern mit Behinderungen

Eltern haben auch dann ein Recht darauf, mit ihren Kindern selbstbestimmt als Familie zusammenzuleben, wenn sie bei der Betreuung und Erziehung wegen Behinderungen Unterstützung brauchen. Die Verantwortung für ihr Kind übernehmen die Eltern dabei selbstbestimmt und lassen sich lediglich helfen, wo das nötig ist.

Die Elternassistenz soll dabei **nicht** die Betreuung und Erziehung übernehmen, sondern den Eltern mit Behinderungen dabei helfen, das Kind oder die Kinder selbst so zu betreuen und zu erziehen, wie sie es für richtig halten.

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!

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

Wer hilft weiter?

Der zuständige Kostenträger oder die unabhängige Teilhabeberatung unter www.teilhabeberatung.de.

Ergänzende Reha-Leistungen

Ergänzende Reha-Leistungen sind Nebenleistungen, wie z. B. die Übernahme von Reisekosten, Kinderbetreuungskosten oder Sozialversicherungsbeiträgen während einer medizinischen oder beruflichen Reha.

Die Träger der eigentlichen Reha, also der Hauptleistung, erbringen sie, damit die Reha überhaupt durchgeführt werden kann.

Folgende ergänzende Reha-Leistungen sind möglich:

- **Lohnersatzleistungen:**
 - Krankengeld bzw. Versorgungskrankengeld
 - Verletztengeld
 - Übergangsgeld
- **Leistungen zum Lebensunterhalt:**
 - Ausbildungsgeld
 - Unterhaltsbeihilfe
- **Beiträge bzw. Beitragszuschüsse zur Sozialversicherung:**
 - Krankenversicherung und Pflegeversicherung
(wenn nötig auch für eine freiwillige oder private Versicherung)
 - Unfallversicherung
 - Rentenversicherung
 - Arbeitslosenversicherung
- **Reha-Sport und Funktionstraining:**
 - Ärztlich verordneter, betreuter und überwachter Gruppen-Reha-Sport, einschließlich Übungen für Frauen und Mädchen mit (drohenden) Behinderungen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen
 - Ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung
- **Reisekosten:**
 - Fahrtkosten
 - Transportkosten
 - Unterkunft- und Verpflegungskosten
- **Hilfen zur Weiterführung eines Haushalts oder landwirtschaftlichen Betriebs:**
 - Betriebshilfe für landwirtschaftliche Betriebe
 - Haushaltshilfe
 - Kinderbetreuungskosten oder Übernahme der Kosten für die Mitnahme eines Kindes zur Reha

- **Schulungen:**
 - Patientenschulungen für chronisch Kranke
 - Schulungen für Angehörige, z. B. von Menschen, die auf Dialyse angewiesen sind
 - Eltern-Kind-Kurse, bei denen Eltern lernen krankengymnastische, beschäftigungs- oder sprachtherapeutische Übungen mit ihrem Kind zu machen
- **Sozialmedizinische Nachsorge:**
 - für Kinder bis zum 14. Geburtstag
 - nur in besonders schwerwiegenden Fällen für Jugendliche bis zum 18. Geburtstag
- **Kraftfahrzeughilfe**
- **Wohnungshilfe**
- **Kosten für Weiterbildung und berufliche Reha, z. B.:**
 - Prüfungsgebühren
 - Lernmittel wie z. B. Fachliteratur
 - Arbeitskleidung
- **Sonstige Leistungen**, die wegen der Art und Schwere einer Behinderung erforderlich sind, damit die Reha-Ziele erreicht werden können (darunter fallen nicht Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur sozialen Teilhabe), z. B.:
 - Langzeittraining bei Rheuma
 - Ambulante Suchtnachsorge zur Absicherung der Abstinenz (z. B. bei Alkohol- oder Drogenabhängigkeit)

Voraussetzungen

Die verschiedenen Leistungsträger haben unterschiedliche Voraussetzungen für die Übernahme der Kosten für ergänzende Leistungen zur Reha. Auch sind die Voraussetzungen je nach Art der Leistung unterschiedlich.

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



Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Träger oder unabhängig von der Zuständigkeit die unabhängige Teilhabeberatung, Beratung und Informationen unter www.teilhabeberatung.de > Beratung.

Teilhabe an Bildung

Wer wegen einer Behinderung Unterstützung braucht, um gleichberechtigt eine allgemeine oder berufliche Schule oder eine Hochschule besuchen zu können, hat ein Recht auf Leistungen zur Teilhabe an Bildung.

Die Leistungen sind **keine** Schul- oder Ausbildungsfinanzierung, sondern finanzieren z. B. Schulbegleitung, Assistenz beim Hochschulbesuch oder wegen der Behinderung nötige Hilfsmittel wie z. B. spezielle Computer oder Drucker.

Ziele der Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Leistungen zur Teilhabe an Bildung gibt es, damit Menschen mit Behinderung gleichberechtigt an Bildung – insbesondere in den folgenden Bereichen – teilhaben können:

- Schulvorbereitung
- Schule im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht
- Schulische Berufsausbildung
- Schulische Weiterbildung
- Hochschule
- Weiterbildung an einer Hochschule (z. B. Masterstudium)

Daneben sind auch Hilfen in anderen ähnlichen Bildungsbereichen möglich, denn die gesetzliche Regelung ist nicht abschließend formuliert.

Das Ziel für Menschen mit Behinderungen ist

- eine **ihren Fähigkeiten und Leistungen entsprechende** Schulbildung und schulische und hochschulische Aus- und Weiterbildung
- **für einen Beruf,**
- damit sie am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Umfang der Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Menschen mit Behinderungen haben einen **Rechtsanspruch** auf **alle notwendigen** Leistungen zur Teilhabe an Bildung. Es gibt **keinen** festen Leistungskatalog. Das heißt, es können **auch ungewöhnliche Hilfen** gewährt werden.

Typische Leistungen sind z. B. Schulbegleitung, Studienassistenz sowie heilpädagogische und sonstige Leistungen (z. B. Sprachförderung, Konzentrations-training), wenn sie den Schulbesuch ermöglichen oder erleichtern.

Die Hilfen gibt es nicht nur für den Unterricht, sondern auch für Pausen und Ganztagsangebote in Räumen der Schule, für die Teilnahme an Fernunterricht, für Pflichtpraktika, für die Vorbereitung auf die schulische oder hochschulische Ausbildung oder für die Weiterbildung für einen Beruf.

Hilfsmittel und Gegenstände werden zur Teilhabe an Bildung nur bewilligt, wenn die Person damit umgehen kann. Ggf. muss daher zuvor eine Schulung beantragt werden, auf die auch ein Rechtsanspruch besteht.

Antrag auf Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Die Leistungen können beim zuständigen Reha-Träger beantragt werden:

- Für Kinder und Jugendliche ist das bei körperlichen und geistigen Behinderungen und Mehrfachbehinderungen der Träger der Eingliederungshilfe.
- Für Kinder und Jugendliche sowie ggf. junge Erwachsene mit seelischen Behinderungen ist der Träger der Kinder- und Jugendhilfe zuständig, sodass die Leistungen beim Jugendamt beantragt werden können.
- Für Erwachsene ist es meist der Träger der Eingliederungshilfe. Zuständig kann auch der Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge oder die Unfallversicherung sein.

Es ist nicht schlimm, wenn der Antrag beim falschen Träger gestellt wird, weil jeder Reha-Träger den Antrag weiterleiten muss, wenn er sich für unzuständig hält. Tut er das nicht, muss er selbst leisten.



Praxistipps!

- Menschen mit Behinderungen haben ein Recht auf eine ihren Fähigkeiten und Leistungen entsprechende Schulbildung. Es ist eine besondere Aufgabe der Schulen, sie möglich zu machen. Neben speziellen Förderschulen wird das gemeinsame Lernen von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderungen (Integration bzw. Inklusion) ausgebaut. Oft sind staatliche Leistungen zur Teilhabe an Bildung nötig, damit es gelingt, dass eine Behinderung keine Bildungshürde darstellt. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Behinderung > Schule“.
- Eine berufliche Ausbildung bzw. ein Studium von Menschen mit Behinderungen kann auf verschiedenen Wegen gefördert bzw. ermöglicht werden. Vorbereitende Maßnahmen, spezielle Ausbildungen, Eingliederungshilfe während einer Ausbildung oder einem Studium und Nachteilsausgleiche sind Möglichkeiten. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Behinderung > Ausbildung und Studium“.

Persönliches Budget

Das Persönliche Budget ist meistens eine Geldleistung. Damit können Menschen mit Behinderungen ihre Reha- und Teilhabeleistungen und einige Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung selbst einkaufen – sie erhalten es also anstelle von Dienst- oder Sachleistungen. Manchmal werden auch Gutscheine ausgegeben. Auf das Persönliche Budget besteht ein Rechtsanspruch, es muss jedoch beantragt werden.

Das Persönliche Budget können Menschen mit Behinderungen beantragen, um ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben führen zu können. Sie können das Budget anstelle von Sach- oder Dienstleistungen zur Rehabilitation und Teilhabe wählen. Das Budget können auch Eltern für ihr Kind mit Behinderungen oder der Betreuer beantragen.

Beantragt werden können:

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, dazu zählen:

- Leistungen der medizinischen Reha, siehe S. 71
- Leistungen der beruflichen Reha, siehe S. 77
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung, siehe S. 84
- Leistungen zur Sozialen Reha, siehe S. 80

Folgende Leistungen, wenn diese alltäglich und regelmäßig wiederkehrend sind:

- Leistungen der Krankenkassen oder Pflegekassen
- Leistungen der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit
- Hilfe zur Pflege

Das Budget wird als Geldleistung oder selten auch in Form von Gutscheinen erbracht, Letzteres z. B. bei Pflegeleistungen. Vom Persönlichen Budget kauft der Betroffene selbst die Leistungen ein, die seinen persönlichen Hilfebedarf decken. Möglich sind sowohl Einmalzahlungen als auch monatlich wiederkehrende Geldleistungen. Laut Bundesministerium für Arbeit und Soziales werden überwiegend Budgetsummen zwischen 200 € und 800 € monatlich gewährt.

Das Persönliche Budget soll jedoch nicht höher sein als die Kosten der bisher bewilligten Leistungen. Nur in besonders begründeten Ausnahmefällen kann es höher ausfallen, z. B. wenn es übergangsweise für den Wechsel von stationären auf ambulante Betreuungsleistungen notwendig ist.

Antrag

Das Persönliche Budget muss beantragt werden. Stellen können den Antrag z. B.

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

Zur Antragstellung reicht es, sich an einen möglichen Kostenträger zu wenden. Dieser klärt dann seine Zuständigkeit, ggf. leitet er den Antrag weiter, wenn er sich als nicht zuständig betrachtet. Leitet er den Antrag nicht weiter, so ist er der sog. leistende Träger.

- 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**. Der leistende Träger zahlt dabei die Geldleistungen aller Kostenträger gesammelt an den Menschen mit Behinderung aus. Er ist für das Teilhabeplanverfahren zuständig und koordiniert die Leistungen. Dies soll eine zeitnahe Entscheidung über den Antrag und eine Leistungserbringung „wie aus einer Hand“ ermöglichen.

Leistungserbringung

Der leistende Kostenträger erbringt die Leistung jeweils am Anfang des Monats. Manche Leistungen können auch einmalig sein, z. B. für einen Rollstuhl. An das Persönliche Budget sind Menschen mit Behinderungen in der Regel 6 Monate lang gebunden. Die Bedarfsermittlung wird im Regelfall alle 2 Jahre wiederholt.



Praxistipps!

- Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bietet umfangreiche Informationen und Broschüren zum Persönlichen Budget unter www.bmas.de > *Soziales* > *Teilhabe und Inklusion* > *Rehabilitation und Teilhabe* > *Persönliches Budget*.
- Wer bei der Beantragung und Verwaltung des Persönlichen Budgets Unterstützung benötigt, kann Budgetassistenz in Anspruch nehmen und diese als Teil des Persönlichen Budgets finanziert bekommen.
- Über die Assistenzbörse des Verbunds behinderter Arbeitgeber/innen „VbA – Selbstbestimmt Leben e. V.“ können unter www.assistenzboerse.de persönliche Assistenten gesucht werden.
- Assistenzdienste gibt es zunehmend auch auf lokaler Ebene. Sie finden sie im Internet mit dem Suchbegriff „Assistenzdienst“.

Wer hilft weiter?

- Die unabhängige Teilhabeberatung unter www.teilhabeberatung.de.
- Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zum Thema Behinderung: 030 221911-006, Mo-Do von 8-20 Uhr.
- Beratungstelefon der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben – ISL e. V.: 030 235935190 (Kosten zum normalen Festnetz- oder Mobilfunktarif), weitere Informationen unter <http://isl-ev.de>.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

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

Erwerbsminderungsrente

Die Erwerbsminderungsrente (umgangssprachlich oft noch wie früher Erwerbsunfähigkeitsrente oder EU-Rente genannt) soll dabei helfen, den Lebensunterhalt zu sichern. Wer weniger als 3 Stunden täglich arbeiten kann, erhält die Rente wegen voller Erwerbsminderung. Wer mindestens 3 Stunden, aber nicht mehr als 6 Stunden, arbeiten kann, bekommt eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung.

Die Erwerbsminderungsrente muss beantragt werden.

Das Formularpaket für den Antrag kann telefonisch angefordert oder unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrente heruntergeladen werden. Die Rentenversicherung bietet Beratungstermine an, um ggf. offene Fragen zu beantworten und Hilfe bei der Antragstellung zu geben.

Besteht die Erwerbsminderung aufgrund eines Arbeitsunfalls, Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit ist die Unfallversicherung zuständig.

Voraussetzungen

Wenn die Regelaltersgrenze für die reguläre Rente noch nicht erreicht und die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist, prüft die Rentenversicherung, ob die Erwerbsfähigkeit durch eine berufliche oder medizinische Reha wiederhergestellt werden kann.

Sind bereits alle Reha-Maßnahmen ausgeschöpft oder geben keine Aussicht auf Besserung prüft die Rentenversicherung, ob die medizinischen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zum Erhalt einer teilweisen oder vollen Erwerbsminderungsrente erfüllt sind.

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 eine berufliche Tätigkeit von **weniger als 3 Stunden** täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wird anhand ärztlicher Unterlagen geprüft, ggf. wird ein weiteres Gutachten angefordert.

Arbeitsmarktrente

Außerdem kann auch eine sog. **Arbeitsmarktrente** gewährt werden:

Die Arbeitsmarktrente ist eine **Rente wegen voller Erwerbsminderung**, die wegen **verschlossenem Arbeitsmarkt** gewährt wird, obwohl ein Mensch über 3 und unter 6 Stunden in Teilzeit arbeiten könnte. Die Arbeitsmarktrente ist nicht direkt im Gesetz geregelt, sondern die Rechtsprechung der Sozialgerichte hat sie entwickelt.

Nach einer Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 1967 gilt der Arbeitsmarkt als praktisch verschlossen, wenn weder der Rentenversicherungsträger noch das zuständige Arbeitsamt innerhalb eines Jahres seit Stellung des Rentenanspruches einen für die betroffene Person in Betracht kommenden Arbeitsplatz anbieten kann.

Grundsätzlich ist die Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen, wenn ein Mensch mehr als 6 Stunden erwerbstätig sein, aber wegen seiner gesundheitlichen Einschränkungen keine Arbeit finden kann. Eine Erwerbsminderungsrente gibt es dann nicht.

Ausnahmsweise kann aber in bestimmten Fällen dennoch eine Rente gewährt werden:

- Bei **schweren spezifischen** Leistungseinschränkungen
- Bei einer **Summierung ungewöhnlicher** Leistungseinschränkungen
- Bei **mehreren zusammentreffenden**, auf den ersten Blick **gewöhnlichen** Leistungseinschränkungen, die sich insgesamt so **ungewöhnlich auswirken** wie ungewöhnliche Leistungseinschränkungen

Der Rentenversicherungsträger muss in diesen Fällen eine konkrete sog. Vergleichstätigkeit nennen, die noch ausgeführt werden kann, will er die Rente wegen Erwerbsminderung ablehnen. Vergleichstätigkeit kann **irgendeine denkbare Beispieltätigkeit** sein, die trotz der gesundheitlichen Einschränkungen noch möglich ist. Mit der Ausbildung oder den beruflichen Erfahrungen der versicherten Person braucht sie nichts zu tun haben.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer

- vor Eintritt der Erwerbsminderung mind. 5 Jahre in der Rentenversicherung versichert war (= allgemeine Wartezeit) *und*
- in den letzten 5 Jahren vor der Erwerbsminderung mind. 3 Jahre Pflichtbeiträge eingezahlt hat.

Die Deutsche Rentenversicherung informiert über Ausnahmeregelungen im Zusammenhang mit allgemeiner Wartezeit und Zahlung von Pflichtbeiträgen unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten.

Hier finden Sie auch Informationen, was genau als Wartezeit angerechnet werden kann, z. B. Zeiten der Kindererziehung, aus einem Minijob, während der Pflege eines Angehörigen oder aus einem Versorgungsausgleich bei Scheidung.

Erwerbsminderung für Menschen mit Behinderung

Voll erwerbsgemindert ist auch, wer

- in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen oder einer anderen beschützenden Einrichtung beschäftigt ist *und* wegen der Art und Schwere seiner Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein kann.
- die 5 Jahre allgemeine Wartezeit nicht erfüllt, aber 20 Jahre ununterbrochen voll erwerbsgemindert war (z. B. Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen, die seit Geburt bzw. Kindheit an einer Behinderung leiden).

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, auch wenn sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 6 und mehr Stunden arbeiten könnten.

Dauer

Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet und wird für **längstens 3 Jahre** gewährt. Bei Notwendigkeit der Weiterführung der Rente ist ein neuer bzw. ein **Verlängerungsantrag** nötig. Um eine lückenlose Zahlung der Erwerbsminderungsrente zu gewährleisten, sollte dieser mindestens 4 Monate vor Ablauf der Befristung gestellt werden.

Eine **zeitlich befristete** Erwerbsminderungsrente wird frühestens ab dem 7. Monat nach Eintritt der Erwerbsminderung gezahlt.

Unbefristet wird die Rente nur gewährt, wenn keine Verbesserung der Erwerbsminderung mehr absehbar ist, davon ist nach 9 Jahren auszugehen. Ist bereits bei Antragstellung eindeutig, dass es sich um eine unbefristete Erwerbsminderungsrente handelt, wird sie ab dem Monat nach dem Eintritt der Erwerbsminderung gezahlt. Der Rentenanspruch muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Erwerbsminderung eingereicht werden.

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

Höhe der Rente wegen Erwerbsminderung

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 aus der jährlichen Renteninformation entnommen werden, in der Regel sind dabei die Rentenabschläge berücksichtigt.

Neuregelung zur Erhöhung der Erwerbsminderungsrente

Auch wer in jungen Jahren eine Erwerbsminderungsrente braucht, soll eine ausreichend hohe Rente haben. Darum bekommen diese Menschen eine sog. Zurechnungszeit, d. h. sie werden so gestellt, als hätten sie länger gearbeitet.

- **Neuregelung zum 1.7.2014**

Die Zurechnungszeit wurde von 60 auf 62 Jahre angehoben. Dadurch werden Erwerbsgeminderte seit 2014 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zu diesem Alter weitergearbeitet, was die Erwerbsminderungsrente für alle erhöhte, die seitdem **erstmalig** einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt hatten, sog. Rentenanzugänge.

- **Neuregelung zum 1.1.2019**

Die Zurechnungszeit wurde in einem Schritt auf 65 Jahre und 8 Monate angehoben und steigt seitdem Jahr für Jahr um 1 Monat bis 2027 und 2 Monate bis 2031. Das erhöht die Erwerbsminderungsrente für alle, die seitdem **erstmalig** einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben. Dieser Prozess endet, wenn 2031 die reguläre Altersrente von 67 Jahren erreicht ist.

- **Neuregelung zum 1.7.2024**

Menschen, deren Erwerbsminderungsrente zwischen 1.1.2001 und 30.6.2014 begonnen hat, erhalten ab 1.7.2024 einen pauschalen Zuschlag von 7,5 % zur Rente. Hat der Bezug der Erwerbsminderungsrente zwischen 1.7.2014 und 31.12.2018 begonnen, beträgt der Zuschlag 4,5 %. Den Zuschlag gibt es sowohl für die Erwerbsminderungsrente als auch für die Altersrente, je nachdem welche Rente die Betroffenen ab dem 1.7.2024 beziehen.

Selbstständigkeit

Auch selbstständig Erwerbstätige können eine Erwerbsminderungsrente beanspruchen, wenn sie die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen erfüllen. Die weitere Ausübung der selbstständigen Erwerbstätigkeit auf Kosten der Gesundheit ist rentenunschädlich. Wenn das Einkommen aber die sog. Hinzuverdienstgrenzen überschreitet, wird es teilweise auf die Rente angerechnet und mindert den Rentenzahlbetrag.

Hinzuverdienst

Die volle Erwerbsminderungsrente wird ungekürzt ausgezahlt, wenn die jährliche Hinzuverdienstgrenze von 17.823,75 € (2023) nicht überschritten wird. Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40 % auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit muss dem Rentenversicherungsträger gemeldet werden. Zu beachten ist, dass eine Arbeit von 3 oder mehr Stunden täglich den Anspruch auf volle Erwerbsminderungsrente gefährdet.

Bei der teilweisen Erwerbsminderungsrente gibt es eine Hinzuverdienstgrenze von mindestens 35.647,50 €. Individuell kann die Hinzuverdienstgrenze aber auch höher liegen. Die individuelle Hinzuverdienstgrenze wird beim Rentenversicherungsträger oder z.B. bei einem Rentenberater berechnet.



Praxistipps!

- Wenn die Erwerbsminderungsrente nicht ausreicht, kann ergänzend Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 97) beantragt werden.
- Wenn Sie voll erwerbsgemindert sind und eine außergewöhnliche erhebliche Gehbehinderung (Merkzeichen G oder Merkzeichen aG) haben, können Sie ggf. einen Mehrbedarfszuschlag von 17 % des Regelsatzes der Sozialhilfe erhalten. Er wird Ihnen bei Bedarf im Rahmen der aufstockenden Grundsicherung bei Erwerbsminderung gewährt.
Wenn Ihre Rente wegen Erwerbsminderung so hoch ist, dass Sie eigentlich keine Grundsicherung mehr bekommen würden, kann es sein, dass sie allein durch diesen Zuschlag doch Anspruch auf Grundsicherung haben.
- Vor dem 1.1.2009 abgeschlossene Bausparbeträge von Menschen mit voller Erwerbsminderung und deren nicht dauernd getrennt lebenden Ehepartnern können unter Umständen vorzeitig ausgezahlt werden, ohne dass Prämienansprüche verfallen.
- Wer langjährig gearbeitet, Kinder erzogen und/oder Angehörige gepflegt hat, kann unter Umständen Anspruch auf einen Zuschlag zur eigenen Rente haben. Weitere Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Grundrente“.



Wer hilft weiter?

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

Verletztenrente

Verletztenrente gibt es von den Unfallversicherungsträgern (Berufsgenossenschaften) für Versicherte bei einer mindestens 20-%igen Erwerbsminderung für mindestens ein halbes Jahr auf Grund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit. Die Höhe richtet sich nach dem Gehalt vor dem Versicherungsfall und beträgt maximal zwei Drittel davon.

Voraussetzungen

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

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

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

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

Höhe

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

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

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

Wer hilft weiter?

Auskünfte erteilen die Unfallversicherungsträger.

Altersrente für Menschen mit Schwerbehinderung

Menschen mit Schwerbehinderung können Altersrente früher beziehen als Menschen ohne Behinderungen. Unter bestimmten Voraussetzungen wird vor dieser früheren Rente sogar noch eine vorgezogene Altersrente gezahlt, allerdings mit Abschlägen von bis zu 10,8 % für Menschen mit Schwerbehinderung.

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 wegfällt.

Abschlagsfreie Rente bei Schwerbehinderung

Anspruch auf abschlagsfreie Altersrente haben Menschen, die

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

Bei Jahrgängen bis 1951 lag die Rentenaltersgrenze bei 63 Jahren.

Eine detaillierte Übersicht über den möglichen Rentenbeginn der Jahrgänge 1952 bis 1963 gibt § 236a SGB VI. Nachzulesen beim Bundesamt für Justiz unter www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/_236a.html.

Rente bei Schwerbehinderung mit Abschlägen

Altersrente für Menschen mit Schwerbehinderung **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 1961 Geborenen beträgt die Grenze 61 Jahre und 6 Monate und bei 1960 Geborenen 61 Jahre und 4 Monate.

Die vorgezogene Altersrente für Menschen mit Schwerbehinderung 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 %

Hinzuverdienst

Wer Altersrente für Menschen mit Schwerbehinderung erhält, kann seit 1.1.2023 unbegrenzt hinzuverdienen.

Früher galt ein Hinzuverdienst von 6.300 €. Wegen der Corona-Pandemie galt jedoch 2021 und 2022 ein deutlich erhöhter Freibetrag von 46.060 €.



Praxistipps!

- Sie sollten Ihren Antrag ca. 3 Monate vor dem gewünschten Rentenbeginn stellen. Antragsformulare gibt es bei den Rentenversicherungsträgern und den Stadt- und Gemeindeverwaltungen.
- Wenn Sie die Rente später als 3 Monate nach Ablauf des Monats, in dem Sie die Rentenvoraussetzungen erfüllen, beantragen, beginnen die Zahlungen erst im Monat der Antragstellung.
- Der Rentenanspruch besteht auch weiter, wenn während des Bezugs der Rente die Schwerbehinderung wegfällt.
- Die Deutsche Rentenversicherung bietet unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Rentenbeginn-/Rentenhöhenrechner einen Rechner an, mit dem Sie den Rentenbeginn und die Rentenhöhe ermitteln können.



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 ist eine Leistung der Sozialhilfe. Sie sichert den Lebensunterhalt von Erwachsenen, die im Alter oder bei unbefristeter voller Erwerbsminderung zu wenig Einkommen und Vermögen haben, insbesondere, weil sie keine Rente bekommen, oder weil ihre Rente nicht reicht, um davon zu leben.

Voraussetzungen

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

- Erreichen der Altersgrenze der Regelaltersrente *oder* dauerhaft volle Erwerbsminderung ab dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage. Es ist nicht notwendig, dass bereits eine Erwerbsminderungsrente bezogen wird, die dauerhaft volle Erwerbsminderung kann auch von der Rentenversicherung im Auftrag des Sozialhilfeträgers festgestellt werden. Es muss unwahrscheinlich sein, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden kann.
Menschen mit Behinderungen gelten generell als voll erwerbsgemindert, solange sie das Eingangsverfahren oder den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) durchlaufen bzw. dort im Arbeitsbereich beschäftigt sind *und*
- es ist 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.

Unterhalt gehört zum Einkommen. Zahlen Unterhaltspflichtige **keinen** Unterhalt, kann trotzdem Grundsicherung bei Erwerbsminderung oder im Alter bezogen werden. Der Unterhalt muss **nicht** erst eingefordert werden. Unterhaltspflichtige Eltern/Kinder mit einem Einkommen oberhalb von 100.000 € und unterhaltspflichtige (geschiedene) Ehegatten müssen dann aber mit einem sog. Unterhaltsregress rechnen, was bedeutet, dass die Sozialhilfe von Ihnen in Höhe des zu leistenden Unterhalts zurückgefordert wird.

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

Umfang und Höhe

Die Grundsicherung berücksichtigt folgende Bedarfe:

- Regelbedarf (Pauschale für einen Großteil des Lebensunterhalts):

Regelsätze für	Höhe
z.B. volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende und im Haushalt ihrer Eltern lebende Volljährige, die Sozialhilfe beziehen	502 €
z.B. volljährige Partner in einer Bedarfsgemeinschaft oder Partner in einer gemeinsamen Wohnung, die Sozialhilfe beziehen	451 €
Volljährige in Einrichtungen (bei der Sozialhilfe) sowie Erwachsene unter 25 Jahre in einer Bedarfsgemeinschaft mit ihren Eltern jeweils	402 €
Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils	420 €
Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils	348 €
Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils	318 €

- Angemessene Kosten der Unterkunft und Heizung
- Kranken- und Pflegeversicherung
- Im Ermessen des Sozialamts ggf. auch Kosten einer angemessenen Altersvorsorge (z.B. Rentenversicherung)
- Mehrbedarfe z.B. für Menschen mit Behinderungen
- Einmalige Leistungen, z.B. für die Erstausrüstung einer Wohnung
- Beim Besuch einer allgemeinbildenden oder berufsbildenden Schule Bedarfe für Bildung
- Schulden in begründeten Einzelfällen (z.B. bei drohender Wohnungslosigkeit)

Von diesem Bedarf wird das eigene Einkommen und Vermögen (Näheres siehe www.betanet.de > Suchbegriff: „Sozialhilfe > Einkommen“ oder Suchbegriff: „Sozialhilfe > Vermögen“) abgezogen, die Differenz wird als Grundsicherung ausgezahlt. Sind Einkommen und Vermögen höher als der Bedarf, besteht **kein** Anspruch auf eine Grundsicherungsleistung.

Erhält ein Mensch mit Behinderung neben der Grundsicherung Leistungen der Eingliederungshilfe, gelten gesonderte Regelungen der Einkommens- und Vermögensanrechnung (siehe S. 104).

Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt (Bewilligungszeitraum). Wenn ein Weiterbewilligungsantrag gestellt wurde und die Voraussetzungen weiterhin vorliegen, wird die Grundsicherung in der Regel für einen Bewilligungszeitraum von weiteren 12 Monaten gewährt. Der Anspruch auf Grundsicherung ist **unbefristet**, das heißt: Er besteht, solange die Voraussetzungen vorliegen, unter Umständen von der Volljährigkeit bis zum Tod.

Die Grundsicherung wird rückwirkend zum 1. des Monats bewilligt, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen (z.B. Erreichen des Renteneintrittsalters) eingetreten sind und mitgeteilt wurden. Eine weitere Rückwirkung ist nur ausnahmsweise möglich.

Wer nach dem Bezug von Bürgergeld (früher: Arbeitslosengeld II, Hartz IV) wegen Erreichen der Regelaltersgrenze in die Grundsicherung im Alter wechselt, bekommt im Monat, in dem die Altersgrenze erreicht wird, noch Bürgergeld und erst im Folgemonat die Grundsicherung im Alter.

Unterhaltspflicht gegenüber volljährigen Kindern mit Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit

Hat ein Elternteil ein Jahresbruttoeinkommen von **mehr als 100.000 €**, leisten Eltern für die Grundsicherung ihrer volljährigen pflegebedürftigen Kinder oder Kinder mit Behinderungen einen pauschalen Unterhaltsbeitrag von maximal 32,37 € monatlich.



Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden auf Antrag vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten ggf. eine Telefongebührenermäßigung.
- Grundsicherungsempfänger, die sich länger als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, bekommen bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr keine Leistungen der Grundsicherung.
- Wenn Ihnen beim Übergang in die Rente das Geld zum Lebensunterhalt nicht reicht, weil die Rente erst am Monatsende gezahlt wird, können Sie ein Überbrückungsdarlehen beantragen.
- Der Antrag kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, in dessen Bereich der Antragsberechtigte seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort hat.
- Auch Rentenversicherungsträger beraten zum Thema Grundsicherung bei Erwerbsminderung, nehmen einen Rentenanspruch entgegen und senden diesen gemeinsam mit einer Mitteilung über die Höhe der monatlichen Rente an den zuständigen Träger der Sozialhilfe.

Bürgergeld

Wurde eine teilweise Erwerbsminderung festgestellt, aber keine oder eine zu niedrige Rente bewilligt, kann die Grundsicherung für Arbeitsuchende die Rente aufstocken oder ersetzen. Die Betroffenen bekommen sog. Leistungen nach dem SGB II, das heißt Hilfen zur Eingliederung in Arbeit und Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II, Hartz IV). Das gilt auch für Berufstätige, die trotz Arbeit und teilweiser Erwerbsminderungsrente ihren Lebensunterhalt nicht sichern können.

Bürgergeld können auch Menschen mit vorübergehender voller Erwerbsminderung beziehen, aber nur, wenn sie zu einer sog. Bedarfsgemeinschaft mit einer erwerbsfähigen Person gehören, die selbst keine volle Erwerbsminderung hat. Weitere Informationen zum Bürgergeld, z.B. zu Leistungen und Anrechnung von Einkommen, finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Bürgergeld“.

Hilfe zum Lebensunterhalt

Wer eine vorübergehende volle Erwerbsminderung hat und nicht zu einer Bedarfsgemeinschaft gehört, kann mit Hilfe zum Lebensunterhalt eine zu niedrige Rente aufstocken oder die fehlende Rente ersetzen.

Folgende Voraussetzungen müssen vorliegen:

- Keine Möglichkeit, von eigener Arbeit zu leben.
- Kein ausreichendes eigenes **Einkommen** und **Vermögen**.
- Keine ausreichende Hilfe durch Angehörige (z. B. Ehegatte oder Lebenspartner).
- Keine ausreichende Hilfe durch andere Sozialleistungen (insbesondere kein Anspruch auf Grundsicherung für Arbeitsuchende oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung).
- Keine andere Möglichkeit, den nötigen Lebensunterhalt zu bestreiten.

Der notwendige Lebensunterhalt wird über die sog. Regelsätze (siehe Tabelle, S. 98) abgegolten und umfasst z. B. Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens.

Darüber hinaus sieht die Hilfe zum Lebensunterhalt spezielle Leistungen vor, die nicht im Regelsatz enthalten sind, wie z. B. Leistungen für Miete und Heizung, Mehrbedarfzuschläge und Leistungen für Bildung und Teilhabe.



Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt das Sozialamt.

Eingliederungshilfe

Früher gehörte die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen zur Sozialhilfe. Seit 2020 steht sie auch Personen zu, die nicht finanziell bedürftig sind. Die neu geschaffenen Träger der Eingliederungshilfe bieten Menschen mit Behinderungen medizinische und berufliche Reha sowie Leistungen zur Teilhabe an Bildung und zur sozialen Teilhabe.

Eingliederungshilfe bekommt, wer die Leistung nicht von einem anderen Rehabilitationsträger erhalten kann. Sie soll Menschen mit Behinderungen ein gleichberechtigtes und selbstbestimmtes Leben ermöglichen.

Unter folgenden Voraussetzungen besteht ein Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe:

- Bedarf an einer Reha- und/oder Teilhabeleistung, für die kein anderer Sozialleistungsträger vorrangig zuständig ist
- Erreichbarkeit der Ziele der Eingliederungshilfe
- (drohende) wesentliche Behinderung

Im Rahmen des sog. Gesamtplans wird die Dauer der Leistung mit Hilfe medizinischer, pädagogischer und sonstiger Stellungnahmen von Personen ermittelt, die am Gesamtplan (siehe S. 103) beteiligt sind. Ein lebenslanger Anspruch auf Eingliederungshilfe ist möglich.

Ziele, Leistungen und Voraussetzungen

Menschen mit Behinderungen sollen durch die Eingliederungshilfe ihr Leben individuell und menschenwürdig führen können. Sie sollen voll, wirksam und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilhaben können und möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich leben und das eigene Leben planen können.

Eingliederungshilfe gibt es als Sach-, Geld- oder Dienstleistung. Erst ab einer bestimmten Einkommens- bzw. Vermögensgrenze müssen Leistungsberechtigte einen Kostenbeitrag leisten (siehe S. 104).

Zu den Leistungsgruppen der Eingliederungshilfe gehören:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (siehe S. 71)
- Leistungen zur Beschäftigung, z. B. in Werkstätten für behinderte Menschen
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung (siehe S. 84)
- Leistungen zur sozialen Teilhabe (siehe S. 80)

Unter folgenden Voraussetzungen besteht ein Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe:

- Bedarf an einer Reha- und/oder Teilhabeleistung, für die kein anderer Sozialleistungsträger vorrangig zuständig ist
- Erreichbarkeit der Ziele der Eingliederungshilfe
- (drohende) wesentliche Behinderung

Eingliederungshilfe gibt es, wenn kein anderer Träger **vorrangig** eine bestimmte Leistung finanzieren muss.

Für Kinder und Jugendliche, die **nur** wegen einer seelischen Behinderung Eingliederungshilfe benötigen, ist die Eingliederungshilfe eine Leistung der Jugendhilfe, die beim Jugendamt beantragt werden kann.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe und die Leistung der Pflege können gleichzeitig und nebeneinander gewährt werden. Sie sind im Verhältnis zueinander **nicht** vor- oder nachrangig, sondern **gleichrangig**.

Eingliederungshilfe gibt es nur, wenn die Ziele der Eingliederungshilfe erreichbar sind.

Typische Ablehnungsgründe sind deshalb:

- Keine Besserung der Krankheit möglich
- Fehlende Eignung für einen gewünschten Arbeitsplatz
- Gewünschter Schul-, Ausbildungs- oder Hochschulabschluss ist nicht erreichbar
- Auch mit Eingliederungshilfe ist Teilhabe an einer Aktivität unmöglich
- Fehlende Eignung, in einer eigenen Wohnung zu leben

Eine Ablehnung aus solchen Gründen kann demotivieren und ausgrenzend wirken oder entlasten und einer Überforderung vorbeugen.

Einen **Rechtsanspruch** auf Eingliederungshilfe haben Personen mit sog. **wesentlicher Behinderung**. Wesentlich ist eine Behinderung dann, wenn die **gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft wesentlich eingeschränkt** ist. In allen anderen Fällen (andere Behinderung) steht die Eingliederungshilfe im **Ermessen** des zuständigen Trägers der Eingliederungshilfe.

Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Rechtsanspruch und Ermessen“.

Umfang der Eingliederungshilfe

Welche Leistungen in welchem Umfang konkret gewährt werden, ist nicht gesetzlich geregelt.

Vielmehr wird das in jedem Einzelfall nach folgenden Kriterien bestimmt:

- Was **wünscht** sich der Mensch mit Behinderung?
- Was **braucht** der Mensch mit Behinderung?
- Wie sind die persönlichen Verhältnisse?
- Wo, wie und mit wem wohnt und lebt der Mensch mit Behinderung?
- Welche eigenen Kräfte und Mittel hat der Mensch mit Behinderung?

Dafür macht der Träger der Eingliederungshilfe einen sog. **Gesamtplan**.

Der **Bedarf** des Menschen mit Behinderung wird dabei festgestellt. Grundlage muss die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sein.

Das Projekt REHADAT des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln e. V. informiert unter www.rehadat-icf.de über die ICF.

Der Mensch mit Behinderung muss an der Gesamtplanung **von Anfang an beteiligt** werden.

Wenn es mehrere Möglichkeiten dafür gibt, wie der Bedarf gedeckt werden kann, gilt:

- **Angemessene** Wünsche des Menschen mit Behinderung dürfen nicht verwehrt werden.
- **Nicht** als angemessen gilt ein Wunsch normalerweise, wenn die Leistung **unverhältnismäßig teurer** ist als eine bedarfsdeckende ähnliche Leistung.
- **Aber:** Wenn statt der gewünschten Hilfen andere gewährt werden, muss das **zumutbar** sein. Wenn es nicht zumutbar ist, dass ein Mensch mit Behinderung anders lebt als gewünscht, dürfen die Kosten kein Argument für die Ablehnung der Leistungen sein.
- Besonders relevant ist der Wunsch nach einer bestimmten Wohnform (z. B. eigene Wohnung oder wohnen mit der eigenen Familie statt in einem Heim oder einer Wohngruppe).

Kostenbeitrag

Um Leistungen der Eingliederungshilfe, z. B. einen Fahrdienst oder Assistenzleistungen zu erhalten, muss in vielen Fällen ab einem bestimmten Einkommen ein finanzieller Beitrag geleistet werden. Die Freibeträge beim Einkommen und Vermögen sind heute deutlich höher als früher und Angehörige werden viel seltener für die Kosten herangezogen.

Berechnung des Einkommens

Durch das Bundesteilhabegesetz (siehe S. 5) wurde die Eingliederungshilfe zum 1.1.2020 aus der Sozialhilfe herausgelöst und in das SGB IX als neuer Teil 2 (§§ 90–150) integriert. Seither gelten dafür auch nicht mehr die engen Einkommens- und Vermögensgrenzen der Sozialhilfe.

Auch bei durchschnittlichem oder überdurchschnittlichem Einkommen haben Menschen mit Behinderung heute grundsätzlich Anspruch auf staatlich finanzierte Eingliederungshilfe. Es soll sich nämlich für die Leistungsberechtigten trotz des Eingliederungshilfebedarfs lohnen, durch Arbeit ein eigenes Einkommen zu erwirtschaften. Ist das Einkommen eines Leistungsberechtigten allerdings höher als die Einkommensgrenze des SGB IX, muss er einen finanziellen Beitrag leisten. Das Partnereinkommen **wird nicht** berücksichtigt.

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

Berücksichtigt werden dabei normalerweise die Einkünfte des jeweils vorletzten Jahres. Nur bei erheblichen Abweichungen werden stattdessen die voraussichtlichen Jahreseinkünfte des laufenden Jahres ermittelt und zugrunde gelegt. Für Betroffene macht das die Antragstellung oft viel leichter als früher: Die Vorlage des letzten vorhandenen Steuerbescheids reicht für die Einkommensprüfung vielfach aus, wo früher umfangreiche Formulare ausgefüllt und zahlreiche Belege vorgelegt werden mussten.

Ein Beitrag ist ab folgendem Jahreseinkommen (gemeint sind die Einnahmen abzüglich der Werbungskosten bzw. bei Selbstständigkeit der Gewinn) zu leisten:

Das Einkommen stammt überwiegend aus einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit.	34.629 € (= 85 %*)
Das Einkommen stammt überwiegend aus einer nicht sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung (z. B. Beamtengehalt) oder anderen nicht ausdrücklich genannten Einkünften.	30.555 € (= 75 %*)
Das Einkommen stammt überwiegend aus Renteneinkünften.	24.444 € (= 60 %*)

Diese Beträge erhöhen sich um:

- 6.111 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße) für den nicht getrennt lebenden Ehe- und Lebenspartner oder Partner einer eheähnlichen bzw. lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft
- 4.074 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße) für jedes unterhaltsberechtigten Kind im Haushalt

Hat der (Ehe-)Partner ein Einkommen, das höher ist als das oben genannte Einkommen, entfällt der Erhöhungsbeitrag. Für jedes unterhaltspflichtige Kind gibt es dann nur eine Erhöhung um 2.037 € (= 5 % der jährlichen Bezugsgröße).

Für das Jahr 2023 liegt die hier relevante Bezugsgröße für ganz Deutschland einheitlich bei 40.740 €.

Berechnung des Einkommens für Eltern minderjähriger Leistungsberechtigter im Haushalt

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

Das Einkommen stammt überwiegend aus einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit.	65.184 € (= 160 %*)
Das Einkommen stammt überwiegend aus einer nicht sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung (z. B. Beamtengehalt) oder anderen nicht ausdrücklich genannten Einkünften.	61.110 € (= 150 %*)
Das Einkommen stammt überwiegend aus Renteneinkünften.	54.999 € (= 135 %*)

In diesem Fall gibt es keine Erhöhungsbeträge.

* der jährlichen Bezugsgröße

Höhe des Beitrags

Die Höhe des Beitrags wird aus der Differenz zwischen dem Einkommen des Leistungsberechtigten und der jeweiligen Freigrenze (siehe „Berechnung des Einkommens“, S. 104) berechnet.

Der monatliche Beitrag beträgt 2 % dieser Differenz. Pro Jahr müssen also insgesamt höchstens 24 % des Jahreseinkommens über der Freigrenze für die Eingliederungshilfe ausgegeben werden.

Berechnungsbeispiel

Verheirateter erwerbstätiger Leistungsberechtigter mit 2 Kindern

Jahreseinkommen	57.000 €
minus Freibetrag bei sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung	- 34.629 €
minus Freibetrag für Ehepartnerin	- 6.111 €
minus Freibetrag für 2 Kinder (2x 4.074 €)	- 8.148 €
Differenz zwischen Einkommen und Freibeträgen	= 8.112 €
davon 2 %	= 162 €

Der monatliche Beitrag wird auf volle 10 € abgerundet, sodass der Leistungsberechtigte in diesem Fallbeispiel einen **monatlichen Beitrag von 160 €** zu leisten hat.

Der Beitrag wird direkt an den Leistungserbringer gezahlt.

Für weitere Eingliederungshilfe-Leistungen im gleichen Zeitraum oder für Leistungen an Kinder im gleichen Haushalt, ist kein weiterer Beitrag zu zahlen.

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

Beitragsfreie Maßnahmen

Per Gesetz muss kein Beitrag für folgende Maßnahmen bezahlt werden:

- Heilpädagogische Leistungen zur sozialen Teilhabe nach § 113 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX
- Leistungen zur medizinischen Reha nach § 109 SGB IX
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 111 Abs. 1 SGB IX (z. B. in einer Werkstatt für behinderte Menschen)
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 112 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX

- Leistungen zur schulischen oder hochschulischen Ausbildung oder Weiterbildung für einen Beruf nach § 112 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX, wenn diese in besonderen Ausbildungsstätten über Tag und Nacht für Menschen mit Behinderungen geleistet werden
- Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten nach § 113 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX, wenn diese der Vorbereitung auf Leistungen zur Beschäftigung nach § 111 Abs. 1 SGB IX dienen
- Leistungen zur Sozialen Teilhabe nach § 113 Abs. 1 SGB IX für noch nicht eingeschulte Kinder
- Leistungen der Eingliederungshilfe und gleichzeitiger Bezug von Leistungen zum Lebensunterhalt nach SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende und Bürgergeld) oder SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und Hilfe zum Lebensunterhalt) oder nach § 27a Bundesversorgungsgesetz

Einsatz von Vermögen

Der Vermögensbegriff ist derselbe wie in der Sozialhilfe. Das nach dem Sozialhilferecht nicht geschützte Vermögen muss grundsätzlich erst aufgebraucht sein, ehe der Staat die Eingliederungshilfe finanziert.

Näheres siehe www.betanet.de > Suchbegriff: „Sozialhilfe > Vermögen“.

Das gilt aber **nicht** für das sog. **Schonvermögen**. Es liegt bei der Eingliederungshilfe **deutlich höher** als bei der Sozialhilfe, nämlich im Jahr **2023** bei **61.110 €** (150 % der jährlichen Bezugsgröße). Das Schonvermögen gilt nicht nur für Geldbeträge, sondern auch für alle anderen Geldwerte. Dabei wird betrachtet, wie hoch die Geldeinnahmen wären, wenn bewegliche Sachen und Immobilien verwertet würden.

Soweit der sofortige Verbrauch oder die sofortige Verwertung des einzusetzenden Vermögens nicht möglich ist oder in Härtefällen, soll die beantragte Leistung der Eingliederungshilfe als Darlehen geleistet werden.

Das Vermögen des (Ehe-)Partners wird nicht berücksichtigt.

Für die **beitragsfreien Maßnahmen** (siehe S. 106) muss **kein Vermögen** eingesetzt werden.

Gleichzeitiger Bezug von Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege

Erhält ein Mensch mit Behinderung Eingliederungshilfe und zusätzlich Hilfe zur Pflege, gilt das sog. **Lebenslagenmodell**:

- Wurden Leistungen der Eingliederungshilfe bereits **vor der Regelaltersrente** gewährt, gelten die Regelungen zum Einsatz von Einkommen und Vermögen der Eingliederungshilfe auch für die Hilfe zur Pflege.
- Werden Leistungen der Eingliederungshilfe erst **nach Erreichen der Regelaltersgrenze** benötigt, gelten für die Hilfe zur Pflege die Regelungen zum Einsatz von Einkommen und Vermögen der Hilfe zur Pflege vom Sozialamt.

Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Eingliederungshilfe > Abgrenzung zur Pflege“.



Praxistipps!

- Sind Leistungsberechtigte minderjährig und der Erfolg der Eingliederungshilfe-Maßnahme gefährdet, weil z. B. ein Elternteil den Beitrag nicht oder nur teilweise bezahlt, kann die Leistung dennoch in vollem Umfang geleistet werden. Der Träger der Eingliederungshilfe hat dann einen Kostenersatz-Anspruch gegen den Elternteil.
- Sollte der Beitrag durch das neue Recht seit 2020 höher sein als der bisher bezahlte Beitrag, muss weiterhin nur der niedrigere Beitrag geleistet werden.

Träger der Eingliederungshilfe

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

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

Hauptaufgabe der Träger der Eingliederungshilfe ist die Finanzierung von Leistungen der Eingliederungshilfe. Daneben beraten sie auch zu den Leistungen und unterstützen Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen.

Die **Beratung** umfasst z. B. die persönliche Situation, den Bedarf und die eigenen Kräfte und Mittel. Es wird aufgezeigt, welche Eingliederungshilfe-Leistungen es gibt und ob den Leistungsberechtigten evtl. auch Leistungen von anderen Leistungsträgern zustehen.

Die **Unterstützung** umfasst z. B. Hilfe bei der Antragstellung, bei der Erfüllung der Mitwirkungspflichten und der Entscheidung über Leistungserbringer.

Als Kostenträger sind die Träger der Eingliederungshilfe bei der Beratung und Unterstützung in einem **Interessenskonflikt**. Sie stehen nicht ausschließlich auf Seite der Menschen, die unterstützt und beraten werden sollen, sondern müssen auch die insbesondere finanziellen Interessen des Trägers vertreten.

Praxistipp!

Wenn Sie **unabhängige Beratung und Unterstützung** zur Eingliederungshilfe wünschen, können Sie sich an eine Stelle wenden, die unabhängige Teilhabeberatung anbietet. Diese Stellen sind vollständig unabhängig von den Kostenträgern. Adressen finden Sie unter www.teilhabeberatung.de > *Beratung*.

Wer hilft weiter?

- Individuelle Auskünfte erteilt der Träger der Eingliederungshilfe.
- Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales berät unter 030 221911-006 rund um das Thema Behinderung, Mo-Do von 8-17 Uhr und Fr von 8-12 Uhr.
- Rechtsanwaltskanzleien mit sozialrechtlichem Schwerpunkt helfen weiter, wenn Leistungen der Eingliederungshilfe abgelehnt oder nicht wie gewünscht gewährt werden. Näheres unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Beratungshilfe“ und „Prozesskostenhilfe und Verfahrenskostenhilfe“*.

Pflege

Eine Behinderung kann zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Pflegebedürftigkeit führen. Pflegebedürftig ist, wer Hilfe braucht, weil seine Fähigkeiten und Selbstständigkeit infolge gesundheitlicher Probleme beeinträchtigt sind. Wer Leistungen der Pflegekasse in Anspruch nehmen will, muss einen Antrag bei der Pflegekasse stellen.

Hinweis: Das Pflegeunterstützungs- und entlastungsgesetz (PUEG) ist ein Gesetz zur Reform der Pflege in Deutschland. Der 1. Reformschritt, die Änderung der Beitragsberechnung der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist am 1.7.2023 in Kraft getreten. Ab 1.1.2024 werden weitere Änderungen in Kraft treten. Näheres zu den Regelungen des neuen PUEG unter: www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegeversicherung“.

Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit muss von der Pflegekasse festgestellt werden. Dies ist die Hauptvoraussetzung, um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten. Für den Bezug von Leistungen ist eine bestimmte Vorversicherungszeit notwendig.

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.

Die vorhandenen Fähigkeiten der Selbstständigkeit werden begutachtet, woraufhin eine Einstufung in einen von **5 Pflegegraden** erfolgt.

Für eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit unter 6 Monaten kommt unter Umständen die gesetzliche Krankenversicherung auf.

Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Häusliche Krankenpflege“.

Vorversicherungszeit

Leistungen der Pflegeversicherung erhält, wer nachweisen kann, dass er **innerhalb der letzten 10 Jahre** vor Antragstellung **mindestens 2 Jahre** in der Pflegeversicherung versichert gewesen ist und bei dem eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Pflegeberatung

Die Pflegekasse muss bei erstmaligem Pflegeantrag einer versicherten Person eine kostenlose Beratung durch eine Pflegeberatung der Pflegekasse selbst oder einen Pflegestützpunkt anbieten.

Pflegestützpunkte sind zentrale Anlaufstellen für gesetzlich versicherte Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei Fragen, Planung und Hilfestellungen rund um das Thema Pflege. Sie koordinieren und vermitteln Hilfeleistungen und örtliche Angebote.

Pflegeantrag und Pflegebegutachtung

Pflegeleistungen werden von der betroffenen Person, ggf. mit Hilfe der Angehörigen oder Bevollmächtigten, bei der **Pflegekasse** beantragt.

Die Pflegekasse gibt beim **Medizinischen Dienst (MD)** oder bei einer anderen berechtigten unabhängigen Person ein Gutachten mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit in Auftrag. Bei privat Versicherten wird die Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst der Privaten Krankenversicherung – MEDICPROOF – festgestellt.

Beim **Begutachtungstermin** erfasst der MD die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten und hält diese im **Gutachten** fest.

Näheres zur Pflegebegutachtung unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegeantrag und Pflegebegutachtung“.

Ermittlung des Pflegegrads

Bei der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit durch Feststellung der Fähigkeiten in 6 verschiedenen Lebensbereichen (sog. Modulen) ermittelt. Dabei werden verschiedene Kriterien mit Punktwerten versehen, die je nach Modul unterschiedlich gewichtet werden. Die Gesamtbewertung ergibt die Einstufung in einen von 5 Pflegegraden.

Der Ratgeber „Pflege-Check – Vorbereitung auf den Begutachtungstermin“ unterstützt Angehörige dabei, den Pflegebedarf der pflegebedürftigen Person selbst zu ermitteln und zu berechnen, welchen Pflegegrad diese voraussichtlich erhält. Der Pflege-Check kann unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.



Praxistipps!

- Zwischen Antragstellung und Genehmigung können mehrere Wochen vergehen. Falls in dieser Zeit bereits ein Pflegedienst notwendig ist, muss dieser zunächst selbst bezahlt werden. Wird der Antrag genehmigt, übernimmt die Pflegekasse die Kosten in der Regel rückwirkend ab dem Datum der Antragstellung und bis zur Höhe der genehmigten Leistungen. Deshalb ist es wichtig, alle **Belege aufzubewahren**.

- Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad durch die Pflegekasse sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim Medizinischen Dienst Bund der Krankenkassen (MD-Bund) unter www.md-bund.de > *Richtlinien/ Publikationen* > *Grundlagen der Begutachtung/Richtlinien* > *Pflegebedürftigkeit* heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.
- Eine umfassende Tabelle zu den Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad können Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Pflegeleistungen“* herunterladen.

Leistungen bei häuslicher Pflege

Zur häuslichen Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die eine pflegebedürftige Person zu Hause erhält. Ergänzend können bei häuslicher Pflege auch teilstationäre Angebote in Anspruch genommen werden.

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

Pflegegeld

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 zur eigenen Verfügung von der Pflegekasse, um deren häusliche Pflege selbst sicherzustellen. Diese erfolgt oftmals durch Angehörige, Freunde oder auch Nachbarn. Das Pflegegeld kann als Anerkennung für pflegerische Tätigkeiten und Unterstützung im Haushalt an die jeweilige Pflegeperson weitergereicht werden. Die Höhe des Pflegegelds beträgt je nach Pflegegrad zwischen **316 und 901 € monatlich**, es muss beantragt werden und ist steuerfrei. Ab 1.1.2024 erhöht sich das Pflegegeld um 5 %.

Pflegesachleistung

Pflegesachleistungen sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung, die von ambulanten Pflege- und/oder Betreuungsdiensten in der häuslichen Umgebung erbracht werden. Der Pflege-/Betreuungsdienst rechnet monatlich direkt mit der Pflegekasse ab und erhält je nach Pflegegrad **125 bis 2.095 € monatlich**. Ab 1.1.2024 erhöht sich die Pflegesachleistung um 5 %.

Kombinationsleistung

Die Kombinationsleistung kombiniert Pflegesachleistung mit Pflegegeld. Dies bedeutet, dass eine pflegebedürftige Person zum Teil von einer nicht professionellen Pflegeperson (z.B. Angehörige) und zum Teil von einer professionellen Pflegekraft (z.B. ambulanter Pflegedienst) gepflegt wird. Die Pflegeversicherung erstattet dann zuerst den Aufwand der Fachkraft und zahlt für die "restliche" Pflege anteilig Pflegegeld an die pflegebedürftige Person.

Bis auf wenige Ausnahmen ist die pflegebedürftige Person an die prozentuale Aufteilung von Geld- und Sachleistung für die Dauer von 6 Monaten gebunden. Der Antrag auf Kombinationsleistung kann beim Erstantrag auf Pflegeleistungen oder mithilfe eines Änderungsantrags bei der Pflegekasse gestellt werden.

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 Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 haben und die Pflegeperson vor der erstmaligen Verhinderung die pflegebedürftige Person mindestens 6 Monate gepflegt hat. Pro Jahr erstattet die Pflegekasse maximal **1.612 €**. Der Leistungsbetrag kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Während einer Ersatzpflege wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds fortbezahlt. Bei Verhinderung der Pflegeperson ist **auch** Kurzzeitpflege möglich.

Pflegekurse

Um pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegekräfte zu unterstützen, sie zu stärken, sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen für die Pflegekräfte und den Pflegebedürftigen zu mindern, bieten die Pflegekassen **Pflegekurse** an. Durchgeführt werden die Kurse (im Auftrag der Pflegekasse) oft von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen oder anderen Pflegeeinrichtungen. Ein Pflegekurs kann auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person oder online stattfinden. Die Teilnahme ist **kostenlos**.

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.

Der Entlastungsbetrag kann flexibel eingesetzt werden, z.B.

- für Tages- oder Nachtpflege,
- für Kurzzeitpflege,
- für Angebote zur Unterstützung im Alltag (z. B. Einkaufen, Vorlesen, Unterstützung bei Spaziergängen) *oder* Leistungen des ambulanten Pflegedienstes (für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 gilt dies nicht für Leistungen aus Modul 4, d.h. aus dem Bereich der Selbstversorgung),
- als Zuschuss für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 in der vollstationären Pflege.

Pflegebedürftige müssen die Leistungen erstmal selbst bezahlen und reichen dann die Belege für die in Anspruch genommenen Leistungen bei der Pflegekasse ein. Übernimmt die Leistung ein Pflegedienst oder Betreuungsdienst, kann die Abrechnung direkt mit der Pflegekasse geleistet werden. Dafür muss die pflegebedürftige Person eine Abtretungserklärung unterschreiben. Pflegebedürftige müssen dann nicht mehr in Vorkasse gehen. Die Entlastungsangebote können von ambulanten Betreuungsdiensten oder ambulanten Pflegediensten in Anspruch genommen werden. Es ist auch möglich, dass der Entlastungsbetrag an Nachbarn, Freunde und Bekannte für Unterstützungen weitergegeben werden kann. Je nach Bundesland gibt es hierfür verschiedene Voraussetzungen, in der Regel muss ein Pflegekurs besucht werden. Die Pflegekassen geben hierzu Auskunft. Eine weitere Möglichkeit bieten Angebote, die im Rahmen der Nachbarschaftshilfe bzw. anderer organisierter Helferkreise zur Verfügung stehen.

Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung bezahlt bei Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise. Dazu zählen Produkte zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und solche, welche die selbstständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person fördern. Im Gegensatz zu Hilfsmitteln, die von der Krankenversicherung über ein Rezept des Arztes erhältlich sind, können **Pflegehilfsmittel** direkt bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Erstattung ist bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln (z. B. saugende Bettschutzeinlagen) auf **40 € monatlich** begrenzt.

Digitale Pflegeanwendungen (DiPA)

Die Pflegekasse übernimmt bis zu 50 € monatlich für die Nutzung von DiPA und ergänzenden Unterstützungsleistungen. DiPA sollen z.B. die Selbstständigkeit fördern, einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenwirken und die Kommunikation zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen verbessern. Näheres unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „DiPA – Digitale Pflegeanwendungen“*.

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 insgesamt bis zu 16.000 €, wenn mindestens 4 Anspruchsberechtigte zusammenwohnen.

Zuschuss für ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige aller Pflegegrade in ambulant betreuten Wohngruppen haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag von jeweils 214 € monatlich. Der Zuschlag dient der Sicherstellung des Zusammenlebens in der Wohngruppe und wird zur eigenverantwortlichen Verwendung für diese bezahlt.

Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege

Zur teilstationären und stationären Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die Pflegebedürftige teilweise oder ganz in einer stationären Pflegeeinrichtung erhalten.

Folgende Leistungen können bei einer teilstationären oder stationären Pflege beantragt werden:

Tages- oder Nachtpflege

Tagespflege oder Nachtpflege bedeutet, dass pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 bis 5 grundsätzlich zu Hause, zum Teil aber tagsüber oder in der Nacht in einer Einrichtung gepflegt werden und kommt immer dann in Betracht, wenn die häusliche Pflege nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Dafür erhalten Pflegebedürftige von der Pflegekasse je nach Pflegegrad **monatlich bis zu 1.995 €**. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € dafür in Anspruch nehmen. Darüber hinaus können zusätzlich Pflegegeld oder/und Pflegesachleistungen für die Pflege zu Hause in Anspruch genommen werden.

Die Einrichtungen berechnen in der Regel einen Tagessatz. Je nach Pflegegrad und Region fällt der Tagessatz bei den Anbietern bzw. Trägern solcher Einrichtungen unterschiedlich hoch aus. Im Tagessatz sind immer Kosten enthalten, die von allen Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind (eigene Kosten). Diese sind: Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten), Investitionskosten und ggf. Fahrtkosten (für den Hin- und Rücktransport zwischen der Wohnung und der Einrichtung).

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 1.774 € im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege) auf bis zu 3.386 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt.

Einen Eigenanteil, z.B. für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) oder Investitionskosten, müssen Pflegebedürftige selbst tragen. Der Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € monatlich kann dafür eingesetzt werden.

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.

Hinweis: Für Pflegebedürftige unter 25 Jahren, die Anspruch auf Ersatzpflege und Kurzzeitpflege haben, wird das sog. Entlastungsbudget zum 1.1.2024, für alle Pflegebedürftigen zum 1.7.2025 wirksam. Damit können Leistungen der Kurzzeit- und der Ersatzpflege zusammengelegt und flexibel kombiniert werden. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegeversicherung“.

Vollstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege ist die Pflege in einem Pflegeheim. Je nach Pflegegrad zahlt die Pflegekasse **770 bis 2.005 € monatlich** für die Kosten der Pflege. Für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten sowie einen Eigenanteil für pflegebedingte Kosten müssen Pflegebedürftige selbst aufkommen. Für den Eigenanteil erhalten Pflegebedürftige in Abhängigkeit der Verweildauer Zuschläge.

→ Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der Ratgeber „Pflege“. Dieser kann unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung: 030 3406066-02.
- Unter www.gkv-spitzenverband.de > Pflegeversicherung > Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare > Empfehlungen zum Leistungsrecht finden Sie im gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 20. Dezember 2022 ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele für Leistungen der Pflegeversicherung.

Leistungen für pflegende Angehörige

Menschen, die ihre Angehörigen pflegen, sind stark beansprucht.

Es gibt verschiedene Entlastungsmöglichkeiten.

Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

Im Falle einer unerwarteten Pflegebedürftigkeit einer angehörigen Person können Arbeitnehmende für **maximal 10 Tage freigestellt** werden, um die 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. Das Pflegeunterstützungsgeld gibt es ab 1.1.2024 für 10 Arbeitstage je pflegebedürftige Person (kurzzeitige Arbeitsverhinderung) **pro Kalenderjahr** (statt bisher nur einmalig je pflegebedürftiger Person).

Pflegezeit und Familienpflegezeit

Berufstätige haben Anspruch auf Freistellung von der Arbeit, um nahe Angehörige zu pflegen. Die **Pflegezeit** kann für maximal 6 Monate beantragt werden.

In dieser Zeit ist die Pflegeperson, in der Regel ohne Gehalt, von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung in Form von Reduzierung bzw. Verteilung der Arbeitszeit ist möglich. Für die Pflegezeit kann ein zinsloses Darlehen beantragt werden. In der **Familienpflegezeit** reduzieren Arbeitnehmende maximal 2 Jahre lang ihre Arbeitszeit, um Angehörige zu pflegen. Das reduzierte Gehalt kann durch ein zinsloses Darlehen aufgestockt werden. Die Familienpflegezeit ergänzt und erweitert die Pflegezeit, die Ankündigung bzw. der Antrag muss Arbeitgebenden innerhalb einer bestimmten Frist vorliegen. Während der Familienpflegezeit haben Arbeitnehmende Kündigungsschutz.

Praxistipps!

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

Eine Stundung ist in Härtefällen möglich.

Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben bietet unter www.bafza.de > *Programme und Förderungen* > *Familienpflegezeit* > *Familienpflegezeit-Rechner* einen Familienpflegezeit-Rechner zur Ermittlung des maximalen Darlehensbetrags.

Wer hilft weiter?

Die zuständige Pflegekasse.

Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Dafür gelten folgende Regelungen:

- **Rentenversicherung**

Die Pflegekasse zahlt Pflegepersonen, die eine pflegebedürftige Person 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 Tätigkeiten sowie den Hin- und Rückweg zur/von der pflegebedürftigen Person.

- **Kranken- und Pflegeversicherung**

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

- **Arbeitslosenversicherung**

Für Pflegende, die eine pflegebedürftige Person ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich an regelmäßig mindestens 2 Tagen in der Woche pflegen und deshalb ihre Berufstätigkeit aufgeben mussten, zahlt die Pflegekasse Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.



Praxistipps!

- Die deutsche Rentenversicherung bietet die Broschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“ an. Diese kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Services > Broschüren & mehr > 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 > Suchbegriff: „A401“ heruntergeladen werden.
- Informationen für pflegende Angehörige z. B. Anzeichen für Überlastung, Stress und Unterstützung oder Bewältigungsstrategien können unter <https://gesund.bund.de> > Pflege > Pflegende Angehörige gefunden werden.

Patientenvorsorge

Für Zeiten, in denen durch Unfall oder Erkrankung die körperlichen, geistigen und/oder psychischen Fähigkeiten verloren gehen und die eigenen Angelegenheiten nicht mehr oder nicht mehr in vollem Umfang geregelt werden können, können im Vorfeld persönliche Wünsche und Vorstellungen schriftlich niedergelegt werden, um einer „Fremdbestimmung“ durch andere Personen vorzubeugen.

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Im Rahmen einer Vorsorgevollmacht regelt der Verfasser, welche Personen stellvertretend für ihn Entscheidungen treffen sollen, wenn er selbst nicht dazu in der Lage ist. So kann verhindert werden, dass eine sog. rechtliche Betreuung notwendig wird. Eine besondere Rolle spielen Entscheidungen über medizinische Behandlungen, der Umgang mit Vermögen und die Vertretung bei Behörden.

Die Vorsorgevollmacht kann allgemein sein (Generalvollmacht) oder sich auf einzelne Aufgabenbereiche beschränken. Die wichtigsten Aufgabenbereiche, die bei der Erstellung einer Vorsorgevollmacht berücksichtigt werden sollten, sind:

- Gesundheitssorge und Pflegebedürftigkeit
- Vermögenssorge
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten
- Aufenthaltsbestimmung
- Post- und Fernmeldeverkehr
- Behörden- und Ämtervertretung
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

Es können auch Bestimmungen darüber getroffen werden, wie z.B. mit sozialen Netzwerken, Zugangsdaten und E-Mail-Konten verfahren werden soll, Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Digitale Vorsorge“.

Praxistipps!

Zum 1.1.2023 sind umfangreiche Änderungen im Betreuungsrecht in Kraft getreten, z.B. gilt jetzt, um Versorgungslücken zu schließen, unter bestimmten Voraussetzungen das sog. **Notvertretungsrecht**: Befindet sich eine Person in einer gesundheitlichen Notsituation und ist nicht in der Lage Entscheidungen über die Gesundheitsvorsorge zu treffen, so kann diese vom nicht getrenntlebenden Ehepartner für eine Dauer von 6 Monaten vertreten werden.

Betreuungsverfügung

Mit einer Betreuungsverfügung kann man für den Fall, dass eine rechtliche Betreuung notwendig wird, festlegen, wer bzw. wer auf keinen Fall als Betreuer eingesetzt werden soll.

Eine Betreuungsverfügung ist dann sinnvoll, wenn der Verfügende niemanden kennt, dem er eine Vorsorgevollmacht in einem oder mehreren Bereichen übertragen möchte, er aber eine oder mehrere Person/en kennt, die die **Verwaltung seiner Angelegenheiten unter Aufsicht des Betreuungsgerichts** übernehmen soll/en und dies auch will/wollen. Diese Person/en sollte/n genau über die eigenen Vorstellungen informiert werden und muss/müssen damit einverstanden sein, die Betreuung zu übernehmen. Für den Fall, dass der gewünschte Betreuer verhindert ist, sollte eine Ersatzperson angegeben werden.

Eine Betreuungsverfügung ist auch sinnvoll, wenn es Personen gibt, die **auf keinen Fall** zum Betreuer bestellt werden sollen. Das ist besonders bei Familienangehörigen und nahestehenden Personen sinnvoll, mit denen sich der Ersteller einer Betreuungsverfügung zerstritten hat oder denen er die notwendigen Entscheidungen nicht zutraut. Denn das Betreuungsgericht zieht bei der Bestimmung eines Betreuers in der Regel die nächsten Angehörigen (Ehegatten, Eltern, Kinder) und Personen mit persönlicher Bindung in Betracht.

Das Betreuungsgericht kann im Betreuungsverfahren eine in einer Betreuungsverfügung vorgeschlagene Person nur dann ablehnen, wenn diese Person für die Führung der Betreuung nicht geeignet ist, oder wenn erkennbar ist, dass die zu betreuende Person nicht mehr an den in der Betreuungsverfügung aufgeschriebenen Wünschen festhalten will. Wird bei der persönlichen Anhörung eine andere als die in der Betreuungsverfügung vorgeschlagene Person gewünscht, ist der **aktuelle Wunsch** entscheidend.

Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Erklärung, in der ein Mensch regelt, wie er medizinisch-pflegerisch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, wenn er nicht mehr selbst darüber entscheiden kann.

Die Patientenverfügung beinhaltet die **genaue, detaillierte und persönlich begründete Aufzählung** von spezifischen Behandlungs- und Pflegewünschen bzw. den Wunsch darauf zu verzichten.

Pauschalformulierungen ohne klaren Aussagewert müssen von Ärzten nicht beachtet werden, z.B.: "Ich möchte keine ärztlichen Maßnahmen, die mein Leiden und Sterben verlängern ..." Dies kann zwar einleitend formuliert werden, muss jedoch dann konkretisiert werden. Mögliche Situationen sollten genau beschrieben werden, z.B.:

- Formen einer eventuellen Intensivtherapie.
- Wann soll bzw. soll nicht reanimiert werden?
- Wann soll eine bzw. keine Schmerztherapie durchgeführt werden? Welche Folgen werden in Kauf genommen, welche nicht?
- Wann ist eine bzw. keine künstliche Beatmung gewünscht?
- Wann ist eine bzw. keine Krankenhauseinweisung erwünscht?

Der Ersteller einer Patientenverfügung muss volljährig und einwilligungsfähig sein. Zur Absicherung sollte ein Arzt die unzweifelhafte Einwilligungsfähigkeit des Verfassers der Patientenverfügung mit Unterschrift und Datum bestätigen.



Praxistipp!

Der Ratgeber „Patientenvorsorge“ sowie Formulare zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht können unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

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

Adressen

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

Allgemeiner Behindertenverband in Deutschland e. V. (ABiD)

Friedrichstraße 95, 10117 Berlin
Telefon 030 275934-29 (Mo–Fr von 9–15 Uhr)
Telefax 030 275934-30
E-Mail: kontakt@abid-ev.de
www.abid-ev.de

Antidiskriminierungsstelle des Bundes

Postanschrift: Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 10118 Berlin
Telefon 0800 5465465 (Beratung bei Diskriminierung: Mo–Do von 9–15 Uhr)
Telefax 03018 555-41865
E-Mail: beratung@ads.bund.de (E-Mail-Beratung) und
poststelle@ads.bund.de (allgemeine Anfragen)
www.antidiskriminierungsstelle.de

Webportal „einfach teilhaben“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Wilhelmstraße 49, 10117 Berlin
Info-Telefon für Menschen mit Behinderungen:
030 221911-006 (Mo–Do von 8–20 Uhr)
Telefon 030 18527-0, Telefax 030 18527-1830
E-Mail: info@bmas.bund.de
www.einfach-teilhaben.de

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

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

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen

Mauerstraße 53, 10117 Berlin
Bürgertelefon: 030 221911-006 (Mo–Do 8–20 Uhr)
Gebärdentelefon (ISDN-Bildtelefon): 030 188080805 oder
Fax: 030 221 911 017
(E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de)
E-Mail: buero@behindertenbeauftragter.de
www.behindertenbeauftragter.de

Bundesverband Rehabilitation (BDH)

Lievelingsweg 125, 53119 Bonn
Telefon 0228 96984-0 (Mo-Do von 9-15.30 Uhr und Fr von 9-13 Uhr)
Telefax 0228 96984-90
info@bdh-reha.de
www.bdh-reha.de

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

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

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

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

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE)

Herner Straße 406, 44807 Bochum
Telefon 0234 687055-52 (Mo von 10-13 Uhr)
E-Mail: kontakt-info@bpe-online.de
www.bpe-online.de

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

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

Deutscher Gehörlosen-Bund e. V. (DGB)

Prenzlauer Allee 180, 10405 Berlin
Telefonvermittlungsdienst Dolmetschen für Gebärdensprache und Deutsch:
069 900160333 (Di, Mi und Do von 10-12 Uhr)
www.gehoerlosen-bund.de

Deutscher Schwerhörigenbund e. V. (DSB)

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

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

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

Deutscher Behindertensportverband e. V. (DBS)

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

Deutscher Gehörlosen-Sportverband e. V. (DGS)

Von-Hünefeld-Straße 12, 50829 Köln
Telefon 0221 650867-20
E-Mail: office@dg-sv.de
www.dg-sv.de

Deutscher Rollstuhl-Sportverband e. V. (DRS)

Friedrich-Alfred-Allee 10, 47055 Duisburg
Telefon 0203 7174-182, Telefax 0203 7174-181
E-Mail: info@rollstuhlsport.de
www.drs.org

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e. V. (BSK)

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

Freizeit ohne Barrieren e. V. (FoB)

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

Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.

Raiffeisenstraße 18, 35043 Marburg
Telefon 06421 491-0, Telefax 06421 491-167
E-Mail: zusammen@lebenshilfe.de
www.lebenshilfe.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

Leitende Redakteurinnen

Claudia Gottstein

Redaktionsteam

Janina Del Giudice, Maria Kästle, Simone Kreuzer, Luisa Milazzo, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

Foto Titelseite

© scusi – stock.adobe.com – ID 109803174

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2023

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.

18. überarbeitete Auflage, Juli 2023