HAUPTRATGEBER

SOZIALRECHT 2020

Antworten auf sozialrechtliche Fragen

VERSTÄNDLICH · HILFREICH · PRAKTISCH

WWW.NEURAXWIKI.DE

NEURAX WIKI®

DIE NEURAXWIKIPRINT PRODUKTE

1. HAUPTRATGEBER
Sozialrecht

Der krankheitsunabhängige sozialrechtliche Hauptratgeber gibt einen Überblick über alle Leistungen der Sozialversicherungsträger. Er wird zu Beginn jeden Jahres aktualisiert und neu aufgelegt.

2. ERGÄNZUNGEN
zum Hauptratgeber Sozialrecht

Die **Einzelbroschüren** liefern zusätzliche sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zum jeweiligen Krankheitsbild. Die Broschüren sind eine reine Ergänzung zum Hauptratgeber Sozialrecht.

Die neuraxWiki Ratgeberreihe bietet Patienten, Angehörigen und Fachkräften eine praxisgerechte Hilfestellung bei der Beantwortung sozialrechtlicher und psychosozialer Fragen.

BESTELLEN SIE DIE RATGEBER KOSTENFREI UNTER WWW.NEURAXWIKI.DE

SOZIALRECHT 2020

Antworten auf sozialrechtliche Fragen

VERSTÄNDLICH · HILFREICH · PRAKTISCH

Hinweis im Sinne des Gleichberechtigungsgesetzes

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung (z. B. Patient/Patientin) verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichberechtigung für alle Geschlechter.

LIEBE PATIENTEN, ANGEHÖRIGE UND INTERESSIERTE FACHGRUPPEN,

medizinische Therapien verfolgen in erster Linie das Ziel, die Gesundheit wiederherzustellen. Trotz aller Bemühungen können aber nicht alle Krankheiten geheilt werden. Betroffene und Angehörige fühlen sich dann meist hilflos und überfordert. Oftmals sind neben medizinischen Anliegen auch Fragen zu sozialrechtlichen Leistungsansprüchen zu klären.

Die neuraxWiki Ratgeberreihe ermöglicht es Ihnen, zielgerichtet und verständlich aufbereitet Antworten auf Ihre sozialrechtlichen Fragen zu finden. Der vorliegende Ratgeber gibt Ihnen einen Überblick über die Leistungsansprüche, die Patienten in 2020 gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse, Pflegekasse und anderen Sozialleistungsträgern haben.

Ergänzend dazu finden Sie in den krankheitsspezifischen Einzelbroschüren der neuraxWiki Ratgeberreihe weitere Informationen und praktische Tipps speziell für die jeweilige Erkrankung.

Eine zusätzliche praktische Hilfestellung bietet www.neuraxWiki.de, das umfangreiche Informationsportal zu sozialrechtlichen Ansprüchen und Leistungen bei zahlreichen neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen.

Mit diesem Service möchte die neuraxFoundation gGmbH, die im Jahr 2014 als Tochtergesellschaft der neuraxpharm Arzneimittel GmbH gegründet wurde, Patienten und deren Angehörige sowie medizinische Fachkräfte über die Bereitstellung von Medikamenten hinaus unterstützen.

Wir wünschen Ihnen alles Gute.

Ihre neuraxFoundation

NEURAX FOUNDATION®

INHALT

1. Sozialrechtliche Leistungsansprüche für Patienten

1.1 Zuständige gesetzliche Leistungsträger 10
1.2 Vorgehen bei abgelehnten Leistungen 12

2. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

2.1 Arznei- und Verbandmittelversorgung 16
2.2 Hilfsmittel 18
2.3 Heilmitteltherapien 21
2.4 Krankenhausbehandlung 24
2.5 Kurzzeitpflege ohne Pflegebedürftigkeit 26
2.6 Häusliche Krankenpflege 26
2.7 Krankengeld 30
2.8 Aussteuerung aus der gesetzlichen Krankenkasse 32
2.9 Zuzahlungen und Zuzahlungsbefreiung 34
2.10 Haushaltshilfe 39

3. Leistungen bei Behinderung und Schwerbehinderung

3.1 Behinderung und Schwerbehinderung 42
3.2 Grad der Behinderung 43
3.3 Schwerbehindertenausweis 43
3.4 Merkzeichen 45
3.5 Nachteilsausgleiche 48
3.6 Gleichstellung von Menschen mit Behinderung 54
3.7 Nachteilsausgleiche im Arbeits- und Berufsleben 55
3.8 Leistungen im Arbeits- und Berufsleben 58
3.9 Leistungen zur Aus- und Weiterbildung 60
3.10 Bundesteilhabegesetz 60

4. Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung

4.1 Voraussetzungen zum Leistungsbezug 64
4.2 Antrag auf Pflegeleistungen 65
4.3 Fristen für die Pflegebegutachtung 65
4.4 Pflegegutachten des MDK 66
4.5 Pflegegrade 69
4.6 Leistungen bei häuslicher Pflege 71
4.7 Unterstützung durch eine ausländische Haushaltshilfe / Pflegekraft 81
4.8 Entlastungsmöglichkeiten für die Pflegeperson 82
4.9 Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege 88

5. Vorsorgemöglichkeiten

5.1 Vorsorgevollmacht 94
5.2 Betreuungsverfügung 97
5.3 Patientenverfügung 98
5.4 Organspende 103
5.5 Exkurs: Testament 104
5.6 Bestattungsvorsorge 105
5.7 Form, Gültigkeit, Aktualisierung und Aufbewahrung der Vorsorgedokumente 106

6. Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung

6.1 Erwerbsminderungsrente 110
6.2 Vorgezogene Altersrente bei Schwerbehinderung 115
6.3 Witwen-/Witwerrente 116
6.4 Waisenrente 118
6.5 Erziehungsrente 119

7. Leistungen zur Rehabilitation

7.1 Kostenträger und Zuständigkeiten 122
7.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation . 125
7.3 Anschlussheilbehandlung 126
7.4 Rehabilitation für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene 129
7.5 Betriebliches Eingliederungsmanagement . . . 131
7.6 Stufenweise Wiedereingliederung 131
7.7 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 133
7.8 Übergangsgeld 135
7.9 Leistungen zur Sozialen Teilhabe 137
7.10 Umdeutung eines Rehabilitationsantrags in einen Rentenantrag 137

8. Existenzsichernde Leistungen

8.1 Entgeltfortzahlung 140
8.2 Arbeitslosengeld 142
8.3 Arbeitslosengeld II und Sozialgeld 146
8.4 Hilfe zum Lebensunterhalt 149
8.5 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 150
8.6 Hilfe zur Pflege 151
8.7 Einsatz von eigenem Einkommen und Vermögen bei Hilfe zur Pflege 152
8.8 Wohngeld 155

9. Anhang

9.1 Adressen und Ansprechpartner 158
9.2 Stichwortverzeichnis 166

1. SOZIALRECHTLICHE LEISTUNGSANSPRÜCHE FÜR PATIENTEN

1.1 Zuständige gesetzliche Leistungsträger 10

1.2 Vorgehen bei abgelehnten Leistungen 12

1.

SOZIALRECHTLICHE LEISTUNGS-ANSPRÜCHE FÜR PATIENTEN

Bei jeder Erkrankung ergeben sich Leistungsansprüche gegenüber verschiedenen Leistungsträgern. Ihr Umfang ist abhängig vom Ausmaß der Erkrankung und muss daher immer individuell betrachtet werden.

1.1 Zuständige gesetzliche Leistungsträger

Folgende Institutionen kommen als mögliche Leistungsträger infrage:

- Krankenkasse
- Rentenversicherung
- Versorgungsamt
- Integrationsamt
- Agentur für Arbeit
- Jobcenter
- Pflegekasse
- Sozialamt
- Unfallversicherung

Zuständigkeit der Krankenkasse

Für einen Großteil der von Patienten benötigten Leistungen ist die Krankenkasse zuständig. Jeder Versicherte einer gesetzlichen Krankenversicherung hat Anspruch auf Präventivleistungen und im Krankheitsfall auf zahlreiche Leistungen, die der Wiederherstellung der Gesundheit dienen, wie zum Beispiel:

- Ambulante Behandlung beim Arzt, Zahnarzt oder Therapeuten
- Versorgung mit Medikamenten, Heilmitteln oder Hilfsmitteln
- Häusliche Krankenpflege
- Krankenhausbehandlung
- Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen
- Krankengeld
- Stufenweise Wiedereingliederung

Zuständigkeit der Rentenversicherung

Die Aufgaben der Rentenversicherung gliedern sich in zwei große Bereiche: Neben dem Bereich der Rentenleistungen (Altersrente, Witwen- bzw. Witwerrente, Waisenrente und Erwerbsminderungsrente) gehört auch die Rehabilitation zu ihrem Leistungsspektrum. Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung können zur Wiederherstellung und zum Erhalt ihrer Erwerbsfähigkeit unter anderem folgende Leistungen in Anspruch nehmen:

- Ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen
- Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, z. B. Eingliederungshilfen
- Zahlung von Übergangsgeld

Versicherte, die krankheitsbedingt dem Arbeitsmarkt eingeschränkt oder gar nicht mehr zur Verfügung stehen, können eine abgestufte oder volle Erwerbsminderungsrente erhalten.

Zuständigkeit des Versorgungsamtes

Das Versorgungsamt oder Amt für Soziale Angelegenheiten ist unter anderem zuständig für die Feststellung der Schwerbehinderung. Der Antrag ist bei der Behörde zu stellen, die Begutachtung erfolgt in der Regel nach Aktenlage. Im Bedarfsfall fordert die Behörde medizinische Unterlagen an.

Zuständigkeit des Integrationsamtes

Das Integrationsamt ist Ansprechpartner für schwerbehinderte Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung Hilfe am Arbeitsplatz benötigen, und für Arbeitgeber, die schwerbehinderte Menschen beschäftigen. Neben der Wahrung des gesonderten Kündigungsschutzes informiert und berät das Amt und unterstützt Menschen mit Schwerbehinderung im Bedarfsfall auch finanziell, beispielsweise durch Kostenübernahme für technische Arbeitshilfen.

Zuständigkeit der Agentur für Arbeit

Nicht selten verlieren Menschen aufgrund einer Erkrankung ihren Arbeitsplatz. Zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes haben Berechtigte in diesem Falle Anspruch auf Arbeitslosengeld. Daneben ist es eine Hauptaufgabe der Arbeitsagentur, den Betroffenen wieder Arbeit zu vermitteln.

Zuständigkeit des Jobcenters

Menschen, die erwerbsfähig und bedürftig sind, das heißt, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können, haben Anspruch auf Arbeitslosengeld II (Hartz IV). Die Leistung muss beim zuständigen Jobcenter beantragt werden.

Zuständigkeit der Pflegekasse

Patienten mit festgestellter Pflegebedürftigkeit können Geld-, Sach-, Kombinations- und vollstationäre Pflegeleistungen beanspruchen. Daneben können viele weitere Leistungen zur Erleichterung der Pflege für den Pflegebedürftigen und für die Pflegepersonen bezogen werden.

Zuständigkeit des Sozialamtes

Personen, die aufgrund ihres Alters, einer Erkrankung oder einer Behinderung nicht erwerbsfähig und zudem bedürftig sind, können zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes auf Antrag Leistungen der Sozialhilfe erhalten.

Zuständigkeit der Unfallversicherung

Bei Personen, die eine Schädigung aufgrund eines Arbeits- oder Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit erlitten haben, erbringt die Unfallversicherung die notwendigen Leistungen, wie zum Beispiel medizinische und berufliche Rehabilitation.

1.2 Vorgehen bei abgelehnten Leistungen

Nicht immer werden alle Leistungen auf Anhieb von den Sozialleistungsträgern übernommen. Patienten oder ihre Angehörigen können aber gegen abgelehnte Leistungsgesuche **Widerspruch** einlegen.

Damit ein Widerspruch Erfolg hat, müssen verschiedene Regularien beachtet werden:

Der Widerspruch muss **fristgerecht** und **formgerecht** (schriftlich oder zur Niederschrift, eine telefonische oder E-Mail Mitteilung ist ungültig) bei der Behörde eingereicht werden. Der Widerspruch kann entweder schriftlich an die Behörde, die den Bescheid erlassen hat, gerichtet werden, oder der Betroffene sucht die Behörde persönlich auf und lässt dort seinen Widerspruch aufnehmen.

Frist- und formgerechte Widerspruchsabgabe

Der Ablehnungsbescheid beinhaltet meist eine Rechtsmittelbelehrung, aus der hervorgeht, bis zu welchem Zeitpunkt, in welcher Form und an welche Stelle der Widerspruch zu richten ist. Um die Widerspruchsfrist zu wahren, genügt ein kurzes Schreiben. Eine **ausführliche Widerspruchsbegründung können Patienten** nachreichen.

WICHTIG

In der Regel muss der Widerspruch innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheids bei der jeweiligen Behörde eingehen. Fehlt im Bescheid des Leistungsträgers der Hinweis auf die Rechtsmittelbelehrung oder ist diese unrichtig, verlängert sich die Frist auf 1 Jahr.

Gestaltung und Inhalt eines Widerspruches

Damit der Widerspruch dem entsprechenden Fall zugeordnet werden kann, sollte er wesentliche Details, die u. a. dem Ablehnungsbescheid entnommen werden können, enthalten:

- Name und Kontaktdaten des Betroffenen, sowie aktuelles Datum
- Adresse, an die das Widerspruchsschreiben gerichtet werden soll
- Im Betreff: Widerspruch wegen […]
- Bezugnahme auf Datum des Bescheides
- Nennung des Aktenzeichens / der Versichertennummer
- In der Anrede Name des Sachbearbeiters

Im Text sollte der Bezug zum Ablehnungsgrund hergestellt werden und eine nähere Ausführung der gegenteiligen Sicht erfolgen. Obwohl eine Widerspruchsbegründung nicht zwingend erforderlich ist, erhöht diese die Erfolgschancen deutlich. Den meisten Behörden liegen nur unzureichende Kenntnisse zum jeweiligen Krankheitszustand vor. **Eine detaillierte Beschreibung der Situation verbessert die Beurteilungssituation**, was häufig eine Bewilligung zur Folge hat.

Vorgehen der prüfenden Behörde

Primär prüft die Behörde, die den Bescheid erlassen hat, den Vorgang erneut. Richtet sich der Widerspruch gegen die Krankenkasse, involviert diese häufig den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Dieser analysiert den Sachverhalt aus medizinischer Sicht. Kommt die Behörde zu dem Ergebnis, dass der Widerspruch begründet ist, wird der ursprüngliche Bescheid aufgehoben und die Leistung gewährt.

Ist aus Sicht der Behörde der Widerspruch unbegründet, wird dieser zurückgewiesen und der Vorgang der Widerspruchsbehörde zur Entscheidung vorgelegt. Diese prüft die Angelegenheit und erlässt einen Widerspruchsbescheid. Wird die Leistung weiterhin nicht gewährt, können Betroffene Klage vor dem Sozialgericht erheben.

Anders als in anderen Fachbereichen ist im Sozialrecht das Widerspruchsverfahren **nicht** mit Kosten verbunden!

TIPP

Um nachweisen zu können, dass das Widerspruchsschreiben fristgerecht eingereicht wurde, ist folgendes Vorgehen empfehlenswert: Versand des Widerspruchsschreibens als Einschreiben mit Rückschein. Bei persönlicher Abgabe in der Behörde: Schriftliche Abgabebestätigung einfordern sowie gegengezeichnete und mit Eingangsdatum versehene Kopie aushändigen lassen, sofern der Widerspruch von einem Sachbearbeiter der Behörde aufgenommen wurde.

2. LEISTUNGEN DER GESETZLICHEN KRANKEN-VERSICHERUNG

2.1 Arznei- und Verbandmittelversorgung 16

2.2 Hilfsmittel 18

2.3 Heilmitteltherapien 21

2.4 Krankenhausbehandlung 24

2.5 Kurzzeitpflege ohne Pflegebedürftigkeit 26

2.6 Häusliche Krankenpflege 26

2.7 Krankengeld 30

2.8 Aussteuerung aus der gesetzlichen Krankenkasse ... 32

2.9 Zuzahlungen und Zuzahlungsbefreiung 34

2.10 Haushaltshilfe 39

2.

LEISTUNGEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt bei einer Erkrankung die Kosten für die ärztliche Versorgung, die Ausstattung mit Arznei- und Hilfsmitteln, Aufwendungen für Heilmitteltherapien, Psychotherapie sowie für ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen. Erwerbstätige Patienten erhalten bei längerer Arbeitsunfähigkeit zudem Krankengeld.

2.1 Arznei- und Verbandmittelversorgung

Arzneimittel

Arzneimittel sind bei fast allen Erkrankungen ein wichtiger Baustein zur Heilung bzw. Symptomlinderung und Befindlichkeitsverbesserung. Sie werden verabreicht, um entweder die physiologischen Funktionen durch eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkung wiederherzustellen, zu korrigieren oder zu beeinflussen oder eine medizinische Diagnose zu erstellen (Vgl. § 2 Absatz 1 AMG).

Medizinische Produkte wie Kosmetika, diätetische Produkte und Nahrungsergänzungsmittel sind im Sinne des Gesetzes keine Arzneimittel. Sie können vom Arzt nicht zu Lasten der Krankenkasse verschrieben werden.

Des Weiteren werden die Kosten für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige (rezeptfreie) Arzneimittel in der Regel nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Ausnahmen davon regelt die **OTC-Übersicht**: www.g-ba.de/richtlinien/anlage/17

Ob der Arzt ein Arzneimittel zu Lasten der Krankenkasse bzw. eines anderen Leistungsträgers wie der Berufsgenossenschaften verordnen darf, regeln die **Arzneimittelrichtlinien** des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA). Näheres unter: www.g-ba.de/richtlinien/3

TIPP

Da Arzneimittel-Zuzahlungen u. a. vom Verkaufspreis abhängen und es teilweise auch zuzahlungsfreie Alternativen gibt, sollten Patienten sich immer auch nach preisgünstigeren Medikamenten erkundigen.

Verbandmittel

Verbandmittel sind nach Definition § 31 Absatz 1a SGB V Produkte, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken und/oder Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen aufzusaugen. Produkte, die diese Kriterien erfüllen, sind erstattungsfähig.

Hinweis: Auch Wundversorgungsprodukte, die ergänzend weitere Zusatzeigenschaften haben, die der Wundheilung dienen, z. B. indem sie eine Wunde feucht halten, reinigen, geruchsbindend bzw. antimikrobiell/Keime reduzierend oder proteaseninhibierend wirken und deren Hauptwirkung „bedecken“ und/oder „aufsaugen“ ist, sind zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungs- und erstattungsfähig.

Alle Informationen bzgl. der Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit von Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung sind beim Bundesverband Medizintechnologie e. V. nachzulesen unter: www.bvmed.de/de/versorgung/verbandmittel

TIPP

Bei der Behandlung zu Hause werden Wickel und Auflagen bspw. dazu benutzt, die Haut des Patienten zu kühlen oder ihn behutsam abzureiben. Obwohl das Verbandmittel hier nicht zu medizinischen Zwecken (d. h. zur Fixierung oder zum Wundverschluss) verwendet wird, können die Kosten von der Krankenkasse übernommen werden. Voraussetzung ist, dass der Arzt diese Maßnahmen verordnet hat.

Zuzahlung

Für verordnete Arznei- und Verbandmittel muss der volljährige Patient eine Zuzahlung leisten. Die Höhe der Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten, mindestens 5 € und höchstens 10 €.

Festbeträge

Für einige Arznei- und Hilfsmittel hat der Gesetzgeber sogenannte Festbeträge bestimmt, bis zu denen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten übernehmen. Sollte der Verkaufspreis höher sein, muss der Patient diesen Differenzbetrag selbst tragen.

Derzeit gelten für folgende Hilfsmittel Festbeträge:

- Einlagen
- Hörhilfen
- Inkontinenzhilfen
- Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
- Sehhilfen / Brillen

Zuzahlungsbefreiung für Patienten bei Erreichung der individuellen Belastungsgrenze

Die Höhe der Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel ist auf 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen für die Bedarfsgemeinschaft begrenzt. Bei schwerwiegend chronisch kranken Menschen liegt die Höchstgrenze für ihre Zuzahlungen bei 1 % ihrer Bruttoeinnahmen im Jahr (sog. **„Chronikerregelung“**). Ist diese Grenze erreicht, können sie sich für den Rest des Jahres von Zuzahlungen befreien lassen. Dazu werden ein Antrag und die Belege für die bereits geleisteten Zuzahlungen bei der jeweiligen Krankenkasse eingereicht. Auch ist es möglich, diese Befreiung am Jahresende einzureichen. Der zu viel bezahlte Betrag wird dann erstattet (siehe auch Kapitel 2.9 Zuzahlungen und Zuzahlungsbefreiung).

2.2 Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische und therapeutische Medizinprodukte, welche die Behandlung von Patienten unterstützen.

Hinweis: Hilfsmittel sind keine Pflegehilfsmittel. Das sind zwei eigenständige, verschiedene Leistungen.

Erstattungsfähige Hilfsmittel

Die Krankenkasse übernimmt in der Regel die Kosten für:

- Seh- und Hörhilfen
- Körperersatzstücke (z. B. Prothesen)
- Orthopädische Hilfsmittel (z. B. orthopädische Schuhe, spezielle Einlagen)
- Andere Hilfsmittel und technische Produkte

Eine Kostenübernahme für Hilfsmittel durch die gesetzliche Krankenversicherung ist nur möglich, wenn diese im Hilfsmittelverzeichnis gelistet ist. Der GKV Spitzenverband hat ein online abrufbares Hilfsmittelverzeichnis erstellt, das fortlaufend aktualisiert wird. Abrufbar unter: https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen_input.action

Der Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln umfasst auch **notwendige Änderungen** (z. B. durch technische Entwicklung) **und Reparaturen**, vor allem dann, wenn die Reparatur wirtschaftlicher als eine Ersatzbeschaffung ist. Auch die Kosten für die **Ausbildung für den Gebrauch** des Hilfsmittels (z. B. das Erlernen der Anwendung von Toilettenliftern), für den **Betrieb** (z. B. die Kosten für das Wiederaufladen eines Elektrorollstuhls) und die mit dem Hilfsmittel verbundenen **technischen Kontrollen** werden von der Krankenkasse übernommen.

WICHTIG

Wenn der Verlust oder die Unbrauchbarkeit des Hilfsmittels durch grob fahrlässiges oder vorsätzliches Verhalten entstanden ist, kann die Krankenkasse die Kostenübernahme ablehnen.

Nicht erstattungsfähige Hilfsmittel

- Hilfsmittel mit geringem oder umstrittenem therapeutischem Nutzen
- Hilfsmittel mit geringem Abgabepreis (z. B. Feuchttücher)
- Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens, d. h. Mittel, die allgemein verwendet und üblicherweise von einer großen Zahl von Personen benutzt werden bzw. im Alltag vorhanden sind (z. B. elektrische Dosenöffner, Nachtlichter)

Verordnung von Hilfsmitteln

Neben der Diagnose und dem Datum beinhaltet die Verordnung des behandelnden Arztes die Bezeichnung des Hilfsmittels, die Anzahl und gegebenenfalls Hinweise, die eine funktionsgerechte Anfertigung oder Abänderung durch den Leistungserbringer gewährleisten.

WICHTIG

Die Hilfsmittelverordnung muss innerhalb von 28 Tagen bei der Krankenkasse eingehen, sonst verfällt sie.

Lehnt die Kasse die Kostenübernahme für ein Hilfsmittel ab, können Patienten Widerspruch einlegen (siehe Kapitel 1.2 Vorgehen bei abgelehnten Leistungen).

Gerade bei teuren Anschaffungen sollten sich Betroffene daher vor dem Kauf bei der Krankenkasse informieren, ob diese die Kosten erstattet. Krankenkassen geben auch Auskunft über Vertragslieferanten und Händler in der Umgebung, die das Hilfsmittel zum Festpreis anbieten.

Hinweis: Aufgrund der neuen Hilfsmittel Richtlinie darf ein Krankenhausarzt im Rahmen des **Entlassmangements** bis zu 7 Kalendertage Hilfsmittel verordnen.

Zuzahlung bei Hilfsmitteln

Für bestimmte Hilfsmittel gibt es Festbeträge, die von den Krankenkassen erstattet werden. Darüber hinaus gehende Kosten muss der Patient selbst bezahlen.

Hat der Versicherte ein berechtigtes Interesse, Hilfsmittel über Anbieter zu beziehen, mit denen die Krankenkasse keinen Vertrag hat, muss er dies beantragen. Die Krankenkasse übernimmt dann den niedrigsten Preis, der für eine vergleichbare Leistung von einem Vertragspartner veranschlagt würde. Die Mehrkosten muss der Patient tragen.

Bei der Zuzahlung wird unterschieden zwischen Hilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind, und Produkten, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind.

Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind: Produkte, die wegen ihrer Beschaffenheit, ihres Materials oder aus hygienischen Gründen in der Regel nur einmal ununterbrochen benutzt werden können und für den Wiedereinsatz nicht geeignet sind, z. B. Windelhosen oder Inkontinenz-Einlagen. Hier beträgt die Zuzahlung 10 % je Packung, höchstens jedoch 10 € im Monat.

TIPP

Inkontinenzartikel können als Kassenleistung verordnet werden, sofern die Inkontinenz direkt mit der Erkrankung zusammenhängt (z. B. Demenzerkrankung). Der behandelnde Arzt muss auf dem Hilfsmittelrezept die Erkrankung und die Schwere der Inkontinenz genau dokumentieren. Zudem muss er angeben, welches Produkt in welcher Menge und für welchen Zeitraum verordnet wird. Zum Beispiel: Windelhosen der Firma XY, Größe M, für den Zeitraum vom 01.02.–30.04.2020. Diagnose: schwerwiegende Reflexinkontinenz bei Alzheimer-Demenz.

Hilfsmittel, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind: Produkte, die mehrmals verwendet werden können, z. B. Beatmungsgeräte oder Duschstühle. Hier beträgt die Zuzahlung 10 %, mindestens 5 €, höchstens 10 €, jedoch nicht mehr als die eigentlichen Kosten. Diese Hilfsmittel können unter Umständen auch leihweise gegen eine Gebühr überlassen werden.

Hilfsmittel-Rechnungen sollten auf jeden Fall aufbewahrt werden, da Zuzahlungen nur bis zu einer bestimmten finanziellen **Belastungsgrenze** geleistet werden müssen. Für alle Kosten, die darüber liegen, können Patienten eine **Zuzahlungsbefreiung** beantragen.

2.3 Heilmitteltherapien

Heilmaßnahmen sind fester Bestandteil in der Rehabilitation von akuten und chronischen Erkrankungen. Bei zahlreichen angeborenen, erworbenen oder degenerativen Erkrankungen wird eine Heilmitteltherapie verordnet. Insbesondere bei neurologischen Schädigungen, aber auch bei Erkrankungen der inneren Organe und des Muskel- und Skelettapparates kommen Heilmittel zum Einsatz.

Heilmittelrichtlinien

Die Heilmittelrichtlinien des GBA regeln für gesetzlich Krankenversicherte die Versorgung mit Heilmitteln. Ein wichtiger Bestandteil der Richtlinien ist der Heilmittelkatalog. Er gibt Aufschluss darüber, bei welcher Diagnose/Diagnosegruppe welches Heilmittel in welcher Menge im Regelfall verordnet werden kann.

TIPP

Interessierte können die Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nachlesen.

Diese sind abrufbar unter:
www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12

Verordnung von Heilmitteln

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für Heilmittel, wenn diese notwendig sind, um

- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern

Maßnahmen

Heilmittel sind Leistungen, die durch eine Person mit einer fachspezifischen Ausbildung erbracht werden. Es wird unterschieden zwischen:

- **Physikalischer Therapie**; hierzu gehören Maßnahmen wie Massagen, Lymphdrainage, Krankengymnastik, Wärme-/Kältetherapie oder Elektrotherapie
- **Podologischer Therapie**; diese beinhaltet Maßnahmen wie Hornhautabtragung, Nagelbearbeitung oder eine podologische Komplexbehandlung. Die genannten Maßnahmen kommen vorwiegend für Diabetiker infrage
- **Logopädie** (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)
- **Ergotherapie** (Beschäftigungs- und Arbeitstherapie), sowohl als motorisch-funktionelle als auch als sensorisch-perzeptive Behandlung, als Hirnleistungstraining und psychisch-funktionelle Behandlung
- **Ernährungstherapie** für Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose

Verordnungsfähigkeit

Heilmittelverordnungen können als Erstverordnung oder als Folgeverordnung ausgestellt werden. Die maximale Verordnungsmenge pro Rezept für Erst- und Folgeverordnungen ist beschränkt. Sie beträgt in der Regel:

- 6 Einheiten für physikalische Therapie
- 10 Einheiten für Logopädie und Ergotherapie
  Verordnungsvoraussetzungen

Bevor der behandelnde Arzt Folgeverordnungen ausstellen darf, muss er sich vom Zustand des Patienten und vom Behandlungserfolg überzeugen. Von der verordneten Frequenz, z. B. 2 x wöchentlich, darf nur abgewichen werden, wenn der Therapeut dies mit dem behandelnden Arzt abspricht und auf dem Verordnungsvordruck dokumentiert. Wird die Heilbehandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit (Ausnahme: podologische Therapieverordnung).

Krankenkassen können zusätzliche Heilmittelleistungen gewähren, wenn der GBA diese als mögliche, freiwillige Leistung anerkennt. In der Satzung der jeweiligen Kasse müssen Art, Dauer und Umfang der Leistung deklariert sein (§ 11 Abs. 6 SGB V).

Voraussetzungen für eine langfristige Heilmittelbehandlung

Patienten mit schwerer, dauerhafter funktionell/struktureller zerebraler Schädigung und Patienten mit seltenen, angeborenen Stoffwechselstörungen, bei denen aus medizinischen Gründen eine fortlaufende Heilmittelbehandlung nötig ist, können bei ihrer Krankenkasse eine langfristige Genehmigung für Heilmitteltherapie beantragen. Der Genehmigungszeitraum kann zwar insgesamt befristet werden, sollte aber mindestens 1 Jahr umfassen (§ 8 Abs. 5 Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses).

TIPP

Die Krankenkasse muss innerhalb von 4 Wochen auf den Antrag für eine langfristige Heilmittelbehandlung reagieren. Versäumt sie dies, gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt.

Das Verfahren zur Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs wurde vereinfacht. Die sogenannte „Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf" ist ein Teil der Heilmittel- Richtlinie, d. h. die Diagnosen sind als Anlage zur Heilmittel-Richtlinie gelistet, bei denen von einem langfristigen Heilmittelbedarf auszugehen ist und für die generell kein Antrags- und Genehmigungsverfahren durchgeführt werden muss.

TIPP

Die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf kann online eingesehen werden.

Online abrufbar unter:
www.kbv.de/media/sp/Diagnoseliste_Heilmittelbedarf_2020.pdf

Benötigt die Krankenkasse für ihre Entscheidung weitere Unterlagen oder muss der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) involviert werden, wird die 4-Wochen-Frist unterbrochen. Patienten können die Therapie dann trotzdem beginnen. Die Krankenkasse übernimmt solange die Kosten, bis eine Ablehnung oder Genehmigung vorliegt.

Heilmitteltherapie im häuslichen Umfeld

Heilmittelmaßnahmen können in Ausnahmefällen auch beim Patienten zu Hause durchgeführt werden. Voraussetzung hierfür ist, dass ein Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich ist. Der behandelnde Arzt muss in diesem Fall auf der Heilmittelverordnung „Hausbesuch" ankreuzen.

Zuzahlungen bei Heilmitteln

Für Heilmittel müssen erwachsene Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen eine Zuzahlung in Höhe von 10 % der Kosten sowie 10 € pro Verordnung entrichten (gilt auch für Hausbesuche).

Dies gilt auch dann, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik Bestandteil der ärztlichen Behandlung sind oder in Zusammenhang mit einem ambulanten Aufenthalt in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen erbracht werden.

Von der **Zuzahlung befreit** sind:

- Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr
- Schwangere, sofern die Heilmittelbehandlung in Zusammenhang mit der Schwangerschaft erforderlich ist
- Versicherte der Unfallversicherung
- Versicherte, die die Belastungsgrenze zur Krankenversicherung erreicht haben

2.4 Krankenhausbehandlung

Bei vielen Erkrankungen sind voll- oder teilstationäre Krankenhausaufenthalte notwendig. Patienten haben darauf einen Rechtsanspruch. Es gibt dabei verschiedene Möglichkeiten der medizinischen Versorgung (§ 39 SBG V).

Behandlungsmöglichkeiten

Abhängig vom Schweregrad der Erkrankung umfasst die Krankenhausbehandlung insbesondere die ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung und Leistungen zur Frührehabilitation.

Voraussetzungen

- Eine medizinische Notwendigkeit liegt vor
- Die Krankenhausbehandlung wird vom behandelnden Arzt verordnet
- Die Behandlung erfolgt in zugelassenen Krankenhäusern. Dies sind Hochschulkliniken, Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind oder Krankenhäuser, für die ein Versorgungsvertrag gemäß § 109 SGB V abgeschlossen wurde

Arten der Krankenhausbehandlung

Vollstationäre Krankenhausbehandlung

Dabei handelt es sich um die bekannteste, aber auch teuerste Art der Krankenhausbehandlung, die für den Patienten den größten Einschnitt bedeutet. Sie sollte daher nur verordnet werden, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Versorgung, einschließlich häuslicher Krankenpflege, erreicht werden kann. Dies prüft der zuständige Arzt des Krankenhauses.

Teilstationäre Krankenhausbehandlung

Der Patient ist bei dieser Behandlungsart nicht durchgängig anwesend. Unterkunft und Verpflegung können gewährt werden. Die teilstationäre Behandlung ist in Tages- oder Nachtkliniken möglich. Auch bei der teilstationären Unterbringung wird bei Aufnahme des Patienten durch den zuständigen Arzt geprüft, ob die Behandlung nicht auch im vor- und nachstationären Bereich, ambulant oder durch häusliche Krankenpflege erfolgen kann.

Vorstationäre Krankenhausbehandlung

Diese Behandlungsart ist geeignet zur Vorbereitung oder Klärung eines vollstationären Krankenhausaufenthalts. Die Behandlung dauert maximal 3 Tage und sollte maximal 5 Tage vor der stationären Aufnahme erfolgen. Abweichende Fristen können vertraglich festgelegt werden. Unterkunft und Verpflegung sind nicht vorgesehen.

Nachstationäre Krankenhausbehandlung

Diese kann im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt erfolgen, um den Behandlungserfolg zu sichern. Die nachstationäre Krankenhausbehandlung dauert in der Regel maximal 7 Tage innerhalb eines Zeitraums von 14 Tagen. Abweichende Fristen können vertraglich festgelegt werden. Bei Organübertragungen gelten gesonderte Regelungen (gemäß Transplantationsgesetz). Unterkunft und Verpflegung sind nicht vorgesehen.

Ambulante Krankenhausbehandlung (§ 115 b SGB V)

Diese Art der Krankenhausbehandlung kommt infrage, wenn eine kontinuierliche Überwachung der Vitalwerte nicht nötig ist.

Verordnung der Krankenhausbehandlung

Die Verordnung erfolgt auf einem dafür vorgesehenen Vordruck. **Inhalte** der Verordnung:

- Dokumentation der Notwendigkeit mit Begründung der stationären Behandlung
- Hauptdiagnose
- Nebendiagnose
- Nennung der beiden nahegelegensten geeigneten Krankenhäuser

Wahl des Krankenhauses

In der Verordnung **schlägt der Arzt 2 Krankenhäuser vor**, welche die Kriterien Nähe und Eignung erfüllen. Der Patient kann auch ein anderes zugelassenes Krankenhaus wählen. Er muss aber dann etwaige Mehrkosten in der Regel selbst zahlen.

TIPP

Entscheidet sich der Patient gegen das vom Arzt vorgeschlagene Krankenhaus, muss er dies explizit begründen (z. B. religiöse Motivation). Möglicherweise übernimmt die Krankenkasse dann auch die Mehrkosten.

Zuzahlung

Es besteht eine Zuzahlungspflicht von **10 € pro Tag für maximal 28 Tage im Jahr**. Unter Umständen ist eine Befreiung zur Zuzahlung möglich.

Übergangsversorgung nach Krankenhausaufenthalt

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch einen Klinikarzt

Mit der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) kann der Arbeitnehmer seine Erkrankung nachweisen. Die Krankschreibung ist dem Arbeitgeber verpflichtend nach spätestens 3 Tagen vorzulegen, kann aber auch früher verlangt werden. Die AU dokumentiert den Anspruch auf Entgeltfortzahlung bzw. nach deren Ablauf auf Krankengeld. Neben einem Abschnitt für die Krankenkasse und den Arbeitgeber, erhält auch der Patient eine Kopie der Krankschreibung. Sie ist versehen mit dem Hinweis, dass eine lückenlose Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit erforderlich ist.

Ist ein Patient nach einem stationären Krankenhausaufenthalt arbeitsunfähig, so kann der behandelnde **Klinikarzt im Rahmen des Entlassmanagements eine AU für bis zu 7 Tage nach der Entlassung** ausstellen. Besteht die Arbeitsunfähigkeit über diesen Zeitraum hinaus fort, stellt der weiterbehandelnde (Haus)Arzt die Folge-AU aus.

Arzneimittelversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt

Um die Versorgung mit Arzneimitteln nach einem Klinikaufenthalt sicherzustellen, haben Klinikärzte die Möglichkeit, eine Verordnung auszustellen (§ 31 SGB V). Dabei ist die Begrenzung auf eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen (N1) einzuhalten. Sonstige für die Arzneimittelversorgung notwendige Medizinprodukte können für einen Zeitraum von 7 Tagen verordnet werden. Folgen nach der Krankenhausentlassung ein Wochenende oder Feiertage, kann die Arzneimittelversorgung auch durch Mitgabe der entsprechenden Medikamente gewährleistet werden.

Das Krankenhaus ist im Rahmen des Entlassmanagements außerdem verpflichtet den weiterbehandelnden Arzt über die medikamentöse Therapie des Patienten bei Entlassung zu informieren.

2.5 Kurzzeitpflege ohne Pflegebedürftigkeit

Patienten, die wegen einer schweren Erkrankung vorübergehend nicht zu Hause versorgt werden können und nicht pflegebedürftig im Sinne des XI. Sozialgesetzbuches sind, können Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen.

Voraussetzungen

Versicherte können unter folgenden Voraussetzungen diese Leistung beanspruchen:

- Aufgrund einer schweren Erkrankung/Verschlimmerung einer Erkrankung ist eine Versorgung im häuslichen Bereich nicht möglich
- Es liegt **keine** Pflegebedürftigkeit vor

Kurzzeitpflege ohne Pflegebedürftigkeit kommt insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus in Betracht.

Andere geeignete Leistungen, wie beispielsweise die häusliche Krankenpflege, welche einen Verbleib des Patienten im häuslichen Bereich ermöglichen, müssen vorrangig eingesetzt werden.

Umfang der Leistung

Die Dauer und Höhe der Leistung „Kurzzeitpflege ohne Pflegebedürftigkeit“ ist identisch mit der gleichlautenden Leistung der Pflegekasse.

Die Krankenkasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen sowie die Kosten für soziale Betreuung und die medizinische Behandlungspflege für **maximal 8 Wochen im Jahr**. Hierfür stellt sie einen Gesamtbetrag von **maximal 1.612 €** zur Verfügung.

Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung (Hotelkosten) und sogenannte **Investitionskosten** muss der Versicherte selbst tragen. Die Leistung wird in zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen erbracht.

2.6 Häusliche Krankenpflege

Für Patienten, die (auch nur übergangsweise) zu Hause betreut werden, kann häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) notwendig werden. Eine Fachkraft übernimmt dann neben der medizinischen Versorgung (Verbandswechsel, Medikamentenvergabe etc.) auch andere Aufgaben wie die Grundpflege und hauswirtschaftliche Tätigkeiten (z. B. Einkaufen oder die Zubereitung von Speisen).

Voraussetzungen

- Verordnung durch den behandelnden Arzt und Genehmigung durch die Krankenkasse
- Kein Haushaltsmitglied kann die Pflege im erforderlichen Umfang sicherstellen
- Neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung steht die medizinische Behandlungspflege im Vordergrund. Ist dies nicht der Fall, kann unter Umständen häusliche Pflege über die Pflegekasse im Rahmen eines Pflegegrades infrage kommen

Arten der häuslichen Krankenpflege

Je nach Ausgangssituation und Zielsetzung gibt es verschiedene Arten der häuslichen Krankenpflege mit unterschiedlichem Leistungsumfang.

Krankenhausvermeidungspflege

Eine Krankenhausvermeidungspflege liegt vor, wenn eine Behandlung in einem Krankenhaus nötig ist, der Patient diese aber nicht wahrnehmen kann oder der Krankenhausaufenthalt durch die häusliche Krankenpflege vermieden bzw. verkürzt werden kann. Eine Krankenhausvermeidungspflege ist **für 4 Wochen je Krankheitsfall** vorgesehen. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) kann diese Frist nach Prüfung allerdings auch verlängern. Die Kosten für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden ebenfalls von der Krankenkasse übernommen.

Sicherungspflege / Behandlungspflege

Damit die Behandlungsziele auch in häuslicher Umgebung – z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt – erreicht werden, überträgt der Arzt medizinische Aufgaben (bspw. Injektionen) an das **Fachpersonal** eines Pflegedienstes. Die Dauer der Kostenübernahme und ob die Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung übernommen werden, hängt von der Satzung der jeweiligen Krankenkasse ab.

WICHTIG

Ein Klinikarzt kann häusliche Krankenpflege für maximal 7 Kalendertage nach Entlassung verordnen und muss den Hausarzt darüber informieren. Dieser kann bei Bedarf die Leistung zeitlich unbegrenzt weiter verordnen.

Psychiatrische Krankenpflege

Für psychisch kranke Patienten gibt es die psychiatrische Krankenpflege, die auch **ambulante psychiatrische Pflege (APP)** genannt wird. Betroffenen ermöglicht sie, ein eigenständiges Leben in ihrem gewohnten Umfeld zu führen und sozial integriert zu bleiben. Durch die APP sollen wiederholte Klinikaufenthalte vermieden werden, da sie oft mit einer Stigmatisierung für den Patienten und seine Angehörigen einhergehen.

Unterstützungspflege

Patienten, die nicht pflegebedürftig im Sinne des Pflegegesetzes sind, können **bis zu 4 Wochen Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung** erhalten, ohne dass gleichzeitig eine medizinische Behandlungspflege notwendig ist (§ 37 Abs. 1a SGB V). Die Unterstützungspflege kommt in Betracht, wenn Patienten bei einer schweren Erkrankung oder bei Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Behandlung in einer Klinik, Hilfe bei der Grundpflege und bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

TIPP

Auch wenn der Patient die Voraussetzungen für häusliche Krankenpflege nicht oder nur teilweise erfüllt, übernimmt die Krankenkasse unter Umständen die Kosten. Es lohnt sich daher, sich direkt an die zuständige Krankenkasse zu wenden.

TIPP

Betroffene sollten bei ihrer Krankenkasse explizit nachfragen, welche Leistungen wie lange übernommen werden und ob Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung dazu gehören.

Ort der Erbringung der häuslichen Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege ist nicht auf die Wohnung des Patienten beschränkt, sondern kann auch an anderen geeigneten Orten, zum Beispiel in betreuten Wohnformen, erbracht werden.

Auch in **Pflegeheimen** ist häusliche Krankenpflege möglich, wenn ein **besonders hoher Pflegebedarf** an medizinischer Behandlungspflege vorliegt, der mindestens 6 Monate dauert. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen.

Zuzahlungen

Der Patient muss für die häusliche Krankenpflege 10 € pro ärztliche Verordnung sowie 10 % der Kosten als Eigenanteil für maximal 28 Tage im Kalenderjahr leisten.

2.7 Krankengeld

Gesetzlich versicherte Patienten haben Anspruch auf Krankengeld, wenn sie aufgrund ihrer Erkrankung länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind oder auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung stationär behandelt werden müssen (§§ 44 ff. SGB V).

Voraussetzungen

Patienten erhalten Krankengeld, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankengeld
- Kein Anspruch (mehr) auf Entgeltersatzleistungen wie z. B. Entgeltfortzahlung, Mutterschaftsgeld, Arbeitslosengeld, Übergangsgeld
- Stationärer Klinikaufenthalt auf Kosten der Krankenkasse

oder

- Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Erkrankung
- Anzeige der Arbeitsunfähigkeit bei der Krankenkasse innerhalb 1 Woche nach der ärztlichen Feststellung (bei Nichteinhaltung ruht das Krankengeld)

Eltern, die ihr erkranktes, mitversichertes Kind unter 12 Jahren pflegen und betreuen, haben ebenfalls Anspruch auf Krankengeld (sog. **Kinderpflegekrankengeld**).

Krankengeldausschluss

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben unter anderem:

- Studenten und Praktikanten
- Familienversicherte
- Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung, einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder vergleichbarer Leistungen
- Bezieher von Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen
- Bezieher von Vorruhestandsgeld
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld
- Patienten, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen
- Rehabilitanden, die für die Dauer der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben keinen Anspruch auf Übergangsgeld haben

Mitwirkungspflichten

Wer Krankengeld bekommt, hat sogenannte Mitwirkungspflichten zu erfüllen. Dazu gehört unter anderem auch die Pflicht, auf Verlangen der Krankenkasse binnen 10 Wochen Rehabilitationsmaßnahmen zu beantragen. Erfüllt ein Patient diese Mitwirkungspflichten nicht, entfällt sein Anspruch auf Krankengeld.

Höhe des Krankengeldes

Gesetzlich Versicherte erhalten bei Arbeitsunfähigkeit in der Regel 6 Wochen lang weiterhin ihr Gehalt bzw. ihren Lohn vom Arbeitgeber. Kann der Patient seine Arbeit nach dieser Zeit noch nicht wieder aufnehmen, zahlt ihm seine Krankenkasse anschließend Krankengeld. Es beträgt **70 % des Bruttoentgelts, jedoch höchstens 90 % des Nettoentgelts**. Ausgezahlt wird der kleinere Wert, von dem noch anteilig die Beiträge zur Sozialversicherung abgezogen werden.

Berechnung

Bei der Berechnung des Krankengeldes werden **das regelmäßige Einkommen sowie Einmalzahlungen der letzten 12 Monate wie Weihnachts- und Urlaubsgeld** zugrunde gelegt, allerdings nur bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze. Daraus ergibt sich für 2020 ein Höchstkrankengeld pro Tag von 109,38 €. Krankengeld wird immer für 30 Kalendertage berechnet und gezahlt.

Vom Krankengeld müssen grundsätzlich **Beiträge zur gesetzlichen Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung abgeführt** werden. In der Regel sind das 12,08 % bei Patienten mit Kind bzw. 12,2 % bei kinderlosen Patienten. Diese Beiträge werden von der Krankenkasse vom Krankengeld einbehalten und an die zuständige Einzugsstelle abgeführt. Patienten, die Leistungen von der Agentur für Arbeit beziehen, bekommen als Krankengeld den Betrag des Arbeitslosengeldes, den sie zuletzt erhalten haben.

BEISPIEL

Berechnung des Krankengeldes (bei Patienten mit Kind):

Monatliches Bruttoeinkommen:	*2.100,00 €*
2.100 € : 30 Kalendertage =	*70,00 €*
Davon 70 % =	*49,00 €*
Monatliches Nettoeinkommen:	*1.500,00 €*
1.500 € : 30 Kalendertage =	*50,00 €*
Davon 90 % =	*45,00 €*
Abzüglich Sozialversicherungsbeiträge (12,08 %):	*5,44 €*
Krankengeld pro Kalendertag:	*39,56 €*
Krankengeld pro Monat:	*1.186,80 €*

Dynamisierung des Krankengeldes

Das Krankengeld wird nach Ablauf eines Jahres angepasst, damit betroffene Patienten, die über einen längeren Zeitraum erkrankt sind, an der Gehaltsentwicklung teilnehmen können. Die sogenannte Dynamisierung des Krankengeldes wird von Amts wegen durch die Krankenkasse vorgenommen und bedarf daher keinen gesonderten Antrag.

Anspruchsdauer

Der Anspruch auf Krankengeld besteht:

- Ab dem Tag der ärztlichen Feststellung
- Maximal für 78 Wochen
- Innerhalb eines 3-Jahreszeitraums ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit
- Wegen derselben Krankheit, d. h. wenn dieselbe nicht ausgeheilte Ursache der Krankheit zugrunde liegt

Das gilt auch, wenn zu der bestehenden Erkrankung eine weitere Krankheit hinzutritt. Allerdings muss, um einen Verlust des Krankengeldes zu vermeiden, darauf geachtet werden, dass die **Krankschreibung lückenlos** ausgestellt ist. Wenn also mehrere Krankschreibungen hintereinander aufgrund der gleichen Erkrankung attestiert werden, darf zwischen den Einzelnen keine zeitliche Lücke entstehen. Wenn also die ursprüngliche Krankschreibung am Freitag endet, muss die darauffolgende spätestens am Montag ausgestellt werden. Samstage zählen hierbei nicht als Werktage.

Hinweis: Mit Inkrafttreten des Terminservice und Versorgungsgesetzes (TSVG) im Mai 2019 haben sich Neuerungen in Bezug auf den Erhalt des Krankengeldes ergeben. Nun bleibt für Versicherte, deren Mitgliedschaft vom Krankengeldbezug abhängt, der Anspruch auf Krankengeld auch dann bestehen, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit nicht nahtlos am nächsten Werktag attestiert wird. Hiernach ruht dann der Anspruch auf Krankengeld bis zur Vorlage der Folge-Bescheinigung, die innerhalb eines Monats vom Arzt ausgestellt und bei der Krankenkasse eingereicht werden muss. Auch die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse bleibt bis dahin bestehen.

Ruhen des Anspruchs

Zeiten, in denen ein Anspruch auf Krankengeld zwar besteht, die Zahlung aber ruht, zählen zur Anspruchsdauer dazu. Ein Beispiel ist die Entgeltfortzahlung innerhalb der ersten 6 Wochen der Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber. Danach erhält der Versicherte das Krankengeld also noch für längstens 72 Wochen.

Neuer Anspruch auf Krankengeld nach Ablauf der 3-Jahresfrist

Hat ein Patient die Anspruchsdauer von 78 Wochen ausgeschöpft, steht ihm nach Ablauf der 3-Jahresfrist erneut Krankengeld zu. Dies gilt allerdings nur, wenn er zwischen dem Ablauf seines Krankengeldanspruchs und einer erneuten Arbeitsunfähigkeit mindestens 6 Monate nicht erwerbsunfähig aufgrund derselben Erkrankung war und mindestens 6 Monate erwerbstätig war oder dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stand.

2.8 Aussteuerung aus der gesetzlichen Krankenkasse

Ein arbeitsunfähiger Patient erhält innerhalb von 3 Jahren für maximal 78 Wochen Krankengeld wegen derselben Erkrankung. Danach endet nicht nur die Zahlung des Krankengeldes, sondern auch die Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies wird auch **als Aussteuerung aus der Krankenversicherung** bezeichnet. Gerade bei schwer kranken Patienten, deren Leiden sich über einen längeren Zeitraum hinzieht, ist eine Aussteuerung wahrscheinlich.

Möglichkeiten nach einer Aussteuerung

Etwa 2 Monate, bevor der Patient ausgesteuert wird, muss ihn seine Krankenkasse darüber informieren. Der Patient hat 2 Möglichkeiten, um weiterhin Leistungen für seine medizinischen Versorgung zu erhalten:

1. Er kann sich freiwillig bei der gesetzlichen Krankenkasse versichern. In diesem Fall muss er die Beiträge selbst entrichten
2. Ist seine Ehepartnerin bzw. sein Ehepartner Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, kann er sich familienversichern. Hierdurch ist er **beitragsfrei mitversichert**

Erklärt der Patient nicht 2 Wochen vor Auslaufen des Krankengeldbezugs seinen Austritt aus der Krankenversicherung, wird er **automatisch freiwillig weiterversichert** und muss dafür entsprechende Beiträge zahlen. Betroffene haben zudem die Möglichkeit, einer privaten Krankenversicherung beizutreten.

Finanzielle Absicherung

Läuft das Krankengeld wegen der Höchstbezugsdauer aus, kann der Betroffene meist danach nicht weiter arbeiten. Ist er dauerhaft erwerbsunfähig oder vermindert erwerbsfähig, kann er bei der Rentenversicherung eine Erwerbsminderungsrente beantragen (siehe Kapitel 6.1 Erwerbsminderungsrente).

Bis über den Rentenantrag entschieden bzw. eine verminderte Erwerbsfähigkeit festgestellt wurde, kann der Patient **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit** bei der Agentur für Arbeit beantragen. Diese Sonderform des Arbeitslosengeldes ist als Überbrückung zwischen dem Bezug von Krankengeld und einer Erwerbsminderungsrente, einer Maßnahme zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung oder einer medizinischen Rehabilitation gedacht (die sogenannte **Nahtlosigkeit-Regelung**).

Zusätzliche Voraussetzungen für den Bezug des Arbeitslosengeldes bei Arbeitsunfähigkeit:

- Weitere Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit oder ein bestehendes Arbeitsverhältnis, das wegen der Krankheit bzw. Behinderung seit mindestens 6 Monaten nicht mehr wahrnehmbar war
- Erfüllung der Anwartschaftszeit: Der Patient muss 2 Jahre vor der Arbeitslosmeldung und dem Beginn der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein
- Es muss absehbar sein, dass der Patient für die nächsten 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung steht

Dauer des Arbeitslosengeldes bei Arbeitsunfähigkeit

Das Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit wird solange gezahlt, bis über den Rentenantrag bzw. über die Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung Behinderter entschieden wurde oder der Anspruch auf Arbeitslosengeld erlischt. Die Höhe der finanziellen Leistung ist abhängig von dem Verdienst des Betroffenen bei Vollbeschäftigung, den er in den letzten 52 Wochen vor seinem Eintritt in die Arbeitslosigkeit erhalten hat.

2.9 Zuzahlungen und Zuzahlungsbefreiung

Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sind eine Form der direkten finanziellen Beteiligung der Versicherten an den Kosten ihrer gesundheitlichen Versorgung. Dies betrifft zum Beispiel Medikamente, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlungen oder Reha Maßnahmen.

TIPP

Arznei- und Hilfsmittelrechnungen sollten immer aufbewahrt werden, da Zuzahlungen nur bis zu einer bestimmten finanziellen Belastungsgrenze geleistet werden müssen. Für alle Kosten, die darüber liegen, können Patienten eine Zuzahlungsbefreiung beantragen.

Höhe der Zuzahlungen

Mit Ausnahme einiger Leistungsarten, für die es gesonderte Zuzahlungsregelungen gibt, müssen Versicherte prinzipiell einen Eigenanteil in Höhe von 10 % der Kosten der Leistung, mindestens 5 € und höchstens 10 € übernehmen, jedoch nie mehr als die Kosten der jeweiligen Leistung.

Leistungsarten und jeweilige Zuzahlungshöhe

LEISTUNGSART	ZUZAHLUNGSHÖHE
Arzneimittel	10 % des Abgabepreises, mindestens 5 €, höchstens 10 € Ausnahme: zuzahlungsfreie Arzneimittel
Verbandmittel	10 % des Abgabepreises, mindestens 5 €, höchstens 10 €
Fahrtkosten	10 % der Fahrtkosten, mindestens 5 €, höchstens 10 € pro Fahrt
Hilfsmittel	10 % der Hilfsmittelkosten, mindestens 5 €, höchstens 10 €, Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel: 10 % der Kosten, höchstens 10 € monatlich
Haushaltshilfe	10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5 €, höchstens 10 €
Heilmittel	10 % der Kosten für die Leistung zzgl. 10 € je Verordnung
Ergotherapie	10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5 €, höchstens 10 €
Häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten pro Tag zzgl. 10 € je Verordnung, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr
Krankenhausbehandlung	10 € pro Tag begrenzt auf maximal 28 Tage im Kalenderjahr; Zuzahlungen für Anschlussheilbehandlungen werden mitberücksichtigt
Ambulante Rehabilitationsmaßnahme	10 € pro Tag, keine zeitliche Begrenzung
Anschlussheilbehandlung	10 € pro Tag begrenzt auf maximal 28 Tage im Kalenderjahr; Zuzahlungen für vorangegangene Krankenhausaufenthalte werden mitberücksichtigt

Informationen für Versicherte in einer privaten Krankenversicherung

Die Leistungen privater Kranken- und Pflegeversicherer orientieren sich am vereinbarten Tarif und sind daher individuell verschieden. Anfragen zu konkreten Leistungsansprüchen können privat versicherte Patienten deshalb mit dem jeweiligen Versicherungsunternehmen klären. Orientierung und Information liefert das Internetportal des Verbandes der Privaten Krankenversicherung: www.derprivatpatient.de

Berechnung der Belastungsgrenze

Grundlage für die Berechnung der Belastungsgrenze ist das **jährliche Familien-Bruttoeinkommen**. Laufende und einmalige Bruttoeinnahmen des Versicherten und seiner im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen, die zur Bestreitung des Lebensunterhaltes bestimmt sind, werden ermittelt.

Zum Beispiel:

- Arbeitsentgelt
- Abfindungen
- Krankengeld
- Arbeitslosengeld
- Kurzarbeitergeld
- Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit
- Altersrente, Witwen- bzw. Witwerrente und andere Renten wegen Todes
- Betriebsrenten
- Basiselterngeld oberhalb 300 €, ElterngeldPlus oberhalb 150 €
- Unterhaltszahlungen
- Kapital- und Mieteinkünfte

WICHTIG

Zweckgebundene Einnahmen, wie beispielsweise Kinder-, Pflege- oder Blindengeld werden nicht berücksichtigt.

Berücksichtigung von Freibeträgen

Vom ermittelten Familienbruttoeinkommen werden Freibeträge für die im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen abgezogen:

- Für den **ersten** im gemeinsamen Haushalt lebenden **Angehörigen** (insb. Ehepartner, eingetragener gleichgeschlechtlicher Lebenspartner) wird ein Freibetrag von 5.733 € abgezogen (15 % der jährlichen Bezugsgröße nach § 62 Abs. 2 S. 2 SGB V)
- Für **jeden weiteren** im gemeinsamen Haushalt lebenden **Angehörigen** des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners wird ein Freibetrag in Höhe von 3.822 € abgezogen (10 % der jährlichen Bezugsgröße nach § 62 Abs. 2 S. 2 SGB V)
- Für **jedes gemeinsame Kind** eines verheirateten Versicherten / eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners wird bei Zusammenveranlagung ein Freibetrag in Höhe von 7.812 € berücksichtigt, im sonstigen Fall in Höhe von 3.906 € (§ 62 Abs. 2 S. 3 SGB V)
- Bei **Alleinerziehenden** wird für jedes Kind ein Freibetrag in Höhe von 7.812 € berücksichtigt

Besonderheit

Bei Personen die Arbeitslosengeld II, Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung beziehen, gilt der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Berechnungsgrundlage für die Ermittlung der Belastungsgrenze für die gesamte Bedarfsgemeinschaft. Der maximale Zuzahlungsbetrag im Jahr 2020 beträgt 103,68 € (Rechnung: 432 € RBS 1 x 12 Monate x 0,02 €) bzw. bei chronisch kranken Personen 51,84 € (Rechnung: 432 € RBS 1 x 12 Monate x 0,01 €).

Beantragung einer Zuzahlungsbefreiung

Es empfiehlt sich folgendes Vorgehen:

1. **Belastungsgrenze** errechnen (gegebenenfalls mit Hilfe der Krankenkasse)
2. Sämtliche **Zuzahlungsbelege** aller Familienmitglieder sammeln und addieren
3. Bei Erreichen der Belastungsgrenze: **Zuzahlungsbefreiung** bei der Krankenkasse beantragen

Zu viel geleistete Zuzahlungen werden von der Krankenkasse zurückerstattet.

Ausnahme

Bei privatversicherten oder beihilfeberechtigten Familienmitgliedern wird das Jahresbruttoeinkommen mit erfasst, eine Berücksichtigung der Zuzahlungen kann nicht erfolgen.

Besonderheit

Sind für den Patienten und seine Familienmitglieder unterschiedliche Krankenkassen zuständig, so errechnet eine Krankenkasse die Belastungsgrenze und stellt einen Befreiungsbescheid aus. Der Bescheid wird dann der anderen Kasse vorgelegt, sodass auch von dieser ein Befreiungsbescheid ausgestellt werden kann.

Zuzahlungen bei chronischen Erkrankungen

Gesetzlich versicherte Patienten, die an einer chronischen Erkrankung leiden, befinden sich in der Regel in ständiger ärztlicher und oftmals auch unterschiedlicher fachtherapeutischer Behandlung. Sie benötigen Heil- und Hilfsmittel und müssen Medikamente einnehmen. Mitunter fallen auch stationäre Klinikaufenthalte an. Für alle diese Leistungen müssen Zuzahlungen geleistet werden. Damit die Betroffenen finanziell nicht zu stark belastet werden, liegt die Belastungsgrenze für diesen Personenkreis bei 1 % des Familienbruttoeinkommen (sog. „Chronikerregelung“).

TIPP

Für chronisch kranke Patienten sind Quittungshefte sinnvoll. Diese sind bei der Krankenkasse oder Apotheke erhältlich. Sofern der Patient und seine Angehörigen ihre Medikamente und Hilfsmittel immer in derselben Apotheke holen, kann der Apotheker eine Kundendatei anlegen, sodass alle Zuzahlungen gespeichert werden und ein Computerausdruck mit Nachweis der Zuzahlungen ausgehändigt werden kann.

Viele Krankenkassen haben auf ihrer Internetseite einen **Zuzahlungsrechner**, mit dem Patienten rasch ihre persönliche Belastungsgrenze ermitteln können. Bei einigen Krankenkassen können sich Versicherte auch registrieren und geleistete Zuzahlungen online erfassen. Bei Erreichung der Belastungsgrenze erhält der Versicherte dann automatisch eine Benachrichtigung der Krankenkasse.

Kriterien für die Inanspruchnahme der reduzierten Belastungsgrenze

Die **1 %-Regelung** gilt für chronisch kranke Menschen, die wenigstens 1 Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurden **(Dauerbehandlung)** und eine der nachfolgenden Kriterien erfüllen:

Pflegebedürftigkeit in Pflegegrad 3, 4 oder 5

oder

Infolge der dauerhaften Erkrankung wurde ein **Grad der Behinderung** (GdB) oder eine **Minderung der Erwerbsfähigkeit** (MdE)/Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 festgestellt.

oder

Eine **kontinuierliche medizinische Versorgung** (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) ist erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Erkrankung zu erwarten ist. (Vgl. Chroniker-Richtline G-BA, Stand März 2018)

BEISPIEL

Berechnung der Belastungsgrenze:
Ein Patient mit einer Alzheimer-Demenz lebt mit seiner Ehefrau in häuslicher Gemeinschaft. Die Ehefrau möchte wissen, wie viel Zuzahlungen ihr Mann leisten muss, bis er befreit wird. Auf Basis ihrer Angaben ermittelt die Krankenkasse die Belastungsgrenze:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen:	*35.500,00 €*
Minus Freibetrag der Ehefrau (= erster Haushaltsangehöriger):	*5.733,00 €*
Ergibt Zwischensumme:	*29.767,00 €*
Davon 1 % = Belastungsgrenze:	*297,67 €*

Wenn im Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 297,67 € im Jahr übersteigen, wird das Ehepaar von weiteren Zuzahlungen befreit.

Nachweis der chronischen Erkrankung

Damit chronisch Kranke die 1 %-Belastungsgrenze – die sogenannte „Chronikerregelung" – in Anspruch nehmen können, müssen sie ihre chronische Erkrankung **durch** folgende **Nachweise belegen**:

Der **GdB**, die **MdE**/**GdS** sowie der **Pflegegrad** müssen durch einen entsprechenden Bescheid der ausstellenden Stelle bestätigt werden. Die Krankheit, aufgrund derer sich der chronisch Kranke in **Dauerbehandlung** befindet, muss im Bescheid genannt sein. Die kontinuierliche Dauerbehandlung,

das therapiegerechte Verhalten und die **Wahrnehmung von Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen** werden mittels ärztlicher Bescheinigung nachgewiesen.

Ausnahme: Personen mit Pflegebedürftigkeit in Pflegegrad 3, 4 oder 5 oder einem GdB/GdS von mindestens 60 benötigen keinen Nachweis, dass sie sich therapiegerecht verhalten. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind ebenfalls von dieser Nachweispflicht befreit.

2.10 Haushaltshilfe

Die Krankenkassen können eine Haushaltshilfe, angestellt bei der Krankenkasse oder einer vertraglich festgelegten Organisation, stellen, die den Patienten im Haushalt unterstützt. Dies geschieht in der Praxis jedoch höchst selten. In der Regel beauftragen die Versicherten selbst eine Ersatzkraft, die die Aufgaben einer Haushaltshilfe übernimmt.

Die zuständige Krankenkasse kommt für die **anfallenden Kosten in angemessener Höhe** (ca. 78 € pro Tag, je nach Satzung der Krankenkasse) auf. Sie gewährt häusliche **Unterstützung für maximal 8 Stunden pro Tag**. In Ausnahmefällen kann sie 10 Stunden täglich bewilligen, zum Beispiel, wenn die haushaltsführende Person alleinerziehend ist.

Übernimmt eine **verwandte oder verschwägerte Person bis zum zweiten Grad** – also die eigenen Eltern, die Eltern des Ehepartners, Kinder, Großeltern, die Großeltern des Ehepartners, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegerkinder oder Schwager/Schwägerin – die Haushaltsführung, werden ihr ausschließlich **Fahrtkosten und nachgewiesener Verdienstausfall** erstattet. Letzterer muss vom Arbeitgeber bestätigt werden.

Voraussetzungen

Ein Patient kann bei seiner Krankenkasse eine Haushaltshilfe beantragen, wenn er sich einer Behandlung im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsklinik unterziehen muss oder häusliche Krankenpflege benötigt und mindestens ein Kind unter 12 Jahren in seinem Haushalt lebt oder Kinder mit Behinderung im Haushalt leben (ohne Altersbeschränkung) und kein weiteres Haushaltsmitglied den Haushalt weiterführen kann.

Dauer

Versicherte ohne Kinder, die schwer erkrankt sind, bei denen sich die Erkrankung verschlimmert hat oder die nach einem Krankenhausaufenthalt (ambulant oder stationär) oder nach einer ambulanten Operation Unterstützung benötigen, haben Anspruch auf eine Haushaltshilfe **für bis zu 4 Wochen**.

Der Anspruch verlängert sich auf bis zu **26 Wochen** Haushaltshilfe für Versicherte, die **mit mindestens einem Kind unter 12 Jahren oder mit einem Kind, das eine Behinderung hat,** im Haushalt leben (§ 38 Abs. 1 SGB V).

Zuzahlungen

Der Patient muss für die häusliche Krankenpflege 10 € pro ärztlicher Verordnung sowie 10 % der Kosten als Eigenanteil für maximal 28 Tage im Kalenderjahr leisten.

Ausnahme: Schwangerschaft und Entbindung

Wenn eine Versicherte aufgrund von Schwangerschaft oder Entbindung nicht in der Lage ist, ihren Haushalt zu führen, kann sie eine Haushaltshilfe bei der Krankenkasse beantragen. Es ist in diesem Fall nicht erforderlich, dass schon ein Kind unter zwölf Jahren im Haushalt lebt und es müssen auch **keine Zuzahlungen** geleistet werden. Die Haushaltshilfe wird solange gewährt, wie es vom Arzt bzw. der Hebamme für notwendig erachtet wird.

3. LEISTUNGEN BEI BEHINDERUNG UND SCHWERBEHINDERUNG

3.1 Behinderung und Schwerbehinderung 42

3.2 Grad der Behinderung 43

3.3 Schwerbehindertenausweis 43

3.4 Merkzeichen 45

3.5 Nachteilsausgleiche 48

3.6 Gleichstellung von Menschen mit Behinderung 54

3.7 Nachteilsausgleiche im Arbeits- und Berufsleben . . . 55

3.8 Leistungen im Arbeits- und Berufsleben 58

3.9 Leistungen zur Aus- und Weiterbildung 60

3.10 Bundesteilhabegesetz 60

3.

LEISTUNGEN BEI BEHINDERUNG UND SCHWERBEHINDERUNG

Ihre körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen berechtigen Patienten in vielen Fällen zu einer anerkannten Behinderung bzw. Schwerbehinderung. Menschen, die behindert oder von einer Behinderung bedroht sind, haben ein Recht auf besonderen Schutz und Hilfe.

3.1 Behinderung und Schwerbehinderung

Wie wird Behinderung definiert?

Eine Behinderung im Sinne des Gesetzes liegt vor, „wenn die körperliche Funktion, die geistige Fähigkeit oder die seelische Gesundheit eines Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ (§ 2 SGB IX)

Was ist eine „Schwerbehinderung“?

Als schwerbehindert gelten Menschen, deren **Grad der Behinderung wenigstens 50 beträgt** und die ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung in Deutschland haben.

Die meisten der Rechte und Vergünstigungen nach dem Sozialgesetzbuch, die sogenannten Nachteilsausgleiche, stehen nur schwerbehinderten Personen zu.

WICHTIG

Umgangssprachlich wird eine Behinderung oft in Prozenten angegeben, z. B. „Ich bin 50 % schwerbehindert. Korrekt müsste es heißen: „Ich habe einen Grad der Behinderung von 50.“

3.2 Grad der Behinderung

Der Grad der Behinderung (GdB) ist die Maßeinheit dafür, wie stark ein Mensch durch seine Behinderung tatsächlich beeinträchtigt ist. Er wird vom Versorgungsamt durch medizinische Gutachten ermittelt und in Zehnergraden von 20 bis 100 festgelegt. Der GdB wird von Gutachtern anhand der **„Versorgungsmedizinischen Grundsätze“** vergeben.

Die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ finden sich auf der Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Sie können dort als Broschüre kostenlos bestellt, heruntergeladen oder online durchgeblättert werden. Online abrufbar unter: www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/k710-anhaltspunkte-fuer-die-aerztliche-gutachtertaetigkeit.html

Liegen mehrere Beeinträchtigungen vor, werden nicht einfach die einzelnen GdB addiert. Entscheidend für den Gesamt-GdB ist, wie sich einzelne Funktionsbeeinträchtigungen zueinander und untereinander auswirken. Die Behinderungen und ihre Auswirkungen werden also in ihrer Gesamtheit betrachtet.

Hinweis: Wird das Ausmaß der Behinderung größer, können Betroffene einen neuen Antrag stellen.

Beantragung eines GdB

Will ein Mensch mit Behinderung die ihm zustehenden Rechte und Vergünstigungen, sogenannte Nachteilsausgleiche, in Anspruch nehmen, muss er seine Behinderung nachweisen. Dazu stellt er beim zuständigen Versorgungsamt einen Antrag. Die Behörde ermittelt die Schwere der Behinderung sowie die mit ihr verbundenen Einschränkungen und stellt den GdB fest.

Was ist bei der Antragstellung zu beachten?

Meist dauert die Bearbeitung dieser Anträge relativ lange, weil das Versorgungsamt Befundberichte bei den angegebenen Ärzten anfordern muss. Um dies zu vermeiden, sollten Betroffene neben dem vollständig ausgefüllten Antragsformular alle aktuellen medizinischen Befundberichte und Gutachten beifügen.

Hinweis: Röntgenbilder oder andere Bildgebungen sollten **nicht** beigelegt werden!

Empfehlenswert ist es außerdem, eine **persönliche Stellungnahme** mitzusenden, in der alle gesundheitlichen Einschränkungen, die länger als 6 Monate bestehen, aufgeführt werden. Sofern während des Verfahrens weitere Krankheiten hinzutreten oder neue Befundberichte / Gutachten erstellt werden, sollten Betroffene diese nachliefern. In der Regel entscheidet das Versorgungsamt auf Basis dieser Unterlagen. Eine persönliche Begutachtung findet nicht statt.

3.3 Schwerbehindertenausweis

Ein Schwerbehindertenausweis dient als Nachweis für die behördlich festgestellte Art und Schwere einer Behinderung. Menschen mit Schwerbehinderung können damit die ihnen zustehenden Vergünstigungen und Hilfen in Anspruch nehmen. Schwerbehinderte Menschen mit einem GdB von mindestens 50 erhalten auf Antrag einen Schwerbehindertenausweis.

Die Anträge zur Feststellung einer Behinderung und auf Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises können in der Regel gemeinsam beim zuständigen Versorgungsamt gestellt werden. Dort gibt es auch die entsprechenden Antragsformulare. Die Adresse des zuständigen Versorgungsamtes erfahren Betroffene online oder bei der Stadt- bzw. Gemeindeverwaltung.

Tipps zur Antragsstellung

- Der Antrag muss vollständig ausgefüllt und unterschrieben werden
- Es sollten alle Grunderkrankungen, aber auch zusätzliche Beeinträchtigungen und Auswirkungen der Erkrankungen angegeben werden
- Im Antrag sollten vor allem die Ärzte, Therapeuten und Kliniken benannt werden, welche den Patienten am intensivsten bezüglich der angeführten Erkrankungen behandeln
- Um das Antragsverfahren zu beschleunigen, sollten sämtliche, die Erkrankungen betreffenden ärztlichen Befunde und Berichte in Kopie beigefügt werden
- Für den Schwerbehindertenausweis wird ein Lichtbild benötigt

Gültigkeitsdauer

Der Schwerbehindertenausweis wird **in der Regel für maximal 5 Jahre** ausgestellt. Wenn die Voraussetzungen weiter vorliegen, kann er bis zu **zweimal** ohne besondere Formalitäten **verlängert** werden. Danach muss ein neuer Ausweis beantragt werden.

Hat sich der Gesundheitszustand des Patienten wesentlich verschlechtert, kann er beim Versorgungsamt eine Erhöhung des GdB beantragen. Es erfolgt dann eine erneute Prüfung. Auch bei einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes muss das Versorgungsamt informiert werden. **Ist keine wesentliche Veränderung** in Art und Schwere der Behinderung **zu erwarten**, kann der Ausweis auch unbefristet ausgestellt werden.

WICHTIG

Ein Schwerbehindertenausweis berechtigt nicht zur Nutzung eines Behindertenparkplatzes! Hier wird ein spezieller Parkausweis benötigt, der merkzeichenabhängig beantragt werden kann.

TIPP

Als Nachweis der Schwerbehinderung gegenüber dem Arbeitgeber sollten Patienten nur den Schwerbehindertenausweis nutzen. Er enthält im Gegensatz zum Bescheid des Versorgungsamtes keine Diagnosen.

3.4 Merkzeichen

Merkzeichen sind Buchstaben, die im Schwerbehindertenausweis eingetragen werden und besondere gesundheitliche Folgen einer Behinderung kennzeichnen. Sie sind mit weitergehenden Nachteilsausgleichen verbunden. Die wichtigsten Merkzeichen sind:

- Merkzeichen G – erheblich gehbehindert
- Merkzeichen aG – außergewöhnlich gehbehindert
- Merkzeichen Bl – blind
- Merkzeichen Gl – gehörlos
- Merkzeichen TBl – taubblind
- Merkzeichen H – hilflos
- Merkzeichen B – berechtigt zur Mitnahme einer Begleitperson
- Merkzeichen RF – Vergünstigungen beim Rundfunkbeitrag

Merkzeichen G

- Kraftfahrzeugsteuerermäßigung
- Freifahrt-Regelung im öffentlichen Personennahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke
- Parkerleichterungen (Oranger-Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen)
- Steuervergünstigungen durch einen Abzugsbetrag für Privatfahrten ab einem GdB von 70
- Bei Altersrente oder Erwerbsminderungsrente Mehrbedarfszuschlag bei der Sozialhilfe
- Zentralschlüssel für Behindertentoiletten ab einem GdB von 70

BEISPIEL

Merkzeichen G

Personen, die wegen einer inneren Erkrankung (z. B. Herz,- Lungenerkrankungen, Epilepsie, Diabetes) oder Beeinträchtigungen am Bewegungsapparat eine schwere Leistungseinschränkung haben und nur eingeschränkt eine Strecke von 2 km bewältigen können, haben Anspruch auf das Merkzeichen „G“.

Merkzeichen aG

- Parkerleichterungen (Blauer EU-Parkausweis)
- Freifahrt-Regelung im öffentlichen Personennahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke
- Kraftfahrtsteuerbefreiung
- Befreiung von Fahrverboten in Umweltzonen
- In einigen Städten und Gemeinden kostenlose oder vergünstigte Fahrdienste, je nach regionaler Regelung
- Bei Altersrente oder Erwerbsminderungsrente Mehrbedarfszuschlag bei der Sozialhilfe

BEISPIEL

Merkzeichen aG

Patienten, die sich nur mit fremder Hilfe und unter größter Anstrengung außerhalb ihres Fahrzeuges bewegen können, erhalten das Merkzeichen aG. Diese mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung, muss mind. einem GdB von 80 entsprechen. Im Besonderen trifft dies auf Personen mit Doppeloberschenkelamputationen, Hüftexartikulationen und Querschnittslähmungen zu. Auch Personen mit einer einseitigen Oberschenkelamputation, die keine Prothese tragen können, und Patienten mit schwersten Herz- Lungenerkrankungen haben Anspruch auf dieses Merkzeichen.

Merkzeichen Bl

- Kraftfahrzeugsteuerbefreiung
- Freifahrt-Regelung im öffentlichen Personennahverkehr mit kostenloser Wertmarke
- Steuervergünstigungen durch einen Pauschbetrag wegen außergewöhnlicher Belastung
- Parkerleichterungen (Blauer EU-Parkausweis)
- Blindengeld
- Blindenhilfe
- Befreiung von Fahrverboten in Umweltzonen
- Telefongebührenermäßigung
- In vielen Städten und Gemeinden eine Befreiung von der Hundesteuer
- Unter bestimmten Voraussetzungen eine Befreiung von der Umsatzsteuer
- Unentgeltliche Beförderung von sog. Blindensendungen

BEISPIEL

Merkzeichen Bl

Das Merkzeichen Bl erhalten Menschen mit vollständig fehlendem Augenlicht und Menschen, die auf beiden Augen und bei beidseitiger Sehprüfung nicht mehr als 1/50 Sehschärfe haben.

Merkzeichen Gl

- Kraftfahrzeugsteuerermäßigung
- Freifahrt-Regelung im öffentlichen Personennahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke
- Telefongebührenermäßigung
- Ermäßigung oder Befreiung vom Rundfunkbeitrag
- Anspruch auf Gebärdensprache bei Behörden, ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, z. B. durch das Hinzuziehen eines Gebärdendolmetschers. Die Kosten muss die Behörde oder der Sozialleistungsträger übernehmen
- In vielen Städten und Gemeinden eine Befreiung von der Hundesteuer

BEISPIEL

Merkzeichen Gl

Hörbehinderte Menschen mit beidseitiger Taubheit und Hörbehinderte mit einer beidseitigen an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit mit schweren Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprachen, geringer Sprachschatz) haben Anspruch auf das Merkzeichen „Gl“.

Merkzeichen TBl

Das Merkzeichen „TBl“ für taubblind steht Personen zu, denen wegen einer Störung der Hörfunktion ein GdB von mindestens 70 und wegen einer Störung des Sehvermögens ein GdB von 100 zuerkannt ist. Da die Gruppe der Anspruchsberechtigten äußerst vielfältig ist, sind mit diesem Merkzeichen, anders als bei den anderen, **keine konkreten Nachteilsausgleiche** verbunden. Das Merkzeichen umfasst auch nicht automatisch die Nachteilsausgleiche für blinde und gehörlose Menschen. Deshalb werden die Merkzeichen „Bl“ (blind) und „Gl“ (gehörlos) bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen zusätzlich zum Merkzeichen „TBl“ in den Schwerbehindertenausweis eingetragen.

In 5 Bundesländern (Bayern, Berlin, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen) gibt es für dieses Merkzeichen **Landesblindengeld**. Die jeweilige Höhe richtet sich nach den einzelnen Bundesländern.

Merkzeichen H

- Freifahrt-Regelung im öffentlichen Personennahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke
- Kraftfahrzeugsteuerbefreiung
- Steuervergünstigungen durch einen Pauschbetrag wegen außergewöhnlicher Belastung
- Befreiung von Fahrverboten in Umweltzonen
- In vielen Städten und Gemeinden eine Befreiung von der Hundesteuer

BEISPIEL

Merkzeichen H

Patienten, die ständig bei den alltäglichen Verrichtungen (An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Verrichtung der Notdurft) fremde Hilfe benötigen, erfüllen die Voraussetzungen für das Merkzeichen „H“. Dies gilt nicht nur für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen, sondern auch für Betroffene, die dies aufgrund geistiger Defizite nicht umsetzen können.

Merkzeichen B

- Unentgeltliche Beförderung einer Begleitperson oder eines Hundes im öffentlichen Nahverkehr sowie im innerdeutschen Fernverkehr, bei einigen deutschen Fluggesellschaften auch im innerdeutschen Linienverkehr
- Kostenlose Sitzplatzreservierung für den schwerbehinderten Menschen und seine Begleitperson bei Reisen mit der Deutschen Bahn
- Die Begleitperson steht unter dem Schutz der Unfallversicherung, wenn sie den behinderten Menschen bei der Ausübung seines Berufes begleitet

BEISPIEL

Merkzeichen B
Schwerbehinderte Menschen, die bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln behinderungsbedingt regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind, erhalten das Merkzeichen „B“. Berechtigt sind Menschen mit Schwerbehinderung, welche die Voraussetzungen für die Merkzeichen „H, G, Gl“ erfüllen. Ein Anspruch besteht stets für Querschnittsgelähmte, Ohnhänder, Blinde und erheblich Sehbehinderte, hochgradig Hörbehinderte, geistig Behinderte und Anfallskranke, bei denen eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr anzunehmen ist.

Merkzeichen RF
- Ermäßigung oder Befreiung vom Rundfunkbeitrag
- Ermäßigte Telefongebühren

Auf das Merkzeichen RF haben Patienten Anspruch, die behinderungsbedingt von öffentlichen Veranstaltungen ausgeschlossen sind. Dies ist z. B. der Fall bei:

- Blinden oder sehbehinderten Menschen mit einem GdB von wenigstens 60
- Hörbehinderten Menschen mit einem GdB von wenigstens 50
- Menschen mit Behinderung, die einen GdB von mindestens 80 haben
- Behinderten Menschen, deren Behinderung als „unzumutbar“ wahrgenommen werden könnte (z. B. durch Entstellung, Geruchsbelästigung, hirnorganische Ausfälle etc.)
- Menschen mit Behinderung, die beispielsweise an ansteckender Lungentuberkulose erkrankt sind sowie Patienten, die nach Organtransplantationen über einen Zeitraum von einem Jahr hinaus Medikamente mit immunsuppressiven Wirkstoffen einnehmen und denen empfohlen wird, Menschenmassen zu vermeiden

3.5 Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderung oder Schwerbehinderung haben in ihrem privaten und beruflichen Alltag mit vielen Nachteilen und Mehraufwendungen zu kämpfen. Um dies abzumildern, können Betroffene in verschiedenen Lebensbereichen sogenannte Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen. So gibt es beispielsweise steuerliche Vergünstigungen, arbeitsrechtliche Sonderregelungen, Vergünstigungen im Bereich der Mobilität und finanzielle Leistungen.

Nachteilsausgleiche werden nur gewährt, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. In der Regel müssen die Leistungen beantragt werden. Sie sind zudem abhängig von den Merkzeichen und dem anerkannten GdB, die beide im Schwerbehindertenausweis eingetragen sind.

Übersicht
Abhängig von ihrem GdB stehen Menschen mit Behinderung bestimmte Rechte und Vergünstigungen zu. Die tabellarische Übersicht zeigt die wichtigsten dieser sogenannten vom GdB abhängigen Nachteilsausgleiche. Dabei schließt ein höherer GdB die Rechte und Vergünstigungen, die Betroffene mit einem niedrigeren GdB haben, mit ein.

Neben den gesetzlich festgelegten Nachteilsausgleichen gibt es auch Vergünstigungen auf freiwilliger Basis. Zahlreiche Freizeiteinrichtungen und Institutionen (z. B. Automobilclubs, Telefonanbieter, Schwimmbad- und Kinobetreiber) bieten Ermäßigungen für Menschen mit Schwerbehinderung an.

Beispiele GdB-abhängiger Nachteilsausgleiche

30 / 40	• Gleichstellung: Arbeitsrechtliche Vorteile möglich • GdB 30: Steuerfreibetrag 310 € bzw. GdB 40: Steuerfreibetrag 430 €
50	• Schwerbehinderteneigenschaft mit Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis • Steuerfreibetrag 570 € • Im Beruf: Besonderer Kündigungsschutz; eine Arbeitswoche Zusatzurlaub; Freistellung von Mehrarbeit; Begleitende Hilfen im Arbeitsleben • Kfz-Finanzierungshilfe für Berufstätige; Vorgezogene Altersrente; Freibetrag beim Wohngeld; Wohnungsbauförderung; Vergünstigungen bei verschiedenen Telefonanbietern; Beitragsermäßigung bei einigen Automobilclubs; Stundenermäßigung bei Lehrern (bundeslandabhängig)
60	• Steuerfreibetrag: 720 € • Unter Umständen: verringerte Zuzahlung für chronisch kranke Schwerbehinderte in der gesetzlichen Krankenversicherung
70	• Steuerfreibetrag: 890 € • Mit Merkzeichen G: Abzugsbetrag für Privatfahrten • Werbungskostenpauschale bzw. tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeitsstätte • Ermäßigungen bei der BahnCard 25 und 50
80	• Steuerfreibetrag: 1.060 € • Freibetrag beim Wohngeld • Abzugsbetrag für Privatfahrten
90	• Steuerfreibetrag: 1.230 € • Sozialtarif der Telekom
100	• Steuerfreibetrag: 1.420 € • Freibetrag beim Wohngeld • Wohnungsbauförderung • Unter Umständen Freibetrag bei der Erbschafts- und Schenkungssteuer

Steuerermäßigungen

Menschen mit Behinderung sind oft durch zusätzliche Kosten finanziell stärker belastet als Nichtbehinderte. Um diesen Nachteil auszugleichen, erhalten sie eine Reihe von Vergünstigungen bei der Lohn- und Einkommenssteuer.

Pauschbetrag für Menschen mit Behinderung

Bei einer Behinderung entstehen regelmäßige Kosten etwa für Medikamente oder den erhöhten Wäschebedarf. Betroffene können für diese Kosten einen Pauschbetrag geltend machen, der vom Einkommen abgezogen wird.

Den Pauschbetrag erhalten:

- Schwerbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50
- Behinderte Menschen mit einem GdB von mindestens 25, wenn ihnen wegen ihrer Behinderung nach gesetzlichen Vorschriften Renten oder andere laufende Bezüge zustehen
- Behinderte Menschen mit einem GdB von mindestens 25, wenn die Behinderung zum dauerhaften Verlust der körperlichen Beweglichkeit geführt hat oder auf einer typischen Berufskrankheit beruht

Die Höhe des Pauschbetrags ist abhängig vom festgestellten Grad der Behinderung:

GRAD DER BEHINDERUNG	JÄHRLICHER PAUSCHBETRAG
25 – 30	310 €
35 – 40	430 €
45 – 50	570 €
55 – 60	720 €
65 – 70	890 €
75 – 80	1.060 €
85 – 90	1.230 €
95 – 100	1.420 €

Kosten für Privatfahrten

Menschen mit Behinderung können je nach Schwere ihrer Beeinträchtigung Fahrtkosten für Privatfahrten in angemessenem Umfang als außergewöhnliche Belastung von der Steuer absetzen. Es können auch Kosten für Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln geltend gemacht werden.

Personen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 80 oder einem GdB von 70 und zugleich dem Merkzeichen G

Kosten für Fahrten, die aufgrund der Behinderung notwendig und unvermeidbar sind (z. B. Fahrten zum Arzt, zur Apotheke, zur Therapie, zum Einkaufen, zu Behörden), können ohne Nachweis geltend gemacht werden. Als angemessen werden 3.000 km jährlich à 0,30 Cent angesehen, also bis zu 900 €. Bei Fahrten über 3.000 km müssen Betroffene nachweisen, dass sie aufgrund der Behinderung notwendig waren.

Außergewöhnlich gehbehinderte (Merkzeichen aG), blinde (Merkzeichen Bl) und hilflose (Merkzeichen H) Menschen

Bei diesem Personenkreis werden auch die Kosten für Erholungs-, Freizeit- und Besuchsfahrten anerkannt. Die Grenze liegt hier bei 15.000 km pro Jahr à 0,30 Cent, also 4.500 €. Die gefahrenen Kilometer müssen nachgewiesen oder glaubhaft gemacht werden.

Werbungskosten

Behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 70 oder einem GdB von mindestens 50 und zugleich dem Merkzeichen G können anstelle der Entfernungspauschalen ihre tatsächlichen Aufwendungen für die Wege zwischen Wohnung und Arbeitsstätte und für Familienheimfahrten ansetzen.

Mobilität

Freifahrtenregelung

Schwerbehinderte Menschen können mit den Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs in der 2. Klasse innerhalb Deutschlands kostenlos und ohne Fahrschein reisen. Sie benötigen hierzu einen Schwerbehindertenausweis mit orangefarbenem Flächenaufdruck sowie ein Beiblatt mit einer gültigen Wertmarke.

Anspruch auf Freifahrten haben schwerbehinderte Personen mit einem orangefarbenen Flächenaufdruck. Die Vorderseite des Schwerbehindertenausweises ist dann in Grün und Orange gehalten. Dies ist bei folgenden Merkzeichen der Fall:

- Merkzeichen G
- Merkzeichen aG
- Merkzeichen Bl
- Merkzeichen Gl
- Merkzeichen H

Zusätzlich zum Schwerbehindertenausweis benötigen die Betroffenen ein **Beiblatt mit gültiger Wertmarke**:

- Eine kostenlose Wertmarke, die zur Freifahrt für 1 Jahr berechtigt, erhalten schwerbehinderte Menschen mit den Merkzeichen H oder Bl sowie einkommensschwache schwerbehinderte Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen
- Schwerbehinderte Menschen mit den Merkzeichen G, aG und Gl müssen eine Wertmarke beim Versorgungsamt erwerben

Eine Wertmarke mit 1 Jahr Gültigkeit kostet 80 €; mit einem halben Jahr Gültigkeit 40 €.

Welche Verkehrsmittel können genutzt werden?

Die Freifahrt kann bundesweit in allen Verkehrsmitteln des Öffentlichen Personennahverkehrs genutzt werden. Hierzu zählen:

- Busse, Straßenbahnen, S-Bahnen und U-Bahnen
- Nahverkehrszüge der Deutschen Bahn (RB, RE, IRE) – nur 2. Klasse
- Schiffe im Linien-, Fähr- und Übersetzverkehr im Ort- und Nachbarschaftsbereich
- Privatbahnen, die Strecken des Öffentlichen Personennahverkehrs betreiben – nur 2. Klasse

Hinweis: Rentner wegen voller Erwerbsminderung oder schwerbehinderte Menschen mit einem GdB von 70 können bei Fahrten mit der Deutschen Bahn einen ermäßigten Fahrpreis erhalten.

Mitnahme von Begleitpersonen, Begleit- und Blindenhunden

Das Merkzeichen B im Schwerbehindertenausweis berechtigt zur kostenfreien Mitnahme einer Begleitperson im Nah- und Fernverkehr, ausgenommen sind Sonderzüge und -wagen. Dies gilt auch dann, wenn die schwerbehinderte Person keine Wertmarke besitzt. Anstelle einer Begleitperson kann auch ein Begleithund kostenlos mitgenommen werden. Blindenhunde werden zusätzlich zu einer Begleitperson unentgeltlich befördert, wenn im Ausweis das Merkzeichen Bl eingetragen ist. Bei Reisen mit der Deutschen Bahn können Personen mit dem Merkzeichen B oder Bl kostenlos bis zu 2 Sitzplätze reservieren.

Parkerleichterungen für schwerbehinderte Menschen

Unter bestimmten Voraussetzungen können Menschen mit einer Schwerbehinderung Parkausweise beantragen, mit denen sie von Parkerleichterungen profitieren. Berechtigte können beispielsweise an Stellen parken, an denen es anderen Verkehrsteilnehmern verboten ist, oder sie haben Anspruch auf einen Behindertenparkplatz.

Betroffene können Parkausweise und Sonderparkplätze bei der örtlich zuständigen Straßenverkehrsbehörde oder der Stadt- oder Gemeindeverwaltung beantragen.

Blauer EU-Parkausweis

Der blaue EU-Parkausweis ist in allen Mitgliedsstaaten der EU und zahlreichen anderen Ländern gültig.

Diese Ausnahmegenehmigung erhalten:

- Schwerbehinderte Menschen mit einer außergewöhnlichen Gehbehinderung **(Merkzeichen aG)**
- Menschen mit vorübergehender außergewöhnlicher Gehbehinderung
- Blinde Menschen **(Merkzeichen Bl)**
- Menschen mit beidseitiger Amelie oder Phokomelie oder mit vergleichbaren Beeinträchtigungen (z. B. Amputation beider Arme)

Orangefarbener Parkausweis

Der orangefarbene Parkausweis gilt in ganz Deutschland.

Diese Ausnahmegenehmigung erhalten:

- schwerbehinderte Menschen mit den **Merkzeichen G und Merkzeichen B** und einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 80 allein aufgrund von Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen
- schwerbehinderte Menschen mit den Merkzeichen G und B und einem GdB von mindestens 70 allein aufgrund von Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen und einem GdB von mindestens 50 aufgrund von Funktionsstörungen des Herzens oder der Atmungsorgane
- Personen, die an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa erkrankt sind und hierfür einen GdB von wenigstens 60 zuerkannt bekommen haben
- Personen mit künstlichem Darmausgang und künstlicher Harnableitung, wenn hierfür ein GdB von wenigstens 70 vorliegt

Parkerleichterungen, die in Deutschland gelten

Schwerbehinderte Menschen mit einem blauen oder orangefarbenen Parkausweis haben in Deutschland Anspruch auf folgende Parkerleichterungen:

- Parken im eingeschränkten Halteverbot und auf Anwohnerparkplätzen bis zu drei Stunden mit Parkscheibe
- Kostenfreies und zeitlich unbegrenztes Parken an Parkuhren und Parkscheinautomaten
- Überschreitung der zugelassenen Parkdauer im Zonenhalteverbot
- Überschreitung der zugelassenen Parkdauer an Stellen, die als Parkplatz oder Parken auf Gehwegen gekennzeichnet sind
- Parken in Fußgängerzonen während der freigegebenen Ladezeit
- Parken in verkehrsberuhigten Zonen auch außerhalb der gekennzeichneten Flächen, wenn dadurch der Verkehr nicht behindert wird

WICHTIG

Das Parken auf Behindertenparkplätzen (ausgewiesene Behindertenparkplätze mit dem Rollstuhl-Symbol) ist bundesweit ausschließlich mit dem blauen Parkausweis gestattet. Der orangefarbenen Ausweise berechtigt nicht zur Nutzung dieser Parkplätze!

Sonderparkplatz

Für **blinde (Merkzeichen Bl)** oder außergewöhnlich **gehbehinderte (Merkzeichen aG)** Menschen kann unter bestimmten Voraussetzungen in der Nähe ihrer Wohnung oder ihrer Arbeitsstätte ein personenbezogener Einzelparkplatz reserviert werden.

Behindertentoiletten

Zahlreiche öffentliche Behindertentoiletten in Deutschland, Österreich, der Schweiz und einigen anderen europäischen Ländern sind mit einer einheitlichen Schließanlage ausgerüstet. Betroffene können sie mit dem sogenannten Euro-WC-Schlüssel nutzen.

Berechtigt zum Kauf eines Euro-WC-Schlüssels sind Personen, die in ihrem Schwerbehindertenausweis eines der Merkzeichen aG, B, Bl oder H **oder** das Merkzeichen G und einen Grad der Behinderung von mindestens 70 eingetragen haben.

TIPP

Der Euro-WC-Schlüssel kann beim „Club Behinderter und ihrer Freunde (CBF)“ gegen eine Gebühr angefordert werden.

3.6 Gleichstellung von Menschen mit Behinderung

Wenn Menschen mit Behinderung mit einem GdB von 30 oder 40 infolge ihrer Behinderung keinen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder behalten, kann die Agentur für Arbeit sie auf Antrag schwerbehinderten Menschen gleichstellen.

Der Antrag

Der Antrag auf Gleichstellung kann schriftlich, telefonisch oder mündlich bei der Agentur für Arbeit gestellt werden. Diese sendet an den Antragsteller, den Arbeitgeber, die Schwerbehindertenvertretung und den Personal-/Betriebsrat Formulare, die auszufüllen sind und auf deren Grundlage die Beurteilung erfolgt.

Wer wird gleichgestellt?

Ist behinderungsbedingt der Arbeitsplatz gefährdet oder bestehen aufgrund der Behinderung Wettbewerbsnachteile auf dem Arbeitsmarkt, kann ein Arbeitnehmer gleichgestellt werden. Zudem muss der Arbeitsplatz geeignet sein, d. h. die Tätigkeit darf zu keiner gesundheitlichen Verschlechterung führen.

Die Gleichstellung hat folgende Auswirkungen:

- Besonderer Kündigungsschutz
- Besondere Einstellungs-/Beschäftigungsanreize für Arbeitgeber durch Lohnkostenzuschüsse sowie Berücksichtigung bei der Beschäftigungspflicht
- Hilfen zur Arbeitsplatzausstattung
- Betreuung durch spezielle Fachdienste

BEISPIEL

Eine Patientin hat beim Versorgungsamt einen Antrag auf Schwerbehinderung gestellt. Im Bescheid steht nun, dass ihr ein Grad der Behinderung von 40 zuerkannt wurde. Da die Patientin einen GdB von 40 hat, gilt sie im Sinne des Gesetzes nicht als schwerbehindert. Sie kann jedoch bei der Agentur für Arbeit einen Antrag auf Gleichstellung stellen. Wird diesem Antrag stattgegeben, ist sie in einigen Punkten schwerbehinderten Menschen gleichgestellt und hat u. a. auch Anspruch auf den besonderen Kündigungsschutz.

WICHTIG

Gleichgestellte Personen haben keinen Anspruch auf Zusatzurlaub und auf Inanspruchnahme der vorgezogenen Altersrente für schwerbehinderte Menschen. Weitere Faktoren, die für gleichgestellte Personen nicht zur Anwendung kommen sind der Schwerbehindertenausweis und Freifahrten mit den Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs.

3.7 Nachteilsausgleiche im Arbeits- und Berufsleben

Schwerbehinderte Menschen (ab einem GdB von 50 oder Gleichgestellte) sind im Berufsleben mit besonderen Herausforderungen konfrontiert. Mit verschiedenen Sonderregelungen wird versucht, durch die Behinderung entstehende Nachteile wieder auszugleichen.

Besonderer Kündigungsschutz

Schwerbehinderte Arbeitnehmer oder Menschen mit Behinderung, die von der Agentur für Arbeit Schwerbehinderten gleichgestellt wurden, genießen einen besonderen Kündigungsschutz. Der Arbeitnehmer kann ihnen nur kündigen, wenn das zuständige Integrationsamt zustimmt. Die Kündigungsfrist bei ordentlichen Kündigungen beträgt 4 Wochen. Wenn der Arbeitnehmer sich auf seinen besonderen Kündigungsschutz berufen möchte, muss er innerhalb von 3 Wochen den Arbeitgeber über seinen Schwerbehindertenstatus informieren, sofern dies nicht schon früher geschehen ist.

Das Integrationsamt hört den Mitarbeiter an, holt Stellungnahmen des Betriebsrats bzw. des Personalrats und der Schwerbehindertenvertretung ein und wirkt auf eine gütliche Einigung hin. Der besondere Kündigungsschutz gilt nur für sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse, die seit mindestens 6 Monaten bestehen. Er wird zudem nur dann wirksam, wenn die Kündigung im Zusammenhang mit der Behinderung steht.

WICHTIG

Der Kündigungsschutz bedeutet nicht, dass schwerbehinderten Mitarbeitern nicht gekündigt werden kann.

Zusatzurlaub

Schwerbehinderte Menschen erhalten jährlich einen zusätzlichen Urlaub von 1 Arbeitswoche. Umfasst eine Arbeitswoche beispielsweise 4 Arbeitstage, stehen dem schwerbehinderten Arbeitnehmer 4 Tage Zusatzurlaub zu. Sehen der Tarifvertrag oder sonstige Regelungen einen längeren Zusatzurlaub vor, so gilt dieser. Für das Jahr, in dem die Schwerbehinderteneigenschaft festgestellt wird, wird der Zusatzurlaub anteilig berechnet.

BEISPIEL

Ein Patient mit anerkannter Schwerbehinderung arbeitet 2 Tage die Woche bei seinem Arbeitgeber. Es stehen ihm dann 2 Tage Zusatzurlaub zu.

Freistellung von Mehrarbeit

Menschen mit Behinderung und ihnen gleichgestellte Beschäftigte können sich von Mehrarbeit freistellen lassen. Arbeitnehmer leisten Mehrarbeit, wenn sie die gesetzlich festgelegte werktägliche Arbeitszeit von 8 Stunden überschreiten. Diese 8-Stunden-Grenze gilt grundsätzlich auch für teilzeitbeschäftigte Menschen mit Behinderung.

Ausnahme

Die Teilzeitarbeit ist wegen der Behinderung notwendig und der Betroffene kann aufgrund der Art und Schwere seiner Behinderung auch vorübergehend nicht mehr als die von ihm normalerweise erbrachte Arbeitszeit leisten.

WICHTIG

Die Freistellung bedeutet kein generelles Verbot von Mehrarbeit. Schwerbehinderte Arbeitnehmer können selbst entscheiden, ob sie Mehrarbeit leisten oder sich davon freistellen lassen möchten.

Der schwerbehinderte Arbeitnehmer muss eine Freistellung von Mehrarbeit rechtzeitig und am besten schriftlich gegenüber dem Arbeitgeber geltend machen. Eine besondere Freistellungserklärung von Seiten des Arbeitgebers ist bei berechtigtem Anspruch auf Freistellung von Mehrarbeit nicht erforderlich.

Recht auf Teilzeitarbeit

Schwerbehinderte und gleichgestellte Menschen mit Behinderung haben einen Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung, wenn die kürzere Arbeitszeit wegen Art und Schwere ihrer Behinderung notwendig ist. Der Anspruch entsteht, wenn die vertraglich festgelegte Arbeitsleistung behinderungsbedingt nicht mehr geleistet werden kann.

Vorgezogene Altersrente

Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50 können vorzeitig in Rente gehen. Um Anspruch auf eine vorgezogene Altersente zu haben, müssen Betroffene die **Mindestversicherungszeit von 35 Jahren** erfüllen und bei Antritt der Rente einen gültigen Schwerbehindertenausweis besitzen. Die Rente wird, abhängig vom Geburtsdatum und dem Zeitpunkt des Rentenantritts (grundsätzlich frühestens ab 60 Jahren), komplett oder mit Kürzungen ausbezahlt. Weitere Informationen erhalten Menschen mit Behinderung bei ihrer Rentenversicherung.

Exkurs: Integrationsämter

Die Integrationsämter übernehmen wesentliche Aufgaben bei der Eingliederung schwerbehinderter Menschen in das Arbeitsleben.

Die Integrationsämter sind u. a. zuständig für die

- Unterstützung sowohl von Arbeitgebern als auch von schwerbehinderten Arbeitnehmern durch begleitende Hilfen im Arbeitsleben. Hier sind neben einer fachlichen Beratung, z. B. in Form einer technischen Unterweisung bei der behinderungsgerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes, auch finanzielle Hilfen, wie die Kostenübernahme für die Umgestaltung oder für eine notwendige Arbeitsassistenz möglich
- Durchführung des besonderen Kündigungsschutzes behinderter Arbeitnehmer
- Erhebung und Verwendung der sogenannten Ausgleichsabgabe. Diese müssen alle Arbeitgeber zahlen, die weniger schwerbehinderte Menschen beschäftigen, als es gesetzlich vorgeschrieben ist

Die Leistungen des Integrationsamtes sind immer individuell auf die Bedürfnisse des behinderten Arbeitsnehmers zugeschnitten und stellen eine Ergänzung zu den vorrangigen Leistungen der Rehabilitationsträger dar.

Für die Durchführung der individuellen Unterstützung, Begleitung und Betreuung nutzen Integrationsämter die Dienste Dritter, die Integrationsfachdienste. Kontaktdaten aller bundesweiten Ämter und Fachdienste sind zu finden unter: www.integrationsaemter.de/kontakt/89c7/index.html

3.8 Leistungen im Arbeits- und Berufsleben

Menschen mit Schwerbehinderung oder ihnen gleichgestellte Beschäftigte und ihre jeweiligen Arbeitgeber können auf Antrag Leistungen zur **begleitenden Hilfe im Arbeitsleben** erhalten. Dadurch soll einer sozialen Benachteiligung schwerbehinderter Menschen entgegengewirkt sowie geeignete Arbeitsplätze geschaffen werden. Durchgeführt werden die Hilfen in Zusammenarbeit der Integrationsämter mit der Bundesagentur für Arbeit und den übrigen Rehabilitationsträgern.

Technische Arbeitshilfen

Technische Arbeitshilfen zielen darauf ab, schwerbehinderte sowie gleichgestellte Arbeitnehmer bei der Ausführung einer beruflichen Tätigkeit zu unterstützen bzw. diese überhaupt erst zu ermöglichen.

Die Kosten einer technischen Arbeitshilfe werden bezuschusst, wenn:

- Mit der Arbeitshilfe eine berufliche Teilhabe ermöglicht, erleichtert oder gesichert werden kann
- Der Arbeitgeber die Kosten nicht im Rahmen der behindertengerechten Arbeitsplatzausstattung trägt
- Der Arbeitnehmer für die Finanzierung der Hilfen nicht aufkommen kann

Der Kostenzuschuss sollte vor Bestellung der Arbeitshilfe beantragt werden. Zur Unterstützungsleistung zählen ebenfalls die Ersatzbeschaffung, Wartung, Instandhaltung, Ausbildung im Gebrauch sowie eine Anpassung an technische Weiterentwicklungen.

Arbeitsassistenz

Schwerbehinderte Arbeitnehmer oder gleichgestellte mit erhöhtem Unterstützungsbedarf haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf eine Arbeitsassistenz.

Arbeitsassistenz ist eine Geldleistung, mit der Betroffene regelmäßige Hilfstätigkeiten erhalten können, die notwendig sind, um einen Arbeitsplatz zu sichern oder zu erlangen. Die eingesetzten Assistenzkräfte verrichten unterstützende Tätigkeiten, die der schwerbehinderte Mensch behinderungsbedingt selbst nicht erledigen kann. Die Kerntätigkeiten der Arbeitsstelle kann der Betroffene jedoch eigenständig erbringen.

Beispiele für Arbeitsassistenz sind:

- Vorlesekräfte für blinde oder stark sehbehinderte Menschen
- Gebärdensprachdolmetscher für gehörlose Menschen
- Hilfe für körperlich behinderte Menschen durch das Anreichen von Gegenständen oder Tragen von Unterlagen

Hinweis: Allgemeine pflegerische oder betreuerische Hilfen, die nicht in Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit stehen, gelten nicht als Arbeitsassistenz.

Bei der Arbeitsassistenz handelt es sich um eine finanzielle Leistung des zuständigen Kostenträgers, mit der ein schwerbehinderter Arbeitnehmer die benötigten Assistenzkräfte bezahlen kann. Dieser Geldbetrag wird oft als sogenanntes Persönliches Budget gewährt.

Der schwerbehinderte Arbeitnehmer bestimmt in Eigenregie seinen individuellen Unterstützungsbedarf, d. h. er ist selbst für die Organisation und Gestaltung der Arbeitsassistenz verantwortlich. Er hat die Wahl, die Assistenzkraft selbst zu beschäftigen (Arbeitgebermodell) oder einen Anbieter von Assistenzleistungen damit zu beauftragen (Dienstleistungsmodell).

Persönliches Budget

Menschen mit Behinderung können anstelle von Dienst- und Sachleistungen von den zuständigen Leistungsträgern auf Antrag monatliche oder einmalige Geldleistungen erhalten, das „Persönliches Budget". Betroffene können damit die individuell notwendigen **Unterstützungsleistungen selbständig und eigenverantwortlich einkaufen und bezahlen**. Sie sind damit nicht mehr Hilfeempfänger, sondern selbstbestimmte Kunden oder auch Arbeitgeber von Dienstleistern.

Betroffene können das Persönliche Budget bei einem der möglichen Leistungsträger (z.B. Rentenversicherung, Eingliederungshilfeträger, Bundesagentur für Arbeit etc.) beantragen.

Die Höhe des Persönlichen Budgets **hängt vom konkreten Unterstützungsbedarf** des Antragsstellers **ab**. Dieser wird in einer gemeinsamen **Hilfeplan- oder Budgetkonferenz** ermittelt. Daraufhin wird eine Zielvereinbarung zwischen dem Betroffenem und dem Leistungsträger beschlossen. Diese enthält individuelle Förder- und Leistungsziele sowie die vereinbarte Regelung über den Nachweis der erbrachten Leistungen und über die Qualitätssicherung.

Der Leistungsträger erstellt abschließend einen Bescheid, der u. a. die bewilligten Leistungen, die Höhe des monatlich auszuzahlenden Budgets, die Bewilligungsdauer (bis zu 2 Jahre), die beteiligten Kostenträger und die Zielvereinbarung beinhaltet.

TIPP

Eine ausführliche Broschüre wie auch eine DVD mit dem Titel „Das trägerübergreifende Persönliche Budget" können online im Medienbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (unter Publikationen) kostenlos bestellt werden.

www.bmas.de/DE/Service/Medien/medien.html

Als weitere begleitende Hilfen im Arbeitsleben gelten

- Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes
- Hilfen zur Gründung einer selbstständigen beruflichen Existenz
- Hilfen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung
- Hilfen zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten
- Hilfen in besonderen Lebenslagen
- Hilfen zur individuellen betrieblichen Qualifizierung (Unterstützende Beschäftigung)
- Jobcoaching

Exkurs: Leistungen an Arbeitgeber

Neben schwerbehinderten und gleichgestellten Arbeitnehmern können auch Arbeitgeber unterstützende Leistungen beantragen. Dazu zählen u. a.:

- Investitionshilfen zur Schaffung von Arbeitsplätzen
- Behindertengerechte Gestaltung von Arbeitsstätten und Arbeitsplätzen
- Personelle Unterstützung
- Beschäftigungssicherungszuschuss
- Beratung und Betreuung
- Budget für Arbeit
- Eingliederungszuschuss
- Zuschuss zu einer befristeten Probebeschäftigung

3.9 Leistungen zur Aus- und Weiterbildung

Um Menschen mit Behinderung oder Schwerbehinderung die Teilhabe an Bildung zu ermöglichen, werden ihnen unterschiedliche Leistungen zur Aus- und Weiterbildung gewährt.

Dazu zählen beispielsweise:

- Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung, wenn die Aus- oder Weiterbildung aus behinderungsbedingten Gründen sonst nicht möglich wäre
- Ausbildungsgeld für Jugendliche mit Behinderung, die noch keine Ausbildung abgeschlossen haben
- Nachteilsausgleiche bei Abschluss- und Gesellenprüfungen, z. B. in Form von Zeitverlängerungen oder Schreibassistenzen
- Eingliederungshilfen für Studierende mit Behinderung, z. B. durch Kostenzuschüsse für persönliche Hilfen, Lernmittel oder Fahrtkosten
- Erstausbildung in einem Berufsbildungswerk (BBW) für junge Menschen mit Behinderung
- Eingliederung von erwachsenen Menschen mit Behinderung in einem Berufsförderungswerk (BFW)

Beratung, Begleitung und Vermittlung rund um die Themen Berufswahl, (Wieder-)Eingliederung oder Berufswechsel können Betroffene in den Beratungsstellen der Integrationsfachdienste erhalten. Kontaktdaten der bundesweiten Einrichtungen sind abrufbar unter: www.integrationsaemter.de/ifd/88c51/index.html

TIPP

Ausführliche Informationen zum Thema „Wege zur beruflichen Teilhabe“ finden Betroffene online unter www.rehadat-bildung.de/de

3.10 Bundesteilhabegesetz

Das zum 01.01.2017 neu in Kraft getretene Bundesteilhabegesetz (BTHG) wird stufenweise geändert und soll bis 2023 abschließend umgesetzt werden. Es ist die größte Reformänderung seit Einführung des SGB IX im Jahr 2001.

In Anlehnung an die UN-Behindertenrechtskonvention soll die Neuregelung Menschen mit Behinderung ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen und die Teilhabe am sozialen Leben fördern.

Die Umsetzung der Reform erfolgt in **4 Stufen**:

1. Stufe (seit 01.01.2017)
- Änderungen des Schwerbehindertenrechts, insbesondere beim Recht der Schwerbehindertenvertretung
- Verbesserungen der Einkommen- und Vermögensberücksichtigung im SGB XII (Einkommensfreibetrag: bis zu 260 € monatlich; Vermögensfreibetrag 25.000 €)
- Erhöhung des Schonvermögens für Bezieher von SGB-XII-Leistungen von 2.600 € auf 5.000 €

2. Stufe (seit 01.01.2018)
- Einführung SGB IX Teil 1 (Verfahrensrecht) und Teil 3 (Schwerbehindertenrecht)
- Verbesserungen im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und im Gesamtplanverfahren in der Eingliederungshilfe
- Neue Beratungsstellen der Unabhängigen Teilhabeberatung (s. u.)

3. Reformstufe (seit 01.01.2020)
- Einführung SGB IX, Teil 2 (Eingliederungshilferecht)
- Trennung der Fachleistungen der Eingliederungshilfe von den existenzsichernden Leistungen
- Weitere Änderungen in der Einkommens- und Vermögensheranziehung: Der Vermögensfreibetrag beträgt im Jahr 2020 57.330 €, das entspricht 150 % der jährlichen Bezugsgröße. Partnereinkommen und -vermögen wird nicht mehr berücksichtigt

Hinweis: Mit Inkrafttreten der 3. Reformstufe haben sich ebenfalls weitreichende Änderungen für volljährige Menschen mit Behinderung ergeben, die in stationären Wohneinrichtungen leben. Nähere Informationen sind zum Beispiel in Internet auf den Seiten der Lebenshilfe unter www.lebenshilfe.de zu finden.

4. Reformstufe (ab 01.01.2023)
- Neubestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises in der Eingliederungshilfe

Weiterführende Informationen finden Interessierte auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter: www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Inklusion/bundesteilhabegesetz.html

Unabhängige Teilhabeberatung

Seit dem 01.01.2018 gibt es die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB). In bundesweiten Beratungsstellen erhalten Menschen mit Behinderung, von Behinderung bedrohte Menschen und deren Angehörige kostenlose Beratung und Unterstützung zu individuellen Rehabilitationsleistungen, Teilhabe am Arbeitsleben und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Nach der Methode des Peer Counseling werden die **Beratungen von Betroffenen für Betroffene** unabhängig und ergänzend zu den bereits bestehenden Beratungsangeboten der Rehabilitationsträger durchgeführt.

Weitere Informationen und Beratungsstellen in der Nähe finden Betroffene unter: www.teilhabeberatung.de

4. LEISTUNGEN DER GESETZLICHEN PFLEGEVERSICHERUNG

4.1 Voraussetzungen zum Leistungsbezug 64

4.2 Antrag auf Pflegeleistungen. 65

4.3 Fristen für die Pflegebegutachtung 65

4.4 Pflegegutachten des MDK 66

4.5 Pflegegrade 69

4.6 Leistungen bei häuslicher Pflege 71

4.7 Unterstützung durch eine ausländische Haushaltshilfe / Pflegekraft 81

4.8 Entlastungsmöglichkeiten für die Pflegeperson 82

4.9 Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege. 88

4.

LEISTUNGEN DER GESETZLICHEN PFLEGEVERSICHERUNG

Für die meisten Menschen ist es ein bedrückender Gedanke, aufgrund von Alter, Krankheit oder Behinderung nicht mehr selbst für sich sorgen zu können. In der Regel beschäftigen wir uns daher kaum mit dem Thema Pflege – bis wir selbst davon betroffen sind.

Die meisten Betroffenen ziehen die Pflege zu Hause in vertrauter Umgebung dem Aufenthalt in einem Alten- und Pflegeheim vor. Fast zwei Drittel der Pflegebedürftigen in Deutschland werden von den Angehörigen betreut, entweder allein oder mit Unterstützung eines Pflegedienstes. Nur etwas weniger als ein Drittel wird vollstationär in einem Pflegeheim betreut. Betroffene Familien können zur Entlastung und finanziellen Unterstützung Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Der Leistungsumfang ist abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit.

4.1 Voraussetzungen zum Leistungsbezug

Um Leistungen der gesetzlichen Pflegekasse beanspruchen zu können, muss der Betroffene **pflegebedürftig** im Sinne des Pflegegesetzes sein, die **Vorversicherungszeit** erfüllen und bei der **Pflegekasse** einen **Antrag** stellen.

„Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe anderer bedürfen.“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI)

Unter Selbstständigkeit wird eine Situations-/Lebensbewältigung ohne Fremdhilfe, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Hilfsmitteln, verstanden.

Die **Vorversicherungszeit** ist erfüllt, wenn Patienten **in den letzten 10 Jahren** vor Antragstellung **mindestens 2 Jahre** in die **Pflegeversicherung** eingezahlt haben.

Zudem muss die **Pflegebedürftigkeit auf Dauer**, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in einer entsprechenden pflegegradrelevanten Schwere bestehen.

4.2 Antrag auf Pflegeleistungen

Der Antrag kann **zunächst formlos** gestellt werden, zum Beispiel durch eine E-Mail oder einem Telefonanruf bei der Pflegekasse. Die Kontaktdaten sind identisch mit denen der Krankenkasse. Bei einem Telefonat sollte sich der Antragsteller **unbedingt den Tag des Anrufs** als Datum der Antragstellung **notieren**. Bis zur Zustellung des Bescheids dauert es in der Regel einige Wochen. Abhängig vom bewilligten Pflegegrad werden Leistungen schon ab dem Tag der Antragstellung erstattet. Belege für bereits in Anspruch genommene Leistungen sollten daher aufbewahrt werden. Den Antrag können der Versicherte, ein vom ihm Bevollmächtigter oder ein gesetzlicher Betreuer stellen. Dritte können mit Einwilligung des Versicherten die Pflegekasse über eine eingetretene Pflegebedürftigkeit informieren.

Nach Eingang des Antrags ist die Pflegekasse dazu verpflichtet, einen Termin zu einer **unentgeltlichen Pflegeberatung** anzubieten. Die Kasse muss dabei unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anbieten oder einen Gutschein für entsprechende Beratungsstellen ausstellen, wo innerhalb von 2 Wochen die Beratung stattfinden kann.

4.3 Fristen für die Pflegebegutachtung

In der Regel muss der Bescheid der Pflegekasse 5 Wochen nach Antragstellung schriftlich vorliegen. In einigen Situationen ist eine sofortige Begutachtung, **spätestens 1 Woche nach Eingang des Antrags** bei der Pflegekasse, notwendig:

Wenn sich der Antragsteller in einem Hospiz befindet, ambulant palliativ versorgt wird oder sich im Krankenhaus oder in einer Reha-Einrichtung befindet. Zudem müssen Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung eine Begutachtung in der jeweiligen Einrichtung erforderlich ist. Eine zeitnahe Begutachtung ist auch notwendig, wenn die Pflegeperson beim Arbeitgeber Pflegezeit oder Familienpflegezeit angekündigt hat. Die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden.

Eine **Begutachtung innerhalb von 2 Wochen** nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse ist erforderlich:

Wenn der Antragsteller sich in häuslicher Umgebung befindet, ohne palliativ versorgt zu werden und die Pflegeperson beim Arbeitgeber Pflegezeit oder Familienpflegezeit angekündigt hat.

WICHTIG

Bei verkürzten Begutachtungsfristen informiert der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen (MDK) den Antragsteller und die Pflegekasse unverzüglich darüber, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegegesetzes vorliegt. Die Pflegekasse muss dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang der MDK-Empfehlung ihre Entscheidung schriftlich mitteilen. Die abschließende Begutachtung mit einer konkreten Empfehlung zu einem Pflegegrad muss umgehend erfolgen.

4.4 Pflegegutachten des MDK

Im Auftrag der Pflegekasse erstellt der MDK ein Pflegegutachten. Der Gutachter kündigt sein Kommen etwa 1–2 Wochen vorher schriftlich an. Im Rahmen der Begutachtung ermittelt der Pflegegutachter das Ausmaß von Störungen und Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und prüft gleichzeitig, ob und gegebenenfalls welche Ressourcen vorhanden sind.

Module

Geprüft werden **6 Lebensbereiche** (Module), die bei der Auswertung **unterschiedlich gewichtet** werden (siehe Prozentangabe in Klammern). Die Addierung der einzelnen Modulbewertungen ergibt den jeweiligen Pflegegrad. Beeinträchtigungen in den Bereichen der außerhäuslichen Aktivitäten und Haushaltführung werden ebenfalls erfasst, fließen jedoch nicht in die Bewertung mit ein. Sie sind Basis für die Pflege- und Hilfeplanung.

Modul 1: Mobilität (10 %)

Der Gutachter stellt fest, ob Beeinträchtigungen der motorischen Fähigkeiten – z. B. Umsetzen, Fortbewegen in der Wohnung, Treppensteigen – vorliegen, und ordnet diese einem Bereich zu: selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig, unselbstständig.

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Modul 2 + 3 gesamt 15 %)

Die geistigen Fähigkeiten des Patienten – z. B. zeitliche und örtliche Orientierung, Verstehen von Sachverhalten, Treffen von Entscheidungen, Beteiligung an einem Gespräch – werden eingeschätzt: vorhanden/unbeeinträchtigt, größtenteils vorhanden, in geringem Maße vorhanden, nicht vorhanden.

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Treten krankheitsbedingte Verhaltensweisen, z. B. nächtliche Unruhe, verbale und physische Aggression oder Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, immer wieder auf und erfordern ein Eingreifen Dritter, kann der Gutachter dies werten. Die Einteilung orientiert sich an der Häufigkeit der benötigten

Unterstützung und wird unterteilt in: nie oder sehr selten, selten (1 – 3 mal innerhalb von 2 Wochen), häufig (2 bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich) und täglich.

Modul 4: Selbstversorgung (40 %)

Mit Ausnahme von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten umfasst dieses Modul alle verrichtungsbezogenen Bereiche, die bisher für eine Pflegeeinstufung relevant waren, z. B. Waschen, An- und Auskleiden, Ernährung, Ausscheidung. Begutachtet wird, inwieweit der Betroffene die Verrichtungen selbstständig ausführen kann, unabhängig davon, ob eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung vorliegt. Wie im Bereich Mobilität wird eingeteilt in: selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig, unselbstständig.

Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20 %)

Der Gutachter beurteilt den selbstständigen Umgang mit bzw. die Häufigkeit erforderlicher Fremdhilfe für Tätigkeiten wie z. B. Herrichten und Einnahme von Medikamenten, Absaugen, Portversorgung, Gabe von Injektionen, Verbandswechsel, Arztbesuche.

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 %)

Aspekte wie z. B. die Gestaltung des Tagesablaufes und die Anpassung an Veränderungen, das Sich-Beschäftigen oder die Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes werden vom Gutachter geprüft und entsprechend eingeteilt: selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder unselbstständig.

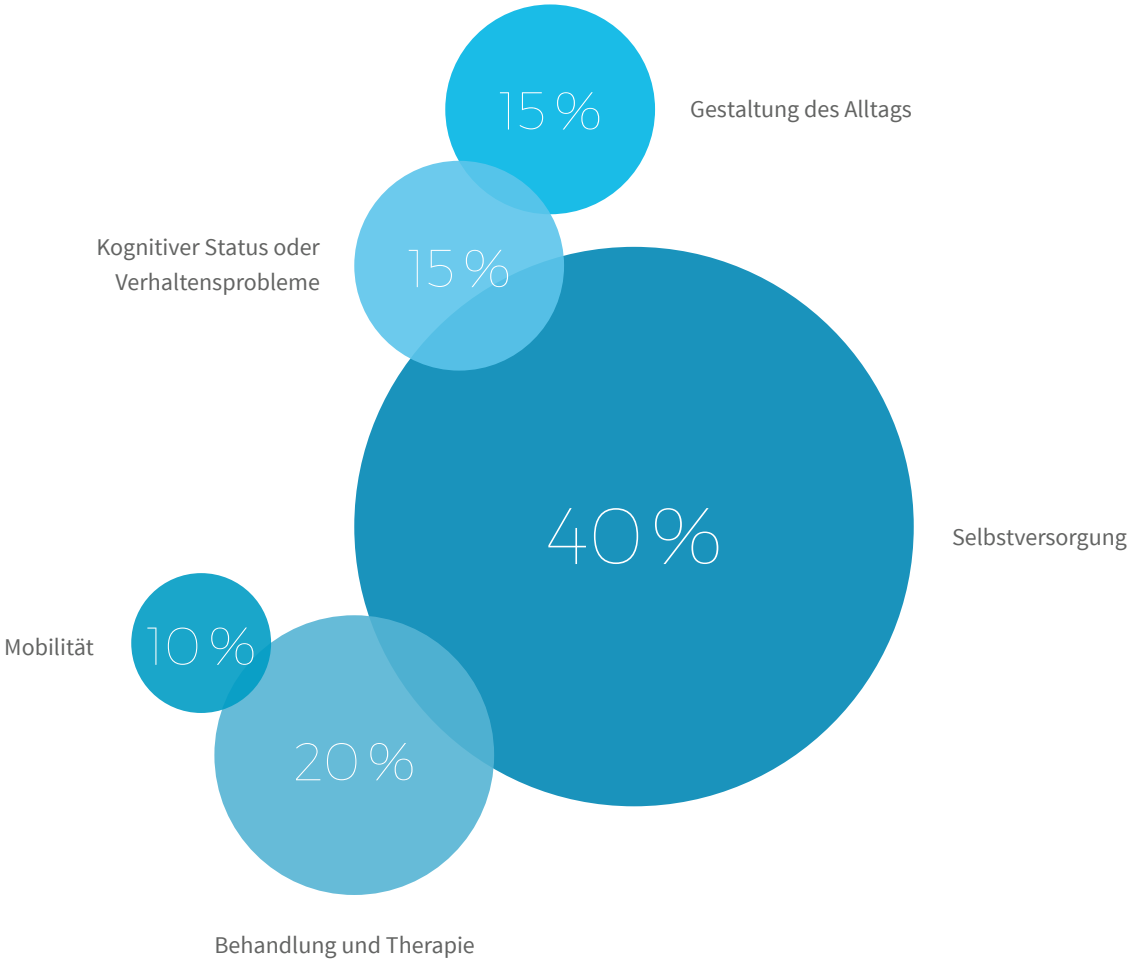
Modul 7 und 8: Außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung

Diese beiden Module fließen nicht in die Bewertung des Pflegegrades mit ein. Sie dienen aber der späteren Hilfsmittel- und Pflegeplanung und sollten daher unbedingt auch ausführlich beantwortet werden.

TIPP

Auf der Internetseite des MDS steht die kostenfreie Broschüre „Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit“ mit ausführlichen Informationen zur Pflegebegutachtung als Print-Ausgabe und zum Download bereit.

Online abrufbar unter:
www.mds-ev.de/richtlinien-publikationen/richtlinien-grundlagen-der-begutachtung/pflegebeduerftigkeit.html



Eigene Abbildung: Prozentuale Gewichtung der einzelnen Module bei der Pflegeeinstufung

4.5 Pflegegrade

Der Gutachter des MDK ermittelt die Pflegebedürftigkeit, indem er mittels der genannten 6 Module prüft, inwieweit der Betroffene noch selbstständig agieren kann oder Unterstützung benötigt. Jeder Bereich wird mit Punkten bewertet. Die Module werden bei der Auswertung unterschiedlich gewichtet. Abhängig vom Gesamtergebnis wird der Antragsteller einem Pflegegrad zugeordnet.

Pflegegrad 1 kommt nur für Personen infrage, die erstmalig eingestuft werden. Pflegebedürftige mit besonderer Bedarfskonstellation können dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn sie eine Gesamtpunktzahl unter 90 erreichen. Eine solche liegt vor, wenn beide Arme und Beine gebrauchsunfähig sind.

Leistungsansprüche nach Pflegegraden im Überblick

Pflegebedürftige, bei denen der Pflegegutachter eine Pflegebedürftigkeit attestiert und eine Zuordnung in einen der 5 Pflegegrade vorgenommen hat, haben Anspruch auf unterschiedliche Leistungen der Pflegekasse.

Leistungen bei Pflegegrad 1

Pflegebedürftige mit einer Zuordnung in Pflegegrad 1 weisen nur geringe Einschränkungen auf und sind noch weitestgehend selbstständig.

Sie haben Anspruch auf folgende Leistungen:

- 2 x jährlich Pflegeberatung, auf Wunsch im häuslichen Bereich
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- Bei stationärer Pflege monatlicher Zuschuss in Höhe von 125 €
- Entlastungsbetrag in Höhe von 125€
- Wohngruppenzuschlag
- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln
- Zuschüsse zur Wohnraumanpassung
- Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
- Pflegesachleistungen und Leistungen zur Sicherung der Pflegeperson werden nicht gezahlt

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

Leistungen bei Pflegegrad 2 bis 5

LEISTUNG	PG2	PG3	PG4	PG5
Pflegesachleistung	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Pflegegeld	316 €	545 €	728 €	901 €
Tages-/Nachtpflege	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Vollstationäre Pflege	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	266 €	266 €	266 €	266 €
Ersatzpflege	1.612 € für Ersatzpflege-Kosten für bis zu 6 Wochen pro Jahr			
Kurzzeitpflege	1.612 € für Kurzzeitpflege-Kosten für bis zu 8 Wochen pro Jahr			

TIPP

Da Pflegebedürftige keine Pflegesachleistungen erhalten, dürfen sie in Pflegegrad 1 den monatlichen Entlastungsbetrag auch für diese einsetzen.

Zusätzliche Leistungen für die Pflegegrade 2 bis 5

- Für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (Wohngruppenzuschlag) monatlich 214 €
- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, Kostenerstattung für Verbrauchsprodukte in Höhe von maximal 40 € monatlich
- Zuschüsse zur Wohnraumanpassung (bis zu maximal 4.000 €)

- Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
- Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Höhe von monatlich 125 € („Entlastungsbetrag“)

4.6 Leistungen bei häuslicher Pflege

Um die Pflege im häuslichen Bereich zu ermöglichen, können Patienten und pflegende Angehörige unterschiedliche **Entlastungs- und Unterstützungsleistungen** bei der Pflegekasse beantragen.

Angebote zur Unterstützung im Alltag

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag (vormals niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote) umfassen Betreuungsoptionen und Angebote zur Entlastung der Pflegenden und Angehörigen. Die Leistungen tragen dazu bei, die Pflegepersonen zu entlasten und helfen den Pflegebedürftigen möglichst lange in der häuslichen Umgebung zu verbleiben.

Leistungen

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag umfassen 3 Leistungsarten:

1. Betreuungsangebote

Ehrenamtliche Helfer suchen den Pflegebedürftigen in seiner eigenen Wohnung auf und betreuen ihn stundenweise vor Ort. Diese Angebote sprechen vor allem immobile Angehörige und Pflegebedürftige an und sind an deren individuellen Bedürfnissen ausgerichtet.

Die Betroffenen werden von ehrenamtlichen Helfern und / oder Fachkräften außerhäusig in Gruppen betreut. In Betracht kommen insbesondere Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Tagesbetreuungen in Kleingruppen u. ä.

2. Angebote zur Entlastung von Pflegenden

Angehörigengruppen, familienentlastende Dienste, Alltags- und Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

3. Angebote zur Unterstützung im Alltag

Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen, Unterstützungsleistungen zur Bewältigung des Pflegealltags, Schulungs- und Fortbildungsangebote.

Finanzierung

Unabhängig von ihrem Pflegegrad haben alle Pflegebedürftigen Anspruch auf einen monatlichen **Entlastungsbetrag** von 125 € (§ 45b SGB XI), welcher für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden kann. Nicht (vollständig) ausgeschöpfte Beträge können innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in die Folgemonate bzw. am Ende des Kalenderjahres noch nicht verbrauchte Beträge können in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Danach verfällt der Vorjahresanspruch.

Pflegebedürftige in häuslicher Umgebung mit mindestens Pflegegrad 2 können zudem bis **zu 40 % des für Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbetrages** für Angebote zur Unterstützung im Alltag **einsetzen**, sofern dieser nicht bereits voll ausgeschöpft wurde.

Kostenerstattung

Oben genannte Beträge werden nicht direkt ausbezahlt! Erst **nachdem** die Leistung erbracht wurde, erstattet die zuständige Pflegekasse gegen Vorlage entsprechender Belege die Kosten für die in Anspruch genommenen Angebote.

Hinweis: Da nur Angebote finanziert werden, welche bestimmten Qualitätsstandards genügen, kann es ratsam sein, eine etwaige Kostenerstattung im Vorfeld mit der Pflegekasse abzuklären.

Pflegegeld

Viele Pflegebedürftige möchten in der vertrauten, häuslichen Umgebung gepflegt werden. Das Pflegegeld als Leistung der Pflegeversicherung kann dazu dienen, die **ambulante Pflege im häuslichen Bereich zu ermöglichen**. Um Pflegegeld zu erhalten, benötigt der Betroffene die Einstufung in einen Pflegegrad (mindestens Pflegegrad 2). Zudem **müssen die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im häuslichen Umfeld** durch eine Pflegeperson sichergestellt sein. Überprüft werden diese Voraussetzungen bei der Pflegebegutachtung. Außerdem muss die **Vorversicherungszeit** erfüllt sein.

Das Pflegegeld wird dem Versicherten gezahlt, damit dieser der Pflegeperson eine Anerkennung zukommen lassen kann, z. B. indem er das Pflegegeld an sie weiterreicht. Es zählt daher nicht als Einkommen des Versicherten, muss nicht versteuert werden und es wird auch nicht angerechnet, wenn die Grundsicherung für Arbeitssuchende (Hartz IV) bezogen wird.

Für die Pflegeperson zählt das Pflegegeld nur als Einkommen, wenn die Pflege erwerbsmäßig im Rahmen eines Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisses **durchgeführt wird**. Der Pflegebedürftige wäre in diesem Fall Arbeitgeber der Pflegeperson. Ist die **Unterbringung in einem Pflegeheim** erforderlich, wird das Pflegegeld durch die **Leistungen bei vollstationärer Pflege** ersetzt.

Das Pflegegeld wird monatlich im Voraus gezahlt. Tritt die Pflegebedürftigkeit erst im Laufe eines Kalendermonats ein, wird das Pflegegeld anteilig für die Tage im Monat erbracht, andenen die Pflegebedürftigkeit vorlag.

Ruhen des Pflegegeldes

In bestimmten Fällen wird das Pflegegeld nicht weitergezahlt, obwohl die Voraussetzungen vorliegen. Die Leistungsansprüche ruhen bei einem Auslandsaufenthalt des Pflegebedürftigen, wenn dieser nicht nur vorübergehend ist und länger als 6 Wochen dauert und bei vorrangigem Leistungsanspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder Entschädigungsleistung aus dem Bundesversorgungsgesetz.

TIPP

Wenn ein Pflegebedürftiger sich in den Mitgliedsstaaten der EU, des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz aufhält, wird das Pflegegeld auch über 6 Wochen hinaus weitergezahlt.

Ausnahme

Bei Inanspruchnahme einer

- vollstationären Krankenhausbehandlung
- stationären Leistung zur Rehabilitation
- Maßnahme in einer stationären Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtung
- häuslichen Krankenpflege der gesetzlichen Krankenkasse im Anschluss an einen stationären Aufenthalt
- bzw. um einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden oder zu verkürzen

wird das Pflegegeld für 4 Wochen weitergezahlt. Bei Überschreitung der 4 Wochen wird kein Pflegegeld mehr geleistet.

Pflegegeld bei Kurzzeit- oder Ersatzpflege

Wenn Kurzzeitpflege oder Ersatzpflege in Anspruch genommen werden, wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege für 56 Tage, bei Ersatzpflege für 42 Tage weiterbezahlt. Für den ersten und letzten Tag der Kurzzeit- bzw. Ersatzpflege wird das volle Pflegegeld entrichtet. Das gleiche gilt, wenn die Kurzzeitpflege in einem stationären Hospiz in Anspruch genommen wird.

Beratungseinsatz

Bezieht ein Pflegebedürftiger **ausschließlich Pflegegeld, muss** in regelmäßigen Abständen ein **Beratungseinsatz durchgeführt werden**.

Die Häufigkeit ist abhängig vom Pflegegrad. Bei den Pflegegraden 2 und 3 muss die Beratung halbjährlich, bei den Pflegegraden 4 und 5 vierteljährlich im Kalenderjahr stattfinden. Pflegebedürftige im **Pflegegrad 1** können **freiwillig** halbjährlich einen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen.

Die Qualität der Pflege sicherstellen

Der Beratungseinsatz wird von anerkannten Pflegediensten oder Pflegeberatungsstellen durchgeführt.

Mit der Beratung soll die Qualität der häuslichen Pflege sichergestellt und den Angehörigen Hilfestellung gegeben werden. Wenn erforderlich werden Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation empfohlen, wie zum Beispiel der Einsatz von Pflegehilfsmitteln. Für die pflegenden Angehörigen kann so eine Entlastung und Verbesserung des Pflegealltags erreicht werden.

Die Beratung ist kostenlos

Der Beratungseinsatz ist für den Pflegebedürftigen kostenlos. Der anerkannte Pflegedienst oder die Pflegeberatungsstelle rechnet den Beratungseinsatz direkt mit der Pflegekasse ab.

WICHTIG

Liegt ein Pflegegrad von mindestens 2 vor, ist der Beratungseinsatz verpflichtend. Er muss gegenüber der Pflegekasse in den relevanten Zeiten nachgewiesen werden. Kommt der Pflegebedürftige dem nicht nach, kann das Pflegegeld gekürzt oder die Zahlung vollständig eingestellt werden.

Patienten sollten sich rechtzeitig bei Pflegediensten oder Pflegeberatungsstellen erkundigen, ob diese einen Beratungseinsatz durchführen können. Die regelmäßige Inanspruchnahme des Beratungseinsatzes kann Sicherheit im Pflegealltag geben.

Pflegesachleistung

Sollen **pflegende Angehörige durch einen ambulanten Pflegedienst unterstützt werden**, können Betroffene statt des Pflegegeldes eine Pflegesachleistung beantragen. Dies ist möglich, wenn der Pflegebedürftige im häuslichen Bereich oder einem Altenwohnheim wohnt.

TIPP

Es können auch Pflegegeld und Pflegesachleistung als sogenannte Kombinationsleistung beantragt werden.

Ambulante Pflegedienste

Hat ein Pflegedienst einen Versorgungs- und Vergütungsvertrag mit der Pflegekasse abgeschlossen, kann er durchgeführte gesetzliche Leistungen direkt zu 100 % mit der Pflegekasse abrechnen. Ein Pflegedienst, der einen Versorgungs-, aber keinen Vergütungsvertrag mit der Pflegekasse abgeschlossen hat, kann die Preise frei verhandeln und unmittelbar mit dem Versicherten abrechnen. Die Pflegekasse erstattet dann aber nur 80 % der maßgeblichen Pflegesachleistungen. Hier muss der Versicherte also in der Regel zuzahlen.

Der Patient sollte sich genau überlegen, welche Leistungen über den Pflegedienst in Anspruch genommen werden sollen und wie die vertraglichen Rahmenbedingungen des Pflegedienstes ausgestaltet sind.

Einzelpflegekräfte

Die Versorgung durch Einzelpflegekräfte soll den Betroffenen dabei unterstützen, ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu führen. **Verträge** mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die **mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind nicht möglich**. In der Regel sind Einzelpflegekräfte selbstständig tätige Pflegekräfte. Die Einzelpflegekraft kann nicht direkt im Arbeitgebermodell beim Pflegebedürftigen angestellt sein, da die Pflegekasse so keine Kontrolle über Inhalt und Qualität der Leistung hätte. Der Vertrag muss immer mit der Pflegekasse abgeschlossen werden.

Die Pflegekasse kann einer **Betreuung durch Einzelpflegekräfte** nach Ermessen zustimmen, wenn

- die pflegerische Versorgung ohne Einsatz von Einzelpflegekräften nicht möglich ist
- die Pflege durch Einzelpflegepersonen besonders wirksam und wirtschaftlich ist
- dadurch die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen gefördert wird
- damit dem Wunschrecht des Pflegebedürftigen auf die Gestaltung der Hilfe Rechnung getragen wird

Auf Wunsch stellt die Pflegekasse eine Liste mit ambulanten Pflegediensten oder Einzelpflegekräften zur Verfügung.

Höhe der Pflegesachleistung

Da die Pflegesachleistung in der Regel von professionellen Pflegekräften erbracht wird, sind die **Leistungen höher als beim Pflegegeld**. Die Höhe der Leistung ist abhängig vom Pflegegrad:

PFLEGEGRAD	MONATL. BETRAG
1	-
2	689 €
3	1.298 €
4	1.612 €
5	1.995 €

Personen in Pflegegrad 1 haben keinen Anspruch auf Pflegesachleistung.

Poolen von Pflegesachleistungen

Unter Poolen ist das **Zusammenlegen von Sachleistungen mehrerer Pflegebedürftiger** zu verstehen, die entweder in einer Pflege-Wohngemeinschaft (WG) oder in räumlicher Nähe wohnen. Leben zum Beispiel mehrere Pflegebedürftige in einer Pflege-WG, kann sich eine Pflegekraft gemeinsam um die Pflegebedürftigen kümmern. Dadurch entsteht eine Zeit- und Kostenersparnis, da bestimmte Leistungen wie die hauswirtschaftliche Versorgung (Saubermachen, Einkaufen etc.) gemeinsam

abgerufen werden können. Aus diesem Effizienzgewinn können dann zusätzliche Betreuungsleistungen wie soziale Zuwendung erbracht werden.

Pflegesachleistung bei Auslandsaufenthalt

Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt wird die Sachleistung bis zu 6 Wochen weitergewährt, sofern die Pflegekraft, welche auch zuhause die Pflege übernimmt, den Pflegebedürftigen begleitet.

Kombinationsleistung

Pflegebedürftige können Pflegegeld und Pflegesachleistung beziehen, diese also kombinieren. Dies ist vor allem dann sinnvoll, wenn nur ein geringerer Teil als Pflegesachleistung erbracht und diese dadurch nicht voll ausgeschöpft wird. **Neben der Pflegesachleistung kann der Versicherte dann anteilig Pflegegeld erhalten.** Dies wird als Kombinationsleistung bezeichnet und muss bei der Pflegekasse **extra beantragt** werden.

BEISPIEL

Ein pflegebedürftiger Patient mit Pflegegrad 2 nimmt einmal die Woche einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch. In Pflegegrad 2 hat er Anspruch auf eine Pflegesachleistung von 689 €. Der Einsatz des ambulanten Pflegedienstes kostet aber nur 124 €. Er hat also nur 18 % der Pflegesachleistung verbraucht. Als Ausgleich können nun 82 % des zustehenden Pflegegeldes in Pflegegrad 2 bezogen werden. Das Pflegegeld in Grad 2 beläuft sich auf 316 €, davon 82 % ergeben 259,12 €. Der Pflegebedürftige erhält also für 124 € Pflegesachleistung und 259,12 € Pflegegeld.

Wenn die pflegebedürftige Person z. B. nur eingeschränkt einmal wöchentlich Hilfe durch einen Pflegedienst benötigt und so die Sachleistung nicht komplett ausschöpft, sollte sie eine Kombinationsleistung beantragen. So kann neben der Sachleistung noch anteilig Pflegegeld bezogen werden und damit z. B. pflegende Angehörige unterstützt werden.

Entscheidungsbindung

In der Regel ist der Pflegebedürftige an die gewählte Aufteilung **für 6 Monate gebunden**. Ein **vorzeitiger Wechsel** ist beispielsweise möglich, wenn sich der **Gesundheitszustand verschlechtert** und der **Bedarf an Sachleistungen steigt**.

Die 6 Monatsfrist ist ebenfalls **nicht** zu beachten, wenn der Pflegebedürftige nur noch das Pflegegeld oder die Pflegesachleistung in Anspruch nehmen will oder das Pflegegeld oder die Pflegesachleistung neben der teilstationären Pflege bezogen werden.

Leistungsweitergewährung bei Änderungen der Pflegesituation

Die Pflege eines Menschen verläuft selten gradlinig. Der Gesundheitszustand kann sich verschlechtern und ein stationärer Krankenhausaufenthalt nötig werden. Wird eine Kombinationsleistung bezogen, ist die Pflegesachleistung während des stationären Aufenthalts nicht notwendig und fällt deshalb weg.

Da die Angehörigen **während stationärer Aufenthalte** Pflege und Alltag des Betroffenen weiter unterstützen, **wird das anteilig bezahlte Pflegegeld bis zu 4 Wochen weiter gewährt**.

Diese Regel wird bei folgenden Situationen angewendet:

- Stationärer Aufenthalt in einem Krankenhaus
- Stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme
- Verordnung von häuslicher Krankenpflege über die Krankenversicherung, z. B. um einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden oder zu verkürzen

Um den Einsatz von Verhinderungs- bzw. Ersatzpflege und Kurzzeitpflege zu fördern, wurde hier eine ähnliche Regelung getroffen: Werden Ersatz- und Kurzzeitpflege in Anspruch genommen, wird die Hälfte des zuvor bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

Tod des Pflegebedürftigen

Stirbt der Pflegebedürftige, wird auch bei der Kombinationsleistung das anteilige Pflegegeld bis zum Ende des Sterbemonats gezahlt.

Kombinationsleistung in Verbindung mit anderen Leistungen

Wird der Sachleistungsanspruch nicht ausgeschöpft, können bis zu 40 % des Sachleistungshöchstbetrages für **Angebote zur Unterstützung im Alltag** eingesetzt werden.

Versicherte haben neben der Kombinationsleistung einen Anspruch auf **bis zu 100 % Tages- und Nachtpflegeleistungen**.

Ersatzpflege / Verhinderungspflege

Wer einen pflegebedürftigen Angehörigen versorgt, trägt eine große Verantwortung und ist oft sehr belastet. Deshalb haben Betroffene die Möglichkeit, **sich für einen begrenzten Zeitraum vertreten zu lassen**. Diese Option nennt sich Ersatz- oder Verhinderungspflege.

Es gibt viele Gründe, die eine Vertretung erforderlich machen können. Die Pflegeperson kann selbst erkranken, sie möchte in Urlaub gehen, muss einen Termin wahrnehmen, will eine Veranstaltung besuchen oder ist aus einem anderen Grund verhindert.

Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 bzw. deren Pflegepersonen haben Anspruch auf Ersatz- bzw. Verhinderungspflege.

Voraussetzungen

Ersatzpflege kann in Anspruch genommen werden, **wenn der Pflegebedürftige durch eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson im häuslichen Bereich gepflegt wird**. Dies gilt auch für den Fall, dass eine Kombinationsleistung (Pflegegeld plus Pflegesachleistung) gewählt wurde.

Grundsätzlich müssen Betroffene die **Vorversicherungszeit** erfüllen und ihre **Pflegebedürftigkeit** (mind. Pflegegrad 2) muss festgestellt worden sein.

Bevor die Leistung erstmals beansprucht werden kann, muss die Pflegeperson den Pflegebedürftigen **zuvor bereits 6 Monate im häuslichen Bereich gepflegt haben**. Die meisten Pflegekassen orientieren sich dabei am Datum der Pflegeeinstufung.

TIPP

Die Pflegekasse kann genaue Auskunft über den Beginn der Pflegebedürftigkeit geben. Der Pflegegutachter dokumentiert in Zusammenhang mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit deren tatsächlichen Eintritt. Dieser kann durchaus vor dem Begutachtungstermin liegen und muss nicht identisch mit dem Einstufungsdatum sein.

Dauer

Ersatzpflege kann für **maximal 42 Tage** bzw. 6 Wochen im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Die Ersatzpflege kann komplett an einem Stück, wochenweise, tageweise und auch stundenweise erbracht werden.

BEISPIEL

Die Pflegeperson möchte ins Theater gehen, die Ersatzkraft versorgt für diesen Zeitraum den Pflegebedürftigen.

Wenn Betroffene Ersatzpflege **stundenweise** beanspruchen, wird der Betrag, der für Ersatzpflege zur Verfügung steht, **reduziert**. Eine Minderung des Anspruchszeitraumes um 1 Tag erfolgt erst, wenn die Ersatzpflege länger als 8 Stunden andauert.

Kombination von Ersatzpflege und Kurzzeitpflege

Pflegebedürftige können auch Ersatzpflege, Kurzzeitpflege und Entlastungsbetrag verbinden. Sofern sie ihn noch nicht aufgebraucht haben, können sie 50 % ihres Kurzzeitpflegeanspruches ergänzend zur Ersatzpflege nehmen. Somit ergibt sich eine Erhöhung des Leistungsbetrages um 806 € (50 % des Kurzzeitpflegeanspruches). Die Leistung für Kurzzeitpflege reduziert sich entsprechend.

Leistungserbringer

Ersatzpflege ist sowohl im Haushalt des Pflegebedürftigen als auch im stationären Bereich möglich. Die Vertretung der Pflegeperson können ein Verwandter, ein Nachbar oder auch ein ambulanter Dienst übernehmen.

Ersatzpflege durch Verwandte

Ist die Vertretungsperson mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert oder lebt diese in häuslicher Gemeinschaft mit ihm, geht die Pflegekasse davon aus, dass die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird. In diesem Falle sind die Aufwendungen grundsätzlich auf den 1,5 fachen Betrag des jeweiligen Pflegegeldes beschränkt. Ergänzend werden der Ersatzpflegekraft Aufwendungen (z. B. für Fahrtkosten, Verdienstausfall), die nachgewiesen werden, erstattet. Insgesamt wird ein Maximalbetrag in Höhe von 1.612 € gezahlt.

Ersatzpflege in einer Einrichtung

Ersatz- oder Verhinderungspflege kann auch in einem Pflegeheim, in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung oder in einem Wohnheim für Menschen mit Behinderung erbracht werden. In diesem Fall übernimmt die Pflegekasse die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen bis zu einer Maximalhöhe von 1.612 €; wenn Betroffene zusätzlich 50 % Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen maximal 2.418 €. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung trägt der Pflegebedürftige.

Anspruchshöhe

Insgesamt gewährt die Pflegekasse **ab Pflegegrad 2 maximal 1.612 € im Kalenderjahr, in Kombination** mit 50 % Kurzzeitpflege **maximal 2.418 €**. Nicht aufgebrauchte Leistungen verfallen, eine Übernahme ins Folgejahr ist nicht möglich. Auch wenn der Pflegebedürftige von den möglichen 42 Tagen Ersatzpflege zum Beispiel nur 30 Tage ausgeschöpft hat, erhält er keine weitere Ersatzpflegeleistung, wenn der Anspruchsbetrag aufgebraucht ist.

Ersatzpflege und Pflegegeld

Wird Ersatz- bzw. Verhinderungspflege stundenweise (unter 8 Stunden) in Anspruch genommen, wird das **Pflegegeld nicht gekürzt**. Für Ersatzpflege, die mindestens tageweise erbracht wird, erhalten Pflegebedürftige für maximal 6 Wochen (42 Tage) 50 % ihres bisherigen Pflegegeldes.

Pflegehilfsmittel

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für Hilfsmittel, wenn sie die **Pflege erleichtern, Beschwerden lindern** oder eine **selbstständige Lebensführung ermöglichen**. Die Pflegekasse zahlt Hilfsmittel nur, wenn keine Leistungspflicht der Krankenkasse oder anderer Leistungsträger besteht (Nachrangigkeit der Leistung). Hat die Krankenkasse Kosten für ein bestimmtes Hilfsmittel übernommen, bevor der Versicherte pflegebedürftig war, muss sie dies während der Pflegebedürftigkeit weiterhin tun.

TIPP

Um ein Pflegehilfsmittel zu erhalten, genügt ein formloser Antrag. Eine Empfehlung des MDK-Gutachters im Pflegegutachten gilt als Antrag.

Im **Pflegehilfsmittelverzeichnis** wird unterschieden zwischen: Technischen Pflegehilfsmitteln, wie Pflegebetten, Pflegerollstühlen, Lagerungsrollen und zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln, wie saugende Bettschutzeinlagen oder Einmalhandschuhe.

Für die Versorgung mit technischen Hilfsmitteln muss der Patient einen **Eigenanteil von 10 %, maximal 25 €**, bezahlen. Für leihweise zur Verfügung gestellte Hilfsmittel muss er nichts zuzahlen, unter Umständen wird aber eine Leihgebühr fällig. Die Pflegekasse übernimmt für **Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, 40 € monatlich**. Die Differenz zu den tatsächlichen Kosten muss der Pflegebedürftige selbst übernehmen.

Zuständige Vertragspartner für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln können Betroffene bei der Pflegekasse erfragen. Hilfsmittelberater der Sanitätshäuser machen bei Bedarf Hausbesuche und kümmern sich meist um den Schriftwechsel mit der Kranken-/Pflegekasse.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Wenn durch eine Wohnraumanpassung (z. B. Treppenlifteinbau, Türschwellenbeseitigung) die **Versorgung eines Pflegebedürftigen ermöglicht oder erheblich erleichtert und eine selbstständigere Lebensführung erreicht wird**, kann eine Kostenbeteiligung bei der Pflegekasse beantragt werden. Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen sind Bestandteil der Pflegehilfsmittel und können für eine Einzelperson bis zu einem Maximalbetrag von 4.000 € oder für **Wohngemeinschaften bis** zu einem Maximalbetrag von **16.000 €** bezuschusst werden. Ein Eigenanteil ist nicht zu entrichten.

TIPP

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e. V. bietet ein Verzeichnis deutschlandweiter Wohnberatungsstellen an, die professionell, unabhängig und kostenfrei über individuelle Anpassungs- bzw. Umbaumaßnahmen informieren.

Eine Adressenliste ist hier online zu finden:
www.wohnungsanpassung-bag.de/seite/259749/wohnberatungstellen.html

4.7 Unterstützung durch eine ausländische Haushaltshilfe / Pflegekraft

Ausländische Hilfskräfte leben häufig im selben Haushalt wie der Pflegebedürftige und können ihn daher rund um die Uhr unterstützen. Sie übernehmen abhängig von ihrer Qualifizierung pflegerische, grundpflegerische und hauswirtschaftliche Tätigkeiten sowie Betreuungsaufgaben.

WICHTIG

Maßnahmen aus dem Bereich der Behandlungspflege, wie Injektionen verabreichen oder Wunden versorgen, dürfen nur von ausgebildeten Pflegekräften übernommen werden.

Die seit 2011 geltende Arbeitnehmerfreizügigkeit ermöglicht **EU-Bürgern** die Arbeitsaufnahme in allen Mitgliedsstaaten zu den jeweiligen dort geltenden arbeitsrechtlichen Regelungen (Arbeitszeit, Entgeltfortzahlung, Urlaubsanspruch etc.). Seit 01.07.2015 benötigen Haushalts- bzw. Pflegekräfte aus allen osteuropäischen EU-Beitrittsstaaten **keine** Genehmigung der Arbeitsagentur zur Arbeitsaufnahme mehr.

Es gibt **unterschiedliche Beschäftigungsmodelle**: Die ausländischen Arbeitskräfte können selbstständig tätig sein, sie können bei einer osteuropäischen Entsendefirma oder direkt beim Pflegebedürftigen angestellt sein. Davon abhängig müssen bestimmte Regeln und Vorschriften beachtet werden.

Selbstständig tätige Haushaltshilfe / Pflegekraft

Prüfung, ob eine abhängige oder selbstständige Tätigkeit vorliegt, da die Beschäftigung einer scheinselbstständigen Kraft mit einem Bußgeld geahndet wird und Steuern und Sozialversicherungsbeiträge nachgezahlt werden müssen.

Vermittlung über osteuropäische Entsendefirma

Deutsche Vermittlungsagenturen übernehmen gegen Entgelt die Vermittlung, Vertragsgestaltung und Einsatzplanung zwischen dem Entsendeunternehmen und dem Privathaushalt. Arbeitgeber der Hilfskraft ist die osteuropäische Firma (Entsendeunternehmen).

TIPP

Pflegebedürftige sollten sich die A1-Entsendebescheinigung zeigen lassen. Diese dient als Nachweis, dass die Hilfskraft in ihrem Heimatland sozialversicherungspflichtig angestellt ist.

Pflegebedürftiger / Angehöriger als Arbeitgeber

Pflegebedürftige oder deren Angehörige können eine ausländische Hilfskraft direkt im Haushalt anstellen, müssen dann aber auch alle **Arbeitgeberpflichten** erfüllen (Abführung Sozialversicherungsabgaben und Lohnsteuer, Einhaltung der in Deutschland geltenden Arbeitszeit- und Urlaubsanspruchsregelung, Entlohnung mindestens in Höhe des geltenden Mindestlohns etc.). Grundsätzlich spielen Faktoren, wie die Qualifizierung, der Umfang der Tätigkeit, der Pflegegrad, ob Nachtarbeit erforderlich ist und welche Sprachkenntnisse die Hilfskraft hat, eine entscheidende Rolle bei der Preisgestaltung.

TIPP

Weiterführende Informationen erhalten Betroffene bei örtlichen Pflegestützpunkten und Seniorenberatungsstellen.

4.8 Entlastungsmöglichkeiten für die Pflegeperson

Die Versorgung eines pflegebedürftigen **nahen Angehörigen** ist mit einem großen Zeit- und Energieaufwand verbunden. Die körperliche und psychische Belastung führt die Betroffenen häufig an ihre Grenzen. Es gibt verschiedene entlastende Leistungen für Pflegepersonen.

Als **nahe Angehörige** gelten:

- Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Schwägerinnen und Schwager
- Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister
- Eigene Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder oder die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwieger- und Enkelkinder

Damit berufstätige Angehörige Berufsausübung und Pflege miteinander vereinbaren können, haben sie unterschiedliche Möglichkeiten, sich ganz oder teilweise von der Arbeit freistellen zu lassen.

Kurzzeitige Arbeitsfreistellung

Bei unerwarteter Pflegebedürftigkeit können Beschäftigte sich bis zu 10 Tage von der Arbeit freistellen lassen, um die häusliche Versorgung eines nahen Angehörigen zu organisieren und seine Pflege sicherzustellen. Dieses Recht steht allen Arbeitnehmern unabhängig von der Betriebsgröße zu.

Möchten mehrere Pflegepersonen kurzzeitige Arbeitsfreistellung in Anspruch nehmen, ist zu beachten, dass **insgesamt nur 10 Tage** zur Verfügung stehen, sodass gegebenenfalls eine Aufteilung unter den Pflegenden erfolgen muss.

Wird eine kurzzeitige Arbeitsbefreiung beantragt, muss der Beschäftigte **den Arbeitgeber unverzüglich** über seine Verhinderung und über deren voraussichtliche Dauer **informieren**. Der Arbeitgeber darf einen Nachweis für die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen verlangen.

Beschäftigte können zur finanziellen Absicherung (bei Lohnausfall) unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung **Pflegeunterstützungsgeld** bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragen. Das Brutto-Pflegeunterstützungsgeld beträgt **90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgeltes**. Sozialversicherungsbeiträge werden hälftig von der Pflegekasse und vom Beschäftigten getragen.

Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld haben auch geringfügig Beschäftigte mit einem Einkommen von bis zu 450 € monatlich. Sozialversicherungsbeiträge übernimmt die Pflegekasse.

Pflegezeit und Familienpflegezeit

Pflegepersonen haben zudem die Möglichkeit, Pflegezeit und Familienpflegezeit zu beanspruchen. **Insgesamt können** bei Kombination der Freistellungsmöglichkeiten **maximal 24 Monate Auszeit genommen werden**.

Sowohl während einer **kurzzeitigen Arbeitsverhinderung** als auch in der **Pflegezeit** und in der **Familienpflegezeit** besteht von der Ankündigung bis zum Ende der Auszeit **Kündigungsschutz**, der nur in Ausnahmefällen aufgehoben werden kann. Abhängig von der Unternehmensgröße besteht ein **Rechtsanspruch auf Pflegezeit** (der Betrieb beschäftigt mehr als 15 Mitarbeiter) und **Familienpflegezeit** (mehr als 25 Mitarbeiter).

Pflegezeit

Für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen können sich Pflegepersonen unter bestimmten Voraussetzungen für **maximal 6 Monate** teilweise oder vollständig von der Arbeit freistellen lassen. Eine **Stückelung auf mehrere Teilzeitabschnitte** ist **nicht** möglich.

Voraussetzungen

- Die Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen ist durch die Pflegekasse bzw. durch den MDK bestätigt worden. Bei Patienten in einer privaten Pflegeversicherung wird ebenfalls ein entsprechender Nachweis benötigt
- Die Pflegezeit und ihre geplante Dauer müssen mindestens 10 Tage vor Beginn beim Arbeitgeber schriftlich beantragt werden
- Die Aufteilung und Verringerung der Arbeitszeit muss schriftlich vereinbart werden, sofern eine teilweise Freistellung beantragt wird

Der Rechtsanspruch auf Pflegezeit besteht auch:

- Für nahe Angehörige in Pflegegrad 1
- Zur Begleitung naher Angehöriger in der letzten Lebensphase. Selbst wenn sich der Pflegebedürftige in einem Hospiz befindet, können Angehörige ihre Beschäftigung für 3 Monate teilweise oder ganz unterbrechen
- Für Angehörige eines pflegebedürftigen Kindes, welches außerhäuslich (z. B. im Krankenhaus) betreut wird

Während der Pflegezeit gibt es **keinen Anspruch auf Gehaltsfortzahlung**. Zur Absicherung ihres Lebensunterhaltes haben Pflegepersonen einen **Rechtsanspruch auf ein zinsloses Darlehen**. Dieses kann beim **Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben** (BAFzA) beantragt werden.

Das **Darlehen** wird in monatlichen Raten ausbezahlt und muss nach dem Ende der Pflegezeit in Raten **zurückgezahlt werden**. In Härtefällen kann die Darlehensrückzahlung gestundet, teilweise oder vollständig erlassen werden. In der Regel beträgt die **Höhe** des Darlehens **50 %** des durch die Arbeitsreduzierung **fehlenden Nettogehalts**. Auf Antrag kann ein geringeres Darlehen gewährt werden, wobei die Mindesthöhe bei 50 € monatlich liegt. **Wenn keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt**, der nahe Angehörige verstirbt, ins Pflegeheim zieht oder wenn die häusliche Pflege unmöglich oder unzumutbar ist, **endet die Pflegezeit 4 Wochen nach Eintritt der jeweiligen Situation**. Der Arbeitgeber ist umgehend zu informieren.

Die Pflegezeit kann nur dann beendet werden, wenn der Arbeitgeber sein Einverständnis dazu gibt. Ist dies nicht der Fall, endet die Pflegezeit zum vereinbarten Zeitpunkt. Wurde eine Pflegezeit unter 6 Monaten vereinbart, können Arbeitnehmer diese bis zur Höchstdauer verlängern, wenn ein geplanter Wechsel der Betreuungsperson aus einem wichtigen Grund nicht möglich ist. Die **Verlängerung ist abhängig von der Zustimmung des Arbeitgebers**.

WICHTIG

Pflegepersonen, die sich vollständig von der Arbeit befreien lassen, sind während der Dauer der Pflegezeit nicht mehr über ihr Arbeitnehmerverhältnis versichert. Unter bestimmten Voraussetzungen zahlt die Pflegekasse des Pflegebedürftigen Beiträge in die Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung.

Familienpflegezeit

Die Familienpflegezeit ist eine weitere Variante, die Pflegenden mehr Zeit für die Versorgung ihres schwerkranken nahen Angehörigen einräumt. Wenn die **Zustimmung des Arbeitgebers** vorliegt, kann unter bestimmten Voraussetzungen während einer **maximal 24 Monate** dauernden Periode die Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden reduziert werden.

Voraussetzungen

- Die Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen wurde von der Pflegekasse oder dem MDK (bei privat versicherten Personen entsprechender Nachweis) schriftlich bestätigt
- Der Arbeitgeber muss 8 Wochen vor Inanspruchnahme schriftlich informiert werden; gleichzeitig müssen die Verteilung und der Umfang der Arbeitszeit angekündigt werden
- Eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Arbeitgeber und der Pflegeperson über die Inanspruchnahme von Familienpflegezeit liegt vor
- Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt mindestens 15 Stunden

Analog zur Pflegezeit haben Beschäftigte auch während der Familienpflegezeit einen Anspruch auf ein zinsloses Darlehen. Beantragung, Darlehenshöhe und Rückzahlungsmodalitäten sind identisch zur Darlehensvergabe in der Pflegezeit.

TIPP

Antragsformulare und Merkblätter zur Pflegezeit, Familienpflegezeit oder zur Beantragung eines zinslosen Darlehens stehen im Internet zur Verfügung.

Online abrufbar unter:
www.wege-zur-pflege.de/familienpflegezeit/service.html

Soziale Sicherung der Pflegeperson

Pflegepersonen, die unentgeltlich (Pflegegeld ist kein Arbeitsentgelt!) einen Angehörigen, Nachbarn oder Freund pflegen, sind in der **gesetzlichen Unfallversicherung** versichert. Die Anmeldung nimmt die Pflegekasse des Pflegebedürftigen vor. Unter bestimmten Voraussetzungen übernimmt die Pflegekasse auch Beitragszahlungen in die **gesetzliche Rentenversicherung. Um den Krankenversicherungsschutz muss sich die Pflegeperson selbst kümmern.** Beiträge zur Arbeitslosenversicherung können in bestimmten Fällen aber übernommen werden.

Gesetzliche Rentenversicherung

Voraussetzungen für die Beitragsübernahme durch die Pflegekasse:

- Die Pflegebedürftigkeit ist festgestellt
- Der Pflegebedürftige hat wenigstens Pflegegrad 2
- Die Pflege wird im häuslichen Bereich geleistet
- Die Pflegeperson ist nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig
- Die Pflegeperson pflegt den/die Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig regelmäßig wenigstens 10 Stunden wöchentlich an mindestens 2 Tagen

Ob diese Voraussetzungen zutreffen wird durch einen Gutachter beurteilt. Zur Ermittlung der 10 Stunden Grenze zählen alle pflegerischen Maßnahmen, Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung die die Pflegeperson im Haushalt des Pflegbedürftigen durchführt.

Mehrfachpflege

Wird ein Pflegebedürftiger von mehreren Pflegepersonen gepflegt, ermittelt der Gutachter den Umfang der geleisteten Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. Machen die Beteiligten keine derartigen Angaben, wird der Anspruch (insbesondere das Pflegegeld) gleichmäßig unter allen Beteiligten aufgeteilt.

Soziale Absicherung in der Unfallversicherung

Pflegepersonen stehen während ihrer pflegerischen Tätigkeit unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten, die sich in Zusammenhang mit der Pflegetätigkeit ereignen, sind über die gesetzliche Unfallversicherung abgesichert. Die Beitragszahlungen übernehmen die Gemeinden.

Soziale Absicherung in der Rentenversicherung

Die Pflegekasse übernimmt bei Vorliegen der Voraussetzungen unabhängig von einer vorherigen Berufstätigkeit Beiträge zur Rentenversicherung. Auch wenn die Pflegeperson vor der Pflegetätigkeit nicht erwerbstätig (z. B. Hausfrau) war, werden für die Dauer der Pflegezeit Beiträge in die Rentenversicherung gezahlt. Da für spätere Leistungen aus der Rentenversicherung Mindestversicherungszeiten erfüllt sein müssen, helfen diese Einzahlungen beim Erreichen der sogenannten Wartezeit. Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen betreuen, der Pflegeleistungen vom Sozialamt erhält, haben nur dann einen Anspruch auf Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen, wenn dieser nicht anderweitig sichergestellt ist.

Höhe der Beitragszahlung

Die Höhe der Beitragszahlung ist abhängig vom Pflegegrad des Pflegebedürftigen und vom zeitlichen Einsatz der Pflegeperson. In Pflegegrad 5 sind das bis zu 100 % der geltenden Bezugsgröße.

Beitragszahlungen bei Unterbrechungen der Pflegetätigkeit

Pflegepersonen können zu Urlaubszwecken ihre Pflegetätigkeit für einen **Maximalzeitraum von 6 Wochen im Jahr** unterbrechen, ohne dass dies zum Verlust der Beitragszahlungen führt. Der Anspruch besteht auch, wenn die Pflegetätigkeit mitten im laufenden Jahr begonnen bzw. beendet wird oder wenn der Urlaub in verschiedene Zeitabschnitte aufgeteilt wird.

Pflegepersonen können auch dann Beiträge zur Rentenversicherung erhalten, wenn die pflegebedürftige Person beispielsweise unter der Woche in einem Heim untergebracht ist. **Voraussetzung** ist, dass der **Pflegeaufwand regelmäßig durchschnittlich mindestens 10 Stunden in der Woche beträgt**.

Wird der Pflegebedürftige stationär in einem Krankenhaus oder in einer Reha-Einrichtung aufgenommen, zahlt die Pflegekasse für 4 Wochen die Rentenversicherungsbeiträge der Pflegeperson weiter. Wird der Pflegebedürftige im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt in einer Einrichtung zur Anschlussrehabilitation (AHB) untergebracht, werden insgesamt nur für 4 Wochen Beiträge weitergezahlt.

Soziale Absicherung in der Arbeitslosen- und Krankenversicherung

Es ist Aufgabe der Pflegeperson, sich um einen ausreichenden Schutz im Bereich der Arbeitslosen- und Krankenversicherung zu kümmern.

Arbeitslosenversicherung

Wenn **keine Beitragszahlungen über ein Beschäftigungsverhältnis** (maximal 30 Wochenstunden) erfolgen, kann die Pflegeperson auf **Antrag freiwillig Beiträge** in die Arbeitslosenversicherung zahlen und sich dadurch entsprechend absichern.

Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung können auch von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen übernommen werden, sofern eine der folgenden Voraussetzungen zutrifft: Die Pflegeperson war unmittelbar vor Aufnahme der pflegerischen Tätigkeit in der Arbeitslosenversicherung versicherungspflichtig oder die Pflegeperson hat eine Leistung des SGB III, wie beispielsweise Arbeitslosengeld, bezogen.

Während der Pflegezeit erwirbt die Pflegeperson somit erneute Ansprüche auf Arbeitslosengeld oder Leistungen der Arbeitsförderung.

Krankenversicherung

Pflegepersonen, die neben der Pflegetätigkeit in einem Beschäftigungsverhältnis (maximal 30 Wochenstunden) stehen, sind hierüber krankenversichert. **Wird keine Beschäftigung ausgeübt, gibt es die Möglichkeit der beitragsfreien Familienversicherung oder der freiwilligen Krankenversicherung.** Für letztere können Betroffene bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen einen Antrag auf Bezuschussung stellen.

4.9 Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege

Die Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen kann vorübergehend oder dauerhaft auch in einer teilstationären oder stationären Einrichtung erfolgen.

Kurzzeitpflege

Es gibt Ausnahme-Situationen, in denen ein pflegebedürftiger Mensch im häuslichen und auch im teilstationären Bereich vorübergehend nicht oder noch nicht betreut werden kann. In diesen Fällen kann der Betroffene für eine **zeitlich begrenzte Dauer von maximal 8 Wochen** in einer **vollstationären Einrichtung** versorgt werden. Eine vollstationäre Aufnahme über einen zeitlich begrenzten Zeitraum kommt vor allem infrage, wenn im Anschluss an einen stationären Aufenthalt die **häusliche Pflege erst organisiert** werden muss oder wenn **Krisensituationen bewältigt werden müssen** (z. B. die Pflegeperson ist selbst erkrankt oder benötigt Urlaub; die Pflegebedürftigkeit verschlimmert sich; der Zeitraum bis zur vollstationären Pflege muss überbrückt werden).

Meist haben vollstationäre Pflegeeinrichtungen ein gewisses Kontingent freier Betten, die sie für Kurzzeitpflegebewohner bereithalten. Um die Bezuschussung der Pflegekasse zu bekommen, muss die Einrichtung von der Pflegekasse zugelassen sein.

Anspruchsvoraussetzungen

Die Pflegekasse übernimmt für alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 die Kosten für Kurzzeitpflege. Die Leistung muss bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Höhe der Leistung orientiert sich nicht am Pflegegrad, ist also für alle Betroffenen gleich.

TIPP

Im Rahmen des monatlichen Entlastungsbetrages von 125 € monatlich haben auch Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 Zugang zur Kurzzeitpflege.

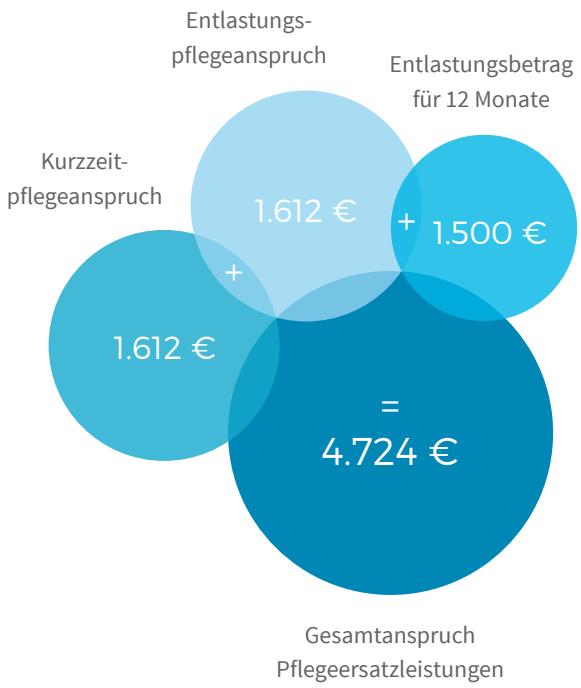
Kostenübernahme durch die Pflegekasse

Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen sowie die Kosten für soziale Betreuung und die medizinische Behandlungspflege für maximal 8 Wochen im Jahr. Hierfür stellt sie einen Gesamtbetrag von maximal 1.612 € zur Verfügung. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während des Aufenthaltes in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung für maximal 8 Wochen pro Kalenderjahr weitergezahlt. Ergänzend können Betroffene, sofern die Voraussetzungen erfüllt sind, nicht in Anspruch genommene Leistungen der Ersatzpflege auch für die Kurzzeitpflege aufwenden, wodurch sich der Leistungsbetrag verdoppelt. Es ist zudem möglich, den Entlastungsbetrag (insgesamt 12 x 125 €) für Kurzzeitpflege zu verwenden.

Durch die **Kombination dieser 3 Leistungsarten ergibt sich ein finanzieller Gesamtanspruch von 4.724 €**, welcher für Kurzzeitpflege aufgewendet werden kann.

Hotelkosten

Der Pflegebedürftige muss Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung (Hotelkosten) und sogenannte Investitionskosten selbst tragen.



Eigene Abbildung: Gesamtanspruch für Kurzzeitpflege durch Kombination diverser Leistungsarten

TIPP

Der monatliche Entlastungsbeitrag von 125 € kann zur Deckung der Hotelkosten eingesetzt werden.

Tages- und Nachtpflege

In Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen wird der Pflegedürfte entweder am Tag oder in der Nacht von professionellen Pflege- und Betreuungskräften versorgt und kann trotzdem in seiner vertrauten häuslichen Umgebung bleiben. Tageseinrichtungen bieten neben der aktivierenden, pflegerischen Versorgung ein vielfältiges Betreuungsprogramm an. Nachtpflegeeinrichtungen eignen sich vor allem für Pflegebedürftige mit einem gestörten Tag-Nacht-Rhythmus. Tages- und Nachtpflege können Patienten in Anspruch nehmen, wenn sie die **Vorversicherungszeit** erfüllen, ihre **Pflegebedürftigkeit** festgestellt und die **Leistung** bei der Pflegekasse beantragt wurde.

In zugelassenen Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse folgende Kosten:

- Hin- und Rücktransport
- Pflegebedingte Aufwendungen
- Aufwendungen für soziale Betreuung
- Notwendige medizinische Behandlungspflege

Die **Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Pflegebedürftige selbst tragen**. Die Höhe der monatlichen Leistung ist abhängig vom Pflegegrad und entspricht der Höhe der Pflegesachleistung.

WICHTIG

Pflegebedürftige haben neben der Tages- und Nachtpflege auch vollen Anspruch auf Geldleistungen, Sachleistungen oder Kombinationsleistungen.

Vollstationäre Pflege

Manchmal ist die Versorgung eines pflegebedürftigen Menschen im häuslichen Bereich auch unter Einbindung teilstationärer Maßnahmen nicht möglich oder diese Option kommt aufgrund der individuellen Situation nicht in Betracht. Dann kann bei der Pflegekasse ein Antrag auf vollstationäre Leistungen gestellt werden.

Ein Umzug in ein Pflegeheim ist oft unumgänglich, z. B. weil es keine Pflegeperson gibt, weil sich das körperliche und geistige Befinden des Pflegebedürftigen sehr verschlechtert hat, weil die Pflegeperson überfordert ist oder weil eine hochgradige Verwirrtheit vorliegt, aufgrund derer eine Eigen- oder Fremdgefährdung besteht.

Meist wird diese Lebensveränderung als sehr einschneidend erlebt. Mit ihr sind das Abschiednehmen vom vertrauten Lebensumfeld und die Umstellung auf viel Neues verbunden. Die 24-Stunden-Versorgung im Pflegeheim wird allerdings von vielen pflegebedürftigen Menschen auch als deutliche Verbesserung ihrer Lebensqualität empfunden.

Höhe der Leistungen

In welcher Höhe sich die Pflegeversicherung an den Heimkosten beteiligt, hängt vom Pflegegrad ab. Sie übernimmt in zugelassenen, vollstationären Pflegeeinrichtungen anteilig die Kosten für:

- Pflegebedingte Aufwendungen (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung)
- Medizinische Behandlungspflege
- Soziale Betreuung

	PG2	PG3	PG4	PG5
Vollstationäre Pflege	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €

Zusätzlich erheben Pflegeheime **unabhängig vom Pflegegrad** für die Unterkunfts-, Verpflegungs- und Investitionskosten einen **einrichtungseinheitlichen Eigenanteil**. Heimbewohner zahlen demnach in jedem Pflegegrad in der stationären Versorgung den gleichen Zuzahlungsbetrag.

Ausnahme: Bestandsschutz. Wer bereits 2016 im Pflegeheim gewohnt hat, für den erhöht sich der Eigenanteil nicht. Stattdessen übernimmt die Pflegekasse auf Dauer den darüber liegenden Differenzbetrag.

Vollstationäre Pflegeleistungen werden nur für Pflegebedürftige **in den Pflegegraden 2 bis 5 erstattet**. Pflegbedürftigen im Pflegegrad 1 steht lediglich eine geringe Kostenerstattungsleistung von 125 € pro Monat im Rahmen des § 43 Abs. 3 SGB XI zu. Kosten für Unterkunft und Verpflegung müssen vom Pflegebedürftigen getragen werden.

Die Differenz zwischen den Gesamtkosten für die vollstationäre Pflege und den Leistungen der Pflegekasse ist oft erheblich. Einkommen und Vermögen vieler Pflegebedürftiger reichen häufig nicht aus, um diese finanzielle Lücke zu schließen. Können die Kosten des Pflegeheimes auch nicht mithilfe der Unterhaltspflichtigen Familienmitglieder gedeckt werden, kann beim Sozialamt ein Antrag auf Unterstützung gestellt werden (siehe auch Kapitel 8.6 Hilfe zur Pflege).

TIPP

Mit Hilfe der Datenbanksuche auf der Internetseite des Zentrums für Qualität in der Pflege können die 10 nächstgelegenen Pflegeberatungsstellen ausfindig gemacht werden.

Online abrufbar unter:
https://bdb.zqp.de/#/home

5. VORSORGE-MÖGLICHKEITEN

5.1 Vorsorgevollmacht 94

5.2 Betreuungsverfügung 97

5.3 Patientenverfügung 98

5.4 Organspende 103

5.5 Exkurs: Testament 104

5.6 Bestattungsvorsorge 105

5.7 Form, Gültigkeit, Aktualisierung und Aufbewahrung der Vorsorgedokumente 106

5.

VORSORGEMÖGLICHKEITEN

Es kann vorkommen, dass Patienten aufgrund ihrer Erkrankung ihre Wünsche nicht mehr artikulieren können. Damit in einer solchen Situation Angehörige und Ärzte trotzdem im Sinne des Betroffenen über medizinische Maßnahmen, Rechts- und Finanzangelegenheiten entscheiden können, gibt es verschiedene Möglichkeiten der Vorsorge.

Alltagsgeschäfte

Vorsorgevollmacht
Geeignet, wenn eine oder mehrere Vertrauenspersonen mit der Abwicklung der Alltagsangelegenheiten (Aufenthaltsbestimmung, Vermögenssorge etc.) betraut werden sollen.

Betreuungsverfügung
Geeignet, wenn keine Vertrauensperson vorhanden ist und stattdessen eine gerichtlicher Betreuer bestellt werden soll.

Gesundheitssorge

Patientenverfügung
Geeignet, für medizinisch-pflegerische Wünsche und Vorstellungen für die letzte Lebensphase und den unmittelbaren Sterbeprozess.

Vorüberlegungen treffen
Betroffene sollten sich im Vorfeld überlegen, für welchen Bereich sie wie vorsorgen möchten. Wer soll im Ernstfall im Haushalt helfen oder die Pflege übernehmen? Wer soll sich um die Rechtsgeschäfte kümmern? Welche medizinische und pflegerische Behandlung wünschen sie sich bei der Verschlimmerung der Krankheit oder im Sterbeprozess? Gibt es Personen, denen der Patient vollumfänglich vertraut?

5.1 Vorsorgevollmacht

Mit einer Vorsorgevollmacht legen Patienten fest, wer sich um ihre alltäglichen Geschäfte und persönlichen Angelegenheiten kümmern soll, wenn sie dazu nicht mehr in der Lage sind. Sie ist vor allem dann geeignet, wenn es eine enge Bezugsperson gibt, welcher der Patient wirklich vertraut.

Voraussetzungen

Jede **geschäftsfähige Person über 18 Jahren** kann eine Vorsorgevollmacht verfassen. Laut Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB) ist geschäftsunfähig, wer – wie es oft im fortgeschrittenen Stadium einer schweren Erkrankung der Fall ist – sich in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, der die Bildung eines freien Willens ausschließt. Der **Bevollmächtigte** muss **volljährig** und **geschäftsfähig** sein. Er sollte mit der Bevollmächtigung einverstanden sein und möglichst frühzeitig in die Erstellung der Vollmacht miteinbezogen werden.

TIPP

Patienten, die eine Vorsorgevollmacht verfassen möchten, sollten dies möglichst frühzeitig tun, bevor Zweifel an ihrer Geschäftsfähigkeit aufkommen können.

Inhalt einer Vorsorgevollmacht

Folgende Angelegenheiten können in einer Vorsorgevollmacht geregelt und sollten dort auch explizit genannt werden:

Gesundheitssorge und Pflege

Dies beinhaltet Entscheidungen über die medizinische und pflegerische Versorgung. Bestimmte Bereiche müssen in der Vollmacht aufgrund gesetzlicher Vorgaben ausdrücklich benannt werden. Dazu gehört die Vertretung bei der Einwilligung in Operationen. Wenn die Gefahr besteht, dass der Vollmachtgeber stirbt oder einen schweren gesundheitlichen Schaden erleidet, bedarf es bei medizinischen Eingriffen der Genehmigung durch das Betreuungsgericht (§ 1904 BGB). Das gilt auch bei der Entscheidung über sogenannte freiheitsentziehende Maßnahmen, also z. B. bei der Unterbringung in einer beschützenden Abteilung eines Pflegeheims, bei Anwendung von fixierenden Maßnahmen (Bettgitter o. Ä.) oder sedierenden Medikamenten.

TIPP

Besitzt der Patient neben einer Vorsorgevollmacht auch eine Patientenverfügung, ist es sinnvoll, dem Bevollmächtigten die Durchsetzung der Patientenverfügung ausdrücklich anzuvertrauen.

Aufenthaltsbestimmung

Der Bevollmächtige kann über den Wohnort und die geeignete Wohnform entscheiden. Er kann z. B. einen Heimvertrag abschließen oder auch kündigen.

Wohnungsangelegenheiten

Dazu gehören der Abschluss oder die Kündigung von Mietverträgen. Soll der Bevollmächtigte auch Immobiliengeschäfte tätigen, muss die Vollmacht durch einen Notar beurkundet werden.

Vermögenssorge und laufende finanzielle Geschäfte

Der Vollmachtgeber kann verfügen, dass Rechnungen beglichen werden können oder das Vermögen verwaltet werden kann.

Post- und Fernmeldeverkehr

Die Entgegennahme und Bearbeitung der Post sowie die Entscheidung über Verträge zu Telefon, Fax, Internet, E-Mail und Fernsehen, also den Fernmeldeverkehr. Soll die Vertrauensperson auch über die Konten und Bankdepots des Patienten verfügen können, empfiehlt es sich, einen entsprechenden Vordruck bei der betreffenden Bank auszufüllen. Soll der Bevollmächtigte auch ein Darlehen aufnehmen können, muss die Vollmacht durch einen Notar beurkundet werden.

Vertretung bei Ämtern, Behörden und vor Gericht

Bei einer Erkrankung gibt es viele Dinge bei Ämtern oder Versicherungen zu regeln. Deshalb ist es notwendig, dass ein Vertreter in diesen Angelegenheiten handlungsfähig ist.

Ergänzende Betreuungsverfügung

Sollte trotz ausführlicher Vollmacht eine gesetzliche Betreuung notwendig sein, ist diese Ergänzung empfehlenswert. Hierdurch formuliert der Patient seinen Wunsch, dass der Bevollmächtigte vom Betreuungsgericht als rechtlicher Betreuer eingesetzt wird. Er kann auch eine weitere Person benennen, die ersatzweise die Betreuung übernehmen soll, wenn der Bevollmächtigte dazu nicht in der Lage ist.

Eine umfangreiche Informationsbroschüre zum Thema Betreuungsrecht mit geprüften Formulierungen für Vorsorgevollmachten und Vordrucken findet sich auf der Internetseite des Bundesministeriums der Justiz unter: www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Betreuungsrecht.html

Vollmacht für mehrere Personen

Es kann auch sinnvoll sein, nicht nur einer einzigen Person eine Vollmacht auszustellen.

Der Patient kann

- **getrennte Vollmachten** für einzelne Bereiche an verschiedene Vertrauenspersonen übertragen.
  Dies kann sinnvoll sein, wenn diese jeweils besondere Kenntnisse in einem Fachgebiet haben.
- eine **gleichzeitige Vollmacht** für mehrere Personen verfassen. Der Vollmachtgeber kann entscheiden, ob die Bevollmächtigten unabhängig voneinander handeln können oder Entscheidungen gemeinsam treffen müssen
  eine **Vollmacht bei Verhinderung** ausstellen.
- für den Fall, dass der Bevollmächtigte z. B. wegen Urlaub oder Krankheit seine Aufgaben nicht wahrnehmen kann, wird eine Ersatzperson ausgewählt es dem Bevollmächtigten freistellen, eine **Untervollmacht** zu erteilen. Dieser kann dann einen Dritten (z. B. einen Steuerberater) mit bestimmten Angelegenheiten betrauen, etwa weil er sich nicht zu jeder Zeit mit der entsprechenden Kompetenz um alle benannten Aufgaben kümmern kann.

Um das Risiko vor Missbrauch einer Vorsorgevollmacht möglichst gering zu halten, gibt es gesetzliche Regelungen. Eine Vollmacht endet in der Regel mit dem Tod des Vollmachtgebers. Gerade dann sind jedoch schnell einige Dinge zu regeln. In der Vorsorgevollmacht sollte deshalb klargestellt werden, ob sie auch über den Tod hinaus gelten soll.

5.2 Betreuungsverfügung

In diesem Dokument können Patienten festlegen, wer vom Betreuungsgericht zum **rechtlichen Betreuer** bestellt werden soll bzw. wer hierfür nicht infrage kommt. Darüber hinaus können Wünsche formuliert werden, wie die Betreuung erfolgen soll.

In einer Betreuungsverfügung lassen sich zum Beispiel **Wünsche in Bezug auf die persönliche Lebensführung**, die Bestimmung des Wohnsitzes (z. B. so lange wie möglich zu Hause zu bleiben, Nennung eines bestimmten Pflegeheims), im Umgang mit finanziellen Angelegenheiten (z. B. Geschenke oder Spenden, die weiter getätigt werden sollen), ärztliche Behandlung und Ähnliches festhalten.

TIPP

Hat der Patient seine medizinischen Behandlungswünsche bereits in einer Patientenverfügung niedergeschrieben, ist es sinnvoll, diese mit der Betreuungsverfügung zu verknüpfen.

Es gibt zwei Arten von Betreuungsverfügungen:

Eigenständige Betreuungsverfügung ohne Vorsorgevollmacht

Sie ist dann sinnvoll, wenn es keine Vertrauensperson gibt, der durch eine Vorsorgevollmacht alle Rechtsgeschäfte übertragen werden sollen. Sie kommt aber auch dann in Betracht, wenn aufgrund der Erkrankung bereits Zweifel an der Geschäftsfähigkeit bestehen und deshalb die Ausstellung einer Vollmacht nicht mehr möglich ist.

Ergänzende Betreuungsverfügung

Wenn einer Vertrauensperson eine Vorsorgevollmacht erteilt wurde, sollte in dieser ergänzt werden, dass der Bevollmächtigte vom Betreuungsgericht auch als rechtlicher Betreuer eingesetzt werden soll, wenn dies nötig werden sollte.

Wahl eines Betreuers

Der Verfasser kann in der Betreuungsverfügung formulieren, wer als rechtlicher Betreuer für welche Aufgaben eingesetzt werden soll. Er kann auch eine Ersatzperson benennen, falls sein Wunsch-Betreuer, etwa wegen Krankheit, ausfällt. Das Betreuungsgericht muss sich danach richten, sofern es nicht dem Wohl des Betroffenen entgegensteht oder dieser seine Meinung geändert hat. In einer Betreuungsverfügung kann eine bestimmte Person auch als Betreuer **ausgeschlossen** werden.

Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung im Vergleich

	VORSORGEVOLLMACHT	BETREUUNGSVERFÜGUNG
Vertrauensperson	Der Patienten überträgt einer oder mehreren Personen uneingeschränkt und vorbehaltlos die Durchsetzung seiner Wünsche.	Es ist keine Vertrauensperson im persönlichen Umfeld vorhanden. Stattdessen wird von Gerichts wegen ein Betreuer gestellt oder aber bestimmte Personen werden explizit als Betreuer ausgeschlossen.
Gültigkeit	Die Vollmacht lässt sich nur erstellen oder abändern, solange der Patient geschäftsfähig ist.	Bei einer Betreuungsverfügung ist es ausreichend, wenn der Patient bei der Erstellung einsichtsfähig ist.
Kontrollmöglichkeit	Die Entscheidungen der Bevollmächtigten werden – außer bei hoch riskanten und freiheitsentziehenden Maßnahmen – kaum überwacht.	Der Betreuer wird vom Betreuungsgericht kontrolliert, alle Entscheidungen müssen dokumentiert und genehmigt werden.

5.3 Patientenverfügung

Mithilfe einer Patientenverfügung können Patienten bereits im Vorfeld über das „Ob“ und „Wie“ medizinischer Maßnahmen entscheiden, falls sie eines Tages krankheits- oder unfallbedingt dazu nicht mehr in der Lage sein sollten.

Der rechtliche Betreuer oder Bevollmächtigte hat eine wichtige Aufgabe: Er muss prüfen, ob die Patientenverfügung auf die jeweilige Behandlungssituation zutrifft. Ist dies der Fall, muss er dafür sorgen, dass diese bei den behandelnden Ärzten durchgesetzt wird. In manchen Situationen müssen der behandelnde Arzt und der Bevollmächtigte bzw. Betreuer vor einer Entscheidung über eine medizinische oder pflegerische Maßnahme die Genehmigung des Betreuungsgerichts einholen.

Die **Deutsche Stiftung Patientenschutz** verfügt über eine Schiedsstelle, die bei Auseinandersetzungen in Bezug auf die Gültigkeit und/oder Durchsetzung einer Patientenverfügung kostenfreie Hilfe anbietet. Die Patientenverfügung wird gebührenfrei geprüft und bei Konflikten wird zwischen den Parteien vermittelt. Ausführliche Informationen hierzu finden Betroffene unter www.stiftung-patientenschutz.de

Inhalte einer Patientenverfügung

Folgende Schritte können dem Patienten das Verfassen einer Patientenverfügung erleichtern.

7 Schritte auf dem Weg zur Patientenverfügung

1. Vorüberlegungen treffen

Im Vorfeld sollten Patienten sich intensiv über ihre Motivation zur Erstellung einer Patientenverfügung, über ihre Wertvorstellungen und ihre Haltung zu medizinischen Behandlungen Gedanken machen. Gegebenenfalls können diese Überlegungen auch als Grundlage für die spätere Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Patienten schriftlich fixiert werden.

2. Beratung suchen

Informationen über die Inhalte und die Ausgestaltung einer Patientenverfügung sind das A und O um Ängste und Unsicherheiten im Vorfeld abzubauen. Patienten und Angehörige können sich von Experten, z. B. von Ärzten, Hospizdiensten oder anderen Beratungsstellen, über schwere Krankheitssituationen, mögliche Behandlungen und deren Folgen beraten lassen. Gegebenenfalls können diese Beratungsgespräche auch dokumentiert werden.

3. Gespräche führen

Es ist ratsam, im Vorfeld ausführlich mit seinen Angehörigen und Vertrauenspersonen über die eigenen Wünsche zu sprechen, insbesondere mit denjenigen, die zum zukünftigen Bevollmächtigten oder Betreuer bestellt werden sollen. Dies kann zum einen für die eigene Entscheidungsfindung hilfreich sein. Zum anderen kennen diese Personen dann die persönliche Einstellung des Patienten besser, wenn es notwendig werden sollte, dessen mutmaßlichen Willen zu ermitteln.

4. Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung erstellen

Idealerweise sollten Patienten festlegen, wer sich um ihre Gesundheitsangelegenheiten kümmern soll, wenn sie selbst nicht mehr in der Lage dazu sind. Diese Person kann in einer Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung explizit benannt werden. Ihr obliegt es dann auch, der Patientenverfügung Geltung zu verschaffen.

5. Geltungssituationen festlegen

Patienten sollten explizit die Situationen definieren, für die sie vorsorglich Behandlungswünsche äußern möchten.

6. (Behandlungs-) Wünsche definieren

Patienten sollten für die o. g. Situationen festlegen, welche Behandlung sie wünschen oder ablehnen und wie sie sich ihr Umfeld und ihre Pflege vorstellen.

7. Patientenverfügung erstellen

Auf Basis dieser Vorüberlegungen gilt es nun, die eigentliche Verfügung zu erstellen. Bei Beratungsstellen, im Buchhandel, bei Ärzten, Rechtsanwälten oder Notaren gibt es Formulierungshilfen und Vordrucke.

In die Patientenverfügung sollten Betroffene bewusst auch individuelle Wünsche mit aufnehmen. Wodurch kann das Befinden in der vorliegenden Situation verbessert werden? Das kann ein Bett mit Blick auf ein Fenster sein, die Bilder von Angehörigen und Freunden auf dem Nachttisch, das Lieblingskuscheltier im Bett, der bevorzugte Sender im Radio, der leise im Hintergrund spielt … Patienten sollten ihre diesbezüglichen Vorstellungen konkret in der Ich-Form niederschreiben: „Ich wünsche mir, dass …“

7 Schritte auf dem Weg zur Patienten-verfügung

1.
Vorüberlegungen treffen

2.
Beratung suchen

3.
Gespräche führen

4.
Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung erstellen

5.
Geltungssituation festlegen

6.
(Behandlungs-) Wünsche definieren

7.
Patientenverfügung erstellen

Eine Patientenverfügung sollte folgende Informationen beinhalten:

- Persönliche Angaben (Name, Geburtsdatum, Adresse)
- Beschreibung der Situationen, in der die Patientenverfügung gelten soll
- Aufzählung der pflegerischen und medizinischen Maßnahmen, die gewünscht oder abgelehnt werden
- Hinweis auf eine bestehende Vorsorgevollmacht für die Gesundheitssorge bzw. Betreuungsverfügung
- Hinweis auf Wertvorstellungen, konkrete persönliche Wünsche z. B. auf einem Beiblatt
- Dokumentation einer Beratung zur Patientenverfügung bzw. Bestätigung der Geschäftsfähigkeit durch einen Arzt
- Zwingend sind Ort, Datum und Unterschrift (mit Aktualisierungen)

Zusätzlich können diese Inhalte sinnvoll sein:

- Wünsche zur Sterbebegleitung
- Dokumentation zu Behandlungswünschen bei einer bestehenden schweren Erkrankung, um konkrete Behandlungssituationen zu beschreiben und Wünsche festzuhalten
- Nennung von weiteren Vertrauenspersonen, die zur Entscheidungsfindung hinzugezogen werden sollen
- Hinweise zur Einwilligung in eine Organspende

Geltungsbereich

Die Krankheitssituationen, in denen eine Patientenverfügung gilt, sind vom Gesetzgeber nicht näher definiert oder begrenzt.

Folgende Situationen werden in Patientenverfügungen häufig genannt:

- Unmittelbarer Sterbevorgang
- Endstadium einer unheilbaren, tödlichen Erkrankung
- Apallisches Syndrom (Wachkoma) oder ähnliche Zustände
- Fortgeschrittenes Stadium von Demenzerkrankungen und Ähnliches

Einfluss der Krankheitsgeschichte

Welche Situationen in einer Patientenverfügung beschrieben werden, hängt auch stark von der Krankheitsgeschichte ab. Durch die Diagnose einer schweren Krankheit ändert sich bei vielen Menschen ihre Haltung zu medizinischen Behandlungen und lebensverlängernden Maßnahmen. Patienten können in der Patientenverfügung auf mögliche Maßnahmen in Zusammenhang mit ihrer konkreten Erkrankung eingehen. Das setzt voraus, dass sie sich über Konfliktsituationen und Behandlungsmöglichkeiten gründlich informieren.

Folgende Maßnahmen werden im Allgemeinen häufig genannt:

- Wunsch nach palliativpflegerischen Maßnahmen
- Wunsch nach medikamentösen Maßnahmen gegen Symptome wie Schmerzen, Unruhe, Angst, Atemnot, Übelkeit, auch wenn dadurch die Lebenszeit verkürzt wird
- Ablehnung von Maßnahmen, die das Sterben hinauszögern und das Leiden verlängern
- Einwilligung in oder Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen
- Einwilligung in oder Ablehnung von künstlicher Ernährung über eine Sonde oder intravenös
- Wünsche zur Flüssigkeitsgabe im Sterbeprozess
- Wunsch nach Ausschöpfung aller medizinisch angezeigten Maßnahmen, um am Leben zu bleiben
- Wünsche für den Sterbeprozess, z. B. Ablehnung eines Krankenhausaufenthaltes oder Wunsch nach Begleitung durch bestimmte Personen

Folgende Maßnahmen werden oft genannt, wenn bereits eine schwere Erkrankung vorliegt:

- Einwilligung in oder Ablehnung von künstlicher Beatmung
- Einwilligung in oder Ablehnung eine(r) künstlichen Blutwäsche (Dialyse)
- Wünsche zur Gabe von Antibiotika
- Wünsche zur Gabe von Blutbestandteilen
- Beendigung von oben genannten Maßnahmen, wenn diese in einer Notfallsituation begonnen wurden, aber für den Betroffenen keine Besserung zu erwarten ist

Umfassender Versorgungsplan

Gerade bei schwerwiegenden (Vor-)Erkrankungen ist die Ergänzung der Patientenverfügung durch eine Auflistung möglicher erkrankungsbedingter Komplikationen und der vom Patienten gewünschten Maßnahmen sinnvoll. Solche vorausschauenden Behandlungspläne gewinnen immer mehr an Bedeutung. Behandelnde Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige entwickeln gemeinsam einen umfassenden Versorgungsplan. Eine umfangreiche Informationsbroschüre zum Thema Patientenverfügung mit geprüften Formulierungen und Textbausteinen findet sich auf der Internetseite des Bundesministeriums der Justiz unter: www.bmjv.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Publikationensuche_Formular.html?nn=6425014

5.4 Organspende

Organspende ist ein Thema, auf das Ärzte und Fachpersonal im Krankenhaus oder in der ambulanten Versorgung häufig von Patienten und deren Angehörigen angesprochen werden.

Gesetzliche Regelung für die Entnahme und Transplantation von Organen

In Deutschland gilt bei der Organspende die sogenannte Entscheidungslösung. Das heißt, einer Organentnahme muss zu Lebzeiten **explizit zugestimmt** werden. Krankenkassen schreiben zudem bereits Mitglieder ab 16 Jahren an und ersuchen sie um deren Einverständnis. Ab 2022 wird es mit dem Inkrafttreten des „Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende“ auch möglich sein, die Spendebereitschaft in Ausweisstellen (z. B. bei der Beantragung eines neuen Personalausweises) zu erklären. Außerdem sollen Hausärzte die Patienten ermuntern, eine Entscheidung zu dokumentieren. Dadurch soll die Zahl der Organspender erhöht werden.

Voraussetzungen zur Organspende

Um als Organspender in Frage zu kommen, muss es zum unumkehrbaren Hirnfunktionsausfall **(Hirntod)** gekommen sein. Zudem muss der Spender zu Lebzeiten **schriftlich** seine **Zustimmung** zur Organspende erklärt haben (Organspendeausweis / Patientenverfügung). Liegt eine solche schriftliche Willensäußerung nicht vor, können die **Familienangehörigen** post mortem gemäß dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen über eine Spende entscheiden.

Ausschlusskriterien

Eine Organ- oder Gewebespende ist nur dann ausgeschlossen, wenn **schwerwiegende Grunderkrankungen** vorliegen.

Dazu gehören unter anderem:

- HIV-Infektion
- Intravenöse Drogenabhängigkeit
- Akute Krebserkrankung
- Akute Infektion mit Hepatitis-Viren (HBC, HCV)
- Floride Tuberkulose
- Sepsis aufgrund von nachgewiesenen multiresistenten Keimen (MRSA)

Frühere ausgeheilte Erkrankungen wie Krebs oder Tuberkulose sollten (sofern vorhanden) im Organspendeausweis vermerkt werden, sodass im Einzelfall über die Spendereignung entschieden werden kann.

TIPP

Ängsten rund um das Thema Organspende wie etwa einer verfrühten Einstellung der Behandlung oder einer heimlichen Organentnahme können Ärzte und Fachpersonal durch Gespräche und frühzeitige Aufklärung entgegenwirken.

Spendefähige Organe und Gewebe

Folgende Organe oder Organteile und Gewebe können gespendet werden:

- Innere Organe wie Herz, Herzklappen, Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse, Nieren, Darm
- Teile der Haut
- Hornhaut der Augen
- Teile der Blutgefäße, Sehnen(-gewebe)
- Knochen- sowie Knorpelgewebe

WICHTIG

Beim Ausfüllen eines Organspendeausweises besteht die Möglichkeit, manche Organe / Gewebe von der Spende auszuschließen bzw. nur die Spende bestimmter Organe / Gewebe zuzulassen.

Patienten sollten ihren Angehörigen oder Freunden ihre Entscheidung bzgl. einer Organspende mitteilen, den Organspendeausweis bei den Personalpapieren mitführen oder in ihrer Krankenakte hinterlegen lassen. Der Organspendeausweis wird an keiner offiziellen Stelle hinterlegt oder registriert. Ausführliche Informationen dazu gibt es auf der Internetseite www.organspende-info.de

5.5 Exkurs: Testament

Ein Testament ist die schriftliche Verfügung darüber, was nach dem Tod mit dem Vermögen und den Besitztümern des Verstorbenen geschehen soll. Auch Wünsche bezüglich der Beisetzung können darin formuliert werden. Unter Umständen kann es sinnvoll sein, eine **gesonderte Bestattungsverfügung** zu verfassen. Die Bestattung wird zum einen nicht notwendigerweise von den Erben organisiert. Zudem wird das Testament oftmals erst nach der Beerdigung geöffnet. **Jede geschäftsfähige Person über 18 Jahren** kann ein Testament verfassen. Solange die Person geschäftsfähig ist, kann sie ihr Testament jederzeit widerrufen, neu aufsetzen oder abändern. Gültig ist stets die zuletzt unterzeichnete verfasste Version.

TIPP

Patienten mit einer Erkrankung, die früher oder später mit einem Verlust der geistigen Fähigkeiten einhergeht, sollten sich mit der Erstellung eines Testaments befassen, bevor Urteilskraft und Denkvermögen nachlassen und Zweifel an der Geschäftsfähigkeit aufkommen können.

5.6 Bestattungsvorsorge

Vielen Menschen fällt es schwer, sich mit dem eigenen Sterben oder dem Tod von geliebten Menschen auseinander zu setzen. Eine Bestattungsvorsorge zu Lebzeiten stellt sicher, dass den eigenen Wünschen im Todesfall entsprochen wird und die Hinterbliebenen entlastet werden.

Bestattungsverfügung

In einer Bestattungsverfügung kann die eigene Bestattung geplant werden: Von der Bestattungsart (z. B. Feuer- oder Erdbestattung) über die Gestaltung einer **Trauerfeier** bis zur Beauftragung eines Bestattungsinstitutes.

BEISPIEL

Als der Witwer Herr S. von seiner terminalen Krebserkrankung erfährt, entschließt er sich, eine Bestattungsverfügung zu verfassen. Er wünscht sich eine Urnenbeisetzung im Familiengrab. Für die Trauerfeier sucht er 2 Lieder aus, die dann in „gehobener Lautstärke" abgespielt werden sollen, damit er „sie auch vom Himmel aus hören kann". Blumenschmuck wünscht er keinen am Grab, stattdessen verfügt er, dass das dafür verwendete Geld dem örtlichen Kinderhospizverein gespendet werden soll.

Form und Aufbewahrung

Eine Bestattungsverfügung kann entweder formlos handschriftlich oder mithilfe einer Vorlage erstellt werden. Datum und Unterschrift müssen in beiden Fällen eigenhändig darunter gesetzt werden. Eine notarielle Beglaubigung kann vor allem bei Druckvorlagen sinnvoll sein, um die Gültigkeit der gemachten Angaben zu bekräftigen. Am besten werden alle Vorsorgedokumente an einem sicheren Ort aufbewahrt, wo sie schnell gefunden werden.

Bestattungsvorsorgevertrag

In einem Bestattungsvorsorgevertrag können Patienten neben Bestattungsart und -ablauf auch die Finanzierung klären und ein konkretes Bestattungsunternehmen bestellen. Auf Basis der gewünschten Leistungen erstellt der Bestatter einen Kostenvoranschlag. Der Betrag wird bereits zu Lebzeiten beglichen und in der Regel auf ein Treuhandkonto einbezahlt. Im Todesfall wird er zur Finanzierung der Beisetzung verwendet.

TIPP

Es ist ratsam, bei mehreren Bestattungsunternehmen Kostenvoranschläge einzuholen, um verschiedene Angebote miteinander vergleichen zu können.

5.7 Form, Gültigkeit, Aktualisierung und Aufbewahrung der Vorsorgedokumente

Form

Gesetzliche Vorschriften zur Ausgestaltung der Vorsorgedokumente gibt es **nicht**. Die Dokumente müssen allerdings **schriftlich verfasst** und **gut lesbar** sein. Wichtig sind **Unterschrift und Datum**.

Ausnahme Testamente

Testamente müssen, sofern sie nicht als sogenanntes öffentliches Testament bei einem Notar hinterlegt werden, handschriftlich fixiert und mit Vor- und Zunamen unter Angabe von Ort und Datum eigenhändig unterschrieben werden. Mit dem Computer oder Schreibmaschine erstellte Testamente sind ungültig!

Vorlagen gibt es bei Beratungsstellen, im Buchhandel, bei Ärzten, Rechtsanwälten oder Notaren. Jede Vorlage muss individuell geprüft und auf die Situation des Einzelnen angepasst werden.

Gültigkeit

Bei der Erstellung einer Vorsorgevollmacht und einem Testament muss der Patient **geschäftsfähig** (Vorsorgevollmacht, Testament) bzw. **einwilligungsfähig** (Patientenverfügung und Betreuungsverfügung) sein. Das jeweilige Dokument gilt so lange, bis der Verfasser es widerruft. Dies ist jederzeit möglich, vorausgesetzt, der Betroffene ist geschäftsfähig bzw. einwilligungsfähig. Um Zweifeln vorzubeugen, ob der Patient beim Verfassen von Vorsorgevollmacht, Testament, Betreuungsverfügung oder Patientenverfügung geschäftsfähig bzw. einsichtsfähig war, ist es ratsam, von einem vertrauten Arzt die **Geschäftsfähigkeit / Einsichtsfähigkeit** unter dem Dokument bescheinigen zu lassen.

Einschränkende Formulierungen

Insbesondere bei der Vorsorgevollmacht sollten keine Bedingungen wie „falls ich geschäftsunfähig bin“ oder „wenn meine geistigen Kräfte nicht mehr ausreichen …“ formuliert werden. Der Bevollmächtigte müsste sonst erst nachweisen, dass dieser Zustand tatsächlich eingetreten ist.

Notarielle Beglaubigung und Beurkundung

Testament, Vorsorgevollmacht, Betreuungs-, Bestattungs- und Patientenverfügung sind auch ohne Beteiligung eines Notars gültig. Eine notarielle Beglaubigung kann allerdings sinnvoll sein, um zu belegen, dass die Unterschrift tatsächlich vom Unterzeichner stammt.

Mit einer Beurkundung bestätigt der Notar, dass er über den Inhalt des Dokuments beraten hat und dass keine Zweifel an der Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers bestehen. Beim Notar fallen zusätzliche Gebühren an, wenn mehrere Dokumente zusammen (Vollsorgevollmacht plus Patientenverfügung und/oder Betreuungsverfügung) beurkundet werden.

Eine Vorsorgevollmacht sollte in folgenden Fällen von einem **Notar** beurkundet werden:

- Wenn der Vollmachtgeber ein Handelsgewerbe betreibt oder Gesellschafter einer Personen- oder Kapitalgesellschaft ist
- Wenn die Vollmacht auch zum Erwerb oder zum Verkauf von Immobilien berechtigen soll
- Wenn begründete Sorge besteht, dass jemand die Gültigkeit der Vollmacht anzweifeln wird

Aktualisierung

Um Zweifel an der Gültigkeit des Vorsorgedokuments auszuschließen, sollten die Dokumente **spätestens nach 2 Jahren überprüft** und mit neuem Datum und Unterschrift versehen werden. Bei umfangreichen Änderungen sollten Patienten das Vorsorgedokument neu erstellen und mit aktuellem Datum unterschreiben.

Aufbewahrung

Testament, Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung sind **nur im Original gültig**. Der Bevollmächtigte oder Betreuer muss deshalb wissen, wo sich die Dokumente befinden. Eine Kopie sollte der Vollmachtgeber behalten. In Bayern, Bremen, Hessen, Niedersachsen, im Saarland, in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen kann die Betreuungsverfügung direkt beim Betreuungsgericht hinterlegt werden.

Bei Testamenten ist eine Hinterlegung beim Nachlassgericht gegen eine geringe Gebühr möglich. Beim **Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer** können die Kenndaten (wie Namen und Adressen des Erklärenden und des Bevollmächtigten bzw. Betreuers) einer Vorsorgevollmacht bzw. Betreuungsverfügung und zudem der Hinweis auf das Bestehen einer Patientenverfügung registriert werden, nicht aber deren Inhalte.

Nähere Informationen hierzu unter: www.vorsorgeregister.de

TIPP

Sehr zu empfehlen ist auch ein Hinweiskärtchen mit Basisinformationen für den Notfall im Geldbeutel, welches auch Auskunft über die vorhandenen Vorsorgedokumente gibt.

6. LEISTUNGEN DER GESETZLICHEN RENTENVERSICHERUNG

6.1 Erwerbsminderungsrente 110

6.2 Vorgezogene Altersrente bei Schwerbehinderung .. 115

6.3 Witwen-/Witwerrente 116

6.4 Waisenrente 118

6.5 Erziehungsrente 119

6.

LEISTUNGEN DER GESETZLICHEN RENTENVERSICHERUNG

Aufgabe der gesetzlichen Rentenversicherung ist die soziale Sicherung ihrer Mitglieder im Alter sowie deren Hinterbliebenen im Todesfall. Zudem unterstützt sie Versicherte, deren Arbeitsfähigkeit gefährdet oder gemindert ist.

Personen, die nicht mehr am Erwerbsleben teilnehmen können, erhalten unter bestimmten Voraussetzungen eine **Erwerbsminderungsrente** ihrer gesetzlichen Rentenversicherung. Nach dem Tod des Versicherten zahlt sie für die hinterbliebenen Partner und Kinder eine **Witwen- bzw. Waisenrente**, um das fehlende Einkommen des Verstorbenen teilweise auszugleichen.

Da es bei den unterschiedlichen Rentenformen auch einige Sonderregelungen gibt, sollten sich Betroffene unbedingt beim Rentenversicherungsträger vor Ort beraten lassen. Dort sind auch konkrete individuelle Berechnungen und Antragsformulare erhältlich.

6.1 Erwerbsminderungsrente

Unterschied zwischen „arbeitsunfähig“, „erwerbsgemindert“ und „berufsunfähig“

Patienten sind durch ihre Erkrankung oftmals so sehr beeinträchtigt, dass sie vorübergehend ihre berufliche Tätigkeit nicht ausüben können und arbeitsunfähig werden. Bei einem Teil der Patienten nehmen die Einschränkungen kontinuierlich zu, sodass eine Berufsausübung nicht mehr möglich ist. In Verbindung mit dieser Problematik werden häufig die Bezeichnungen „arbeitsunfähig“, „erwerbsgemindert“ und „berufsunfähig“ synonym verwendet, obwohl sie eine unterschiedliche Bedeutung haben.

Arbeitsunfähigkeit

Arbeitnehmer, die infolge einer Erkrankung ihre vereinbarte Arbeitsleistung nicht erbringen können, haben bei ärztlich bestätigter Arbeitsunfähigkeit einen **bis zu 6-wöchigen Anspruch** auf **Entgeltfortzahlung** durch den Arbeitgeber. Besteht die Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf dieser 6 Wochen fort, kann der Versicherte bei seiner Krankenversicherung Krankengeld beantragen.

Erwerbsunfähigkeit

Bis Ende 2000 konnten Personen bei entsprechender Voraussetzung eine Rente wegen „Erwerbsunfähigkeit" erhalten. Im Rahmen einer Reform wurde die Leistung verändert und der Begriff „Erwerbsunfähigkeit" wird nicht mehr verwendet.

Erwerbsminderung

Versicherte können beim Rentenversicherungsträger einen Anspruch wegen **„teilweiser oder voller Erwerbsminderung"** geltend machen. Als erwerbsgemindert gelten Personen, die aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit **unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes weniger als 6 Stunden am Tag** arbeiten können. Je nach verbliebenem Leistungsvermögen wird weiter unterschieden zwischen einer **teilweisen und einer vollen Erwerbsminderung**. Um die Leistung zu erhalten, müssen neben den gesundheitlichen Einschränkungen auch rentenversicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein.

Berufsunfähigkeit

Personen, die **vor dem 02.01.1961 geboren** sind, können bei der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente wegen Berufsunfähigkeit beantragen, wenn sie wegen einer Erkrankung oder Behinderung ihre Tätigkeit im bisherigen Beruf nicht mehr **mindestens 6 Stunden** täglich ausüben können. Wer 1961 oder später geboren ist, erhält bei Berufsunfähigkeit keine Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung, kann dieses Risiko aber privat absichern.

Der **wesentliche Unterschied** zwischen einer Erwerbsminderung und einer Berufsunfähigkeit liegt darin, dass zur Feststellung der Berufsunfähigkeit die bisherige, berufliche Tätigkeit relevant ist. Bei der Feststellung der Erwerbsminderung wird dagegen keine Rücksicht auf den erlernten oder den zuletzt ausgeübten Beruf genommen.

WICHTIG

Wer berufsunfähig ist, ist also nicht zwangsläufig erwerbsgemindert.

Frührente

Der Begriff „Frührente" ist eine umgangssprachliche Bezeichnung, die meist für die Erwerbsminderungsrente benutzt wird. Wer aus gesundheitlichen Gründen in seiner beruflichen Leistungsfähigkeit massiv eingeschränkt ist, kann bei der Rentenversicherung eine Rente wegen **Erwerbsminderung** beantragen.

Bevor die Versicherung eine Rente gewährt, prüft sie, ob die Erwerbsfähigkeit durch eine medizinische oder berufliche Rehabilitation wiederhergestellt werden kann. Damit folgt sie dem **Grundsatz „Reha vor Rente“**.

Führt die Rehabilitation zu keiner Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens, prüft die Rentenversicherung, inwieweit die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt ist. Abhängig vom Ausmaß der eingeschränkten Erwerbsfähigkeit kann eine **teilweise** oder eine **volle Erwerbsminderungsrente** gewährt werden. Prinzipiell müssen neben den gesundheitlichen Beeinträchtigungen auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein:

Allgemeine Voraussetzungen

- Das Renteneintrittsalter zum Erhalt einer Altersrente (Regelaltersgrenze) ist noch nicht erreicht
- Alle Rehabilitationsmaßnahmen wurden vollumfänglich ausgeschöpft
- Die Leistungsfähigkeit für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt liegt unter 6 Stunden täglich

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die Wartezeit vor Eintritt der Erwerbsminderung muss erfüllt sein, d. h. es muss eine Mindestversicherungszeit von 5 Jahren vorliegen und in den letzten **5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung** müssen für **3 Jahre Pflichtbeiträge** abgeführt worden sein.

BEISPIEL

Eine 54 Jahre alte Patientin leidet seit vielen Jahren unter einer rheumatischen Erkrankung. Sie ist in Vollzeit als Bürokauffrau bei einer Spedition beschäftigt. Bis vor einem Jahr konnte sie trotz ständiger Schmerzen die beruflichen Anforderungen bewältigen. Zuletzt gelingt ihr dies immer weniger. Immer häufiger ist sie arbeitsunfähig, was nicht zuletzt auch auf eine begleitende Depression zurückzuführen ist. Auf Anraten ihres Arztes wendet sich die Patientin an einen Rentenberater. Dieser prüft anhand des Rentenkontos, ob die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Zusammen mit dem Fachmann füllt die 54-Jährige die Antragsunterlagen aus, fügt relevante Befundberichte bei und ergänzt das Antragspaket um eine persönliche Stellungnahme zu ihren Einschränkungen.

Teilweise und volle Erwerbsminderungsrente

Ob eine teilweise oder eine volle Erwerbsminderungsrente gewährt wird, ist abhängig von den gesundheitlichen Einschränkungen und von ihren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz.

Teilweise Erwerbsminderungsrente (früher: Rente wegen Berufsunfähigkeit)

Der Betroffene kann unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes auf nicht absehbare Zeit nur noch **3 bis unter 6 Stunden täglich** tätig sein. **Hinzuverdienst:** Individuelle Grenze.

Volle Erwerbsminderungsrente (früher: Rente wegen Erwerbsunfähigkeit)

Das Leistungsvermögen für Erwerbstätigkeiten beträgt unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes auf nicht absehbare Zeit **weniger als 3 Stunden täglich. Hinzuverdienst:** Maximal 6.300 € im Jahr. Was darüber hinaus verdient wird, wird zu 40 % auf die Rente angerechnet.

TIPP

Die Deutsche Rentenversicherung bietet eine Informationsbroschüre mit ausführlichen Hinweisen zur Hinzuverdienstberechnung.

Online abrufbar unter:
www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Erwerbsminderungsrente/Erwerbsminderungsrente.html

Ob eine teilweise oder eine volle Erwerbsminderungsrente gewährt wird, wird mittels ärztlicher Befunde und Gutachten geprüft. Sowohl die teilweise als auch die volle Erwerbsminderungsrente gehen mit einem **dauerhaften Rentenabschlag**, der Auswirkungen auf die Altersrente und die Hinterbliebenenrente hat, einher. Der Antrag auf eine Erwerbsminderungsrente wird bei der gesetzlichen Rentenversicherung gestellt.

Höhe der Erwerbsminderungsrente

Die Höhe der Rente ist abhängig von den bezahlten Beiträgen, von der Beitragszeit, dem aktuellen Rentenwert und eventuellen Abschlägen. Die Rentenversicherung übersendet jährlich an ihre Versicherten, die das 27. Lebensjahr erreicht und die 5-jährige Wartezeit erfüllt haben, Renteninformationen mit der potenziellen Rentenleistung.

Besonderheit der teilweisen Erwerbsminderungsrente

Bei einer teilweisen Erwerbsminderungsrente wird davon ausgegangen, dass noch begrenzt eine berufliche Tätigkeit ausgeübt werden kann. Sie ist deshalb **nur halb so hoch** wie die volle Erwerbsminderungsrente. Im optimalen Fall kann der Betroffene neben dem Rentenbezug eine **Teilzeittätigkeit** ausüben. Bezieher einer teilweisen Erwerbsminderungsrente, die arbeitslos sind, können eine volle Erwerbsminderungsrente erhalten, wenn kein Teilzeitarbeitsplatz auf dem regionalen Arbeitsmarkt zur Verfügung steht (**„Arbeitsmarktrente“**). Bei einer teilweisen Erwerbsminderungsrente muss das berufliche Leistungsvermögen des Versicherten unter 6 Stunden täglich liegen. Nimmt ein Patient eine Tätigkeit an, bei der er mehr arbeitet, könnte dies den Verlust des Rentenanspruches nach sich ziehen. Daher ist **vor jeder Beschäftigungsaufnahme** eine **Rücksprache mit dem Rentenversicherungsträger** ratsam.

Zurechnungszeit

Tritt die Erwerbsminderung schon in jüngeren Jahren ein, zählen nicht nur die bisherigen Berufsjahre. Der Versicherte wird durch die Anrechnung einer sogenannten Zurechnungszeit so gestellt, als hätte er bis zum 65. Lebensjahr und 8 Monaten gearbeitet. Dies gilt nur für Neurentner, deren Erwerbsminderungsrente ab dem 01.01.2019 beginnt. Diese Zurechnungszeit wird mit dem Durchschnitt der bisher geleisteten Versicherungszeiten bewertet. Dadurch wird die errechnete Rente erhöht.

Günstigerprüfung

Erwerbsgeminderte Personen mit einem Rentenbeginn ab dem 01.07.2014 können von einer Günstigerprüfung profitieren, wenn sie wegen ihrer Erkrankung in den letzten 4 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung weniger Gehalt bekommen haben. Würde ihr Rentenanspruch deswegen geringer ausfallen, werden die letzten 4 Jahre bei der Rentenberechnung nicht berücksichtigt.

Rentenabschläge

Ebenso wie bei vorzeitigem Bezug einer Altersrente wird auch eine Erwerbsminderungsrente, die vor dem 63. Lebensjahr bezogen wird, mit einem Abschlag belegt. Für jeden Monat Rentenbezug vor dem 63. Lebensjahr wird ein **Abschlag von 0,3 %** vorgenommen, jedoch **höchstens 10,8 %**. Die **Abschläge sind dauerhaft**, bleiben also auch bei dem Bezug einer späteren Altersrente erhalten. Seit Anhebung der Regelaltersgrenze steigt auch schrittweise die Grenze für den Bezug einer abschlagsfreien Erwerbsminderungsrente.

Dauer der Erwerbsminderungsrente

Die zuständige Rentenversicherung kann eine Erwerbsminderungsrente befristet oder unbefristet gewähren.

Befristete Erwerbsminderungsrente

Eine Erwerbsminderungsrente ist in der Regel zeitlich begrenzt und auf **maximal 3 Jahre** befristet. Sie kann allerdings verlängert und erneut befristet werden, wenn sich der Gesundheitszustand nicht verbessert. In diesen Fällen sollte der Rentenbezieher spätestens 4 Monate vor Ablauf der Befristung einen Antrag auf Weiterbewilligung stellen.

Der Rentenanspruch kann entfallen, wenn sich im Zuge einer amtsärztlichen Untersuchung herausstellt, dass sich die Erwerbsfähigkeit verbessert hat. Die Rentenversicherung ist berechtigt, die Anspruchsberechtigung regelmäßig zu prüfen.

Leistungsbeginn bei einer befristeten Erwerbsminderungsrente

Befristete Renten werden im Gegensatz zu unbefristeten Renten frühestens mit dem 7. Kalendermonat nach Eintritt der Erwerbsminderung gezahlt.

Unbefristete Erwerbsminderungsrente

Eine unbefristete Erwerbsminderungsrente wird nur dann gewährt, wenn aus medizinischer Sicht klar ersichtlich ist, dass das Leistungsvermögen nicht wiederhergestellt werden kann und eine Besserung des Gesundheitszustandes nicht zu erwarten ist. Hiervon kann auch nach einer **Gesamtbefristung von 9 Jahren** ausgegangen werden.

Leistungsbeginn bei einer unbefristeten Erwerbsminderungsrente

Innerhalb von 3 Kalendermonaten nach Eintritt der Erwerbsminderung muss der Rentenantrag bei der Rentenversicherung eingereicht werden. Der Versicherte erhält ab dem Monat nach Eintritt der Erwerbsminderung eine Rentenzahlung. Sind die 3 Monate verstrichen, leistet die Rentenversicherung die Zahlung erst ab Antragstellung.

6.2 Vorgezogene Altersrente bei Schwerbehinderung

Schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen können bei Patienten eine Beschäftigung bis zur Regelaltersrente unmöglich machen. Schwerbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von **mindestens 50** können deshalb vorzeitig in Rente gehen. Um Anspruch auf eine Altersrente zu haben, müssen Betroffene die Mindestversicherungszeit von 35 Jahren erfüllen und bei Antritt der Rente einen gültigen Schwerbehindertenausweis besitzen. Die Rente wird, abhängig vom Geburtsdatum und dem Zeitpunkt des Rentenantritts, komplett oder mit Kürzungen ausbezahlt.

Altersrente ohne Abzüge

Je nach Geburtsdatum können schwerbehinderte Menschen zu einem früheren Zeitpunkt in Rente gehen, ohne Rentenabzüge in Kauf nehmen zu müssen. Grundsätzlich wird ab folgenden Altersgrenzen die Altersrente komplett ausgezahlt:

- Geboren vor dem 01.01.1952:
  Altersrente mit 63 Jahren möglich
- Geboren vom 01.01.1952 bis zum 31.12.1963:
  die Altersgrenze erhöht sich stufenweise
- Geboren ab dem 01.01.1964:
  Altersrente mit 65 Jahren möglich

Vorzeitige Altersrente mit Abzügen

Schwerbehinderte Menschen können die Altersrente auch bis zu 3 Jahre vor Erreichen der oben genannten Altersgrenzen beantragen. Dies mindert allerdings dauerhaft ihre Rente. Für **jeden Monat**, den die Rente früher bezogen wird, wird sie um **0,3 % gekürzt**. Der maximale Abzug beträgt bei 36 Monaten 10,8 %.

Antragstellung

Für einen nahtlosen Übergang zwischen Erwerbstätigkeit und Rentenbeginn sollte der Antrag auf Altersrente **mindestens 3 Monate vor dem gewünschten Beginn** gestellt werden.

6.3 Witwen-/Witwerrente

Witwen und Witwer erhalten nach dem Tod ihres Ehepartners, mit dem sie bis zuletzt standesamtlich verheiratet waren, grundsätzlich vom Rentenversicherungsträger eine Rente. Für eingetragene Lebenspartner gelten die gleichen Regelungen.

WICHTIG

Wurde für das Ehepaar ein sogenanntes Rentensplitting durchgeführt, besteht kein Anspruch auf Witwen-/Witwerrente.

Altes Recht bis 2002

Anfang 2002 wurde das Recht für die Witwen- und Witwerrente geändert. Für Betroffene gelten jedoch die alten Regelungen, wenn der Ehegatte vor dem 01.01.2002 verstorben ist oder wenn die Ehe vor dem 01.01.2002 geschlossen und wenigstens ein Ehepartner vor dem 02.01.1962 geboren wurde.

Grundsätzliche Voraussetzungen

Um vom Rentenversicherungsträger eine Witwen-/Witwerrente zu erhalten, müssen Betroffene grundsätzlich folgende Bedingungen erfüllen:

- Standesamtliche Ehe bis zum Tod des Partners
- Der verstorbene Ehepartner hat die allgemeine Versicherungszeit von 5 Jahren erfüllt oder bereits eine eigene Rente von der Rentenversicherung erhalten
- Die Ehe hat mindestens 1 Jahr bestanden (diese Voraussetzung gilt nicht für Berechtigte nach dem alten Recht); Ausnahmen sind hier möglich
- Der Hinterbliebene hat nicht wieder standesamtlich geheiratet (in diesem Fall ist auf Antrag eine Rentenabfindung möglich)

Große Witwen-/Witwerrente

Anspruch auf eine große Witwen-/Witwerrente hat, wer wenigstens eine der folgenden Bedingungen erfüllt:

- Eigenes Alter mindestens 45 Jahre und 9 Monate (Todesjahr 2020). Diese Altersgrenze wird stufenweise bis zum 47. Lebensjahr angehoben
- Erwerbsminderung bzw. Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit nach dem früher geltenden Recht
- Erziehen eines Kindes (das eigene oder das des verstorbenen Partners), welches jünger als 18 Jahre alt ist oder eine Behinderung hat

Höhe

Die große Witwen-/Witwerrente beträgt 55 % (für Berechtigte nach dem altem Recht: 60 %) der Rente, die der Ehepartner bereits bezogen hat oder auf die er Anspruch gehabt hätte.

Kleine Witwen-/Witwerrente

Hinterbliebene, welche die Bedingungen für eine große Witwen-/Witwerrente nicht (mehr) erfüllen, erhalten eine kleine Witwen-/Witwerrente. Diese wird seit 2002 befristet für 24 Monate gezahlt. Berechtigte nach dem alten Recht erhalten sie unbefristet.

Höhe

Die kleine Witwen-/Witwerrente beträgt 25 % der Rente, die der Ehepartner bereits bezogen hat oder auf die er Anspruch gehabt hätte.

Rentenminderung

Eine volle Witwen-/Witwerrente wird nur ausbezahlt, wenn der Versicherte erst nach dem Erreichen einer vorgegebenen Altersgrenze verstirbt. Die Altersgrenze wird bis 2023 jedes Jahr stufenweise angehoben. Ab dem Jahr 2024 gilt die Altersgrenze von 65 Jahren. Stirbt die versicherte Person vor Erreichen dieser Altersgrenze, so wird die Witwen-/Witwerrente um 0,3 % für jeden Monat, maximal um 10,8 %, gekürzt.

Kinderzuschlag

Hinterbliebene, die nach dem neuen Recht ab 2002 anspruchsberechtigt sind, erhalten für jedes Kind, das sie in dessen ersten 3 Lebensjahren erzogen haben, einen Zuschlag zu ihrer Witwen-/Witwerrente.

Einkommensanrechnung

Bei Hinterbliebenen, die über eigenes Einkommen verfügen, welches einen vorgegebenen Freibetrag übersteigt, wird die Witwen-/Witwerrente anteilig gekürzt.

Der Freibetrag* beträgt

- in den alten Bundesländern:
  872,52 € plus 185,08 € für jedes Kind mit grundsätzlichem Anspruch auf Waisenrente
- in den neuen Bundesländern:
  841,90 € plus 185,08 € für jedes Kind mit grundsätzlichem Anspruch auf Waisenrente

(* Gültig von Juli 2019 bis Juni 2020)

6.4 Waisenrente

Wenn Mutter, Vater oder beide Elternteile sterben, steht den hinterbliebenen Kindern unter bestimmten Voraussetzungen eine Waisenrente vom Rentenversicherungsträger zu.

Voraussetzungen

Anspruch auf eine Waisenrente haben:

- Leibliche und adoptierte Kinder
- Stiefkinder und Pflegekinder, die im Haushalt des Verstorbenen lebten
- Enkel und Geschwister, die im Haushalt des Verstorbenen lebten oder deren Lebensunterhalt überwiegend von ihm bestritten wurde
- Kinder, wenn der verstorbene Elternteil die allgemeine Versicherungszeit in der gesetzlichen Rentenversicherung von 5 Jahren erfüllt hat oder bis zum Tod eine Rente bezogen hat

Höhe

Die Höhe der Waisenrente ist abhängig von den Rentenansprüchen des Verstorbenen und davon, ob ein Elternteil oder beide Eltern verstorben sind. Hat ein Kind Anspruch auf mehrere Waisenrenten, wird nur die höchste ausbezahlt.

Halbwaisenrente

Eine Halbwaisenrente wird bezahlt, wenn ein unterhaltspflichtiger Elternteil verstorben ist. Sie beträgt **10 % der Versichertenrente**, die der Verstorbene bereits bezogen hat oder auf die er zum Todeszeitpunkt Anspruch gehabt hätte.

Vollwaisenrente

Anspruch auf eine Vollwaisenrente haben Kinder, wenn beide Eltern verstorben sind. Sie beträgt **20 % der Versichertenrente**, die der Verstorbene bereits bezogen hat oder auf die er zum Todeszeitpunkt Anspruch gehabt hätte.

Hinweis: Bezieher von Waisenrente sind bis Vollendung des 18. Lebensjahres bei der Krankenkasse pflichtversichert.

TIPP

Eine Waisenrente wird nicht automatisch bezahlt, sie muss beantragt werden. Da sie rückwirkend nur bis zu 12 Kalendermonate vor dem Antragsmonat bezahlt wird, sollte der Antrag unbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Tod des Versicherten gestellt werden.

Rentendauer

Waisenrenten werden grundsätzlich **bis zum 18. Geburtstag des Kindes** bezahlt. Eine Verlängerung bis zum 27. Geburtstag ist möglich, wenn

- sich das Kind in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet
- das Kind ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder den Bundesfreiwilligendienst leistet
- das Kind eine Behinderung hat und deshalb nicht selbst für sich sorgen kann

Auch in Übergangszeiten von bis zu 4 Monaten (z. B. zwischen 2 Ausbildungen) kann die Waisenrente weitergewährt werden. Die Rente wird auch dann weiterbezahlt, wenn das Kind adoptiert wird oder heiratet.

6.5 Erziehungsrente

Geschiedene, die ein Kind unter 18 Jahren erziehen und deren früherer Ehepartner oder eingetragener Lebenspartner stirbt, erhalten unter bestimmten Voraussetzungen eine Erziehungsrente. Dieselben Regelungen gelten für verwitwete Ehepartner und Lebenspartner, für die ein Rentensplitting durchgeführt wurde.

Voraussetzungen

Gesetzlich Versicherte erhalten eine Erziehungsrente, wenn sie zum Todeszeitpunkt des geschiedenen Partners die allgemeine Versicherungszeit in der gesetzlichen Rentenversicherung von 5 Jahren erfüllen und sie ein eigenes oder ein Kind des geschiedenen Partners erziehen, welches minderjährig ist oder eine Behinderung hat. Hinzu kommt, dass die Ehe nach dem 30.06.1977 geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde (oder Unterhaltsanspruch nach dem DDR-Recht besteht), die Betreffenden keine weitere Ehe mehr eingegangen sind und die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht sein darf.

Rentenhöhe

Die Höhe der Erziehungsrente entspricht der Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Rentenminderung

Nimmt der Versicherte die Erziehungsrente vor Erreichen einer festgesetzten Altersgrenze (2020: 64 Jahre und 4 Monate) in Anspruch, wird die Rente gekürzt. Für **jeden vorgezogenen Monat** werden **0,3 %, höchstens jedoch 10,8 % abgezogen**.

Einkommensanrechnung

Bei Versicherten, die über eigenes Einkommen verfügen, das einen vorgegebenen Freibetrag übersteigt, wird die Erziehungsrente anteilig gekürzt.

Der **Freibetrag*** beträgt

- in den alten Bundesländern: 872,52 € plus 185,08 € für jedes Kind mit grundsätzlichem Anspruch auf Waisenrente
- in den neuen Bundesländern: 841,90 € plus 185,08 € für jedes Kind mit grundsätzlichem Anspruch auf Waisenrente

(* Gültig von Juli 2019 bis Juni 2020)

7. LEISTUNGEN ZUR REHABILITATION

7.1 Kostenträger und Zuständigkeiten 122

7.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 125

7.3 Anschlussheilbehandlung 126

7.4 Rehabilitation für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene 129

7.5 Betriebliches Eingliederungsmanagement 131

7.6 Stufenweise Wiedereingliederung 131

7.7 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 133

7.8 Übergangsgeld 135

7.9 Leistungen zur Sozialen Teilhabe 137

7.10 Umdeutung eines Rehabilitationsantrags in einen Rentenantrag 137

7.

LEISTUNGEN ZUR REHABILITATION

Leistungen zur Rehabilitation haben u. a. zum Ziel, die Gesundheit der Betroffenen wiederherzustellen, sie wieder in ihren Arbeitsalltag einzugliedern sowie allgemein eine bestmögliche Teilhabe für Menschen mit Beeinträchtigung zu gewährleisten.

Insgesamt können 5 Arten von Rehabilitationsmaßnahmen unterschieden werden:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 42 ff. SGB IX – z. B. Anschlussrehabilitation, stufenweise Wiedereingliederung)
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 49 ff. SGB IX)
- Unterhaltsichernde und ergänzende Leistungen (§§ 64 ff. SGB IX – z. B. Übergangsgeld)
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung (§ 75 SGB IX)
- Leistungen zur Sozialen Teilhabe (§§ 76 ff. SGB IX)

Grundsätze

Reha vor Pflege (§ 31 SGB XI) – mit Reha-Maßnahmen soll eine Pflegebedürftigkeit verhindert oder verzögert werden.

Reha vor Rente (§ 9 SGB VI) – mit Reha-Maßnahmen soll der Renteneintritt verhindert oder verzögert werden.

7.1 Kostenträger und Zuständigkeiten

Gesetzliche Krankenkassen sind Träger medizinischer Reha-Leistungen, wenn diese erforderlich sind, um die Gesundheit der Patienten wiederherzustellen oder zu erhalten.

Die **gesetzliche Rentenversicherung** ist zuständig für die medizinische und berufliche Reha sowie Teilhabe ihrer Versicherten, wenn deren Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder bereits eingeschränkt ist. Dadurch soll die verminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich verbessert, wiederhergestellt bzw. eine Verschlechterung verhindert werden.

Die **gesetzliche Unfallversicherung** (Berufsgenossenschaft) übernimmt medizinische, berufliche oder soziale Reha-Leistungen für Personen, die infolge einer Berufskrankheit, eines Wegeunfalls oder eines Arbeitsunfalls beeinträchtigt und rehabilitationsbedürftig sind.

Die **Bundesagentur für Arbeit** ist nur dann Träger für berufliche Reha, wenn kein anderer Leistungsträger zuständig ist.

Sozialhilfeträger übernehmen in allen Bereichen die Kosten für Leistungen zur Reha, wenn kein anderer Leistungsträger zuständig ist.

Hauptfürsorgestellen sind zuständig für Opfer von Gewalttaten, Kriegsopfer und deren Hinterbliebene. Sie übernehmen für Personen, die einen Leistungsanspruch auf soziale Entschädigung haben, Reha-Leistungen aus allen Bereichen.

WICHTIG

Welcher Kostenträger für welche Rehabilitationsmaßnahme zuständig ist, hängt von verschiedenen Faktoren wie der beruflichen Situation des Betroffenen und der Ursache der Erkrankung ab. Grundsätzlich haben Sozialversicherungsleistungen stets Vorrang vor steuerfinanzierten Leistungen. Grundsicherungs- und Sozialhilfeleistungen werden immer nachrangig gewährt.

Zuständigkeitsklärung

Da für die individuellen Rehabilitationsleistungen mehrere Träger in Frage kommen können, gilt es die genaue Zuständigkeit zu klären. Mit der Einführung der **„leistenden Träger“** durch das Bundesteilhabegesetz (§§ 14 ff. SGB IX) wurden die Träger zur engeren Kooperation untereinander verpflichtet.

Geht ein Reha-Antrag bei einem der Leistungsträger ein, muss dieser prüfen, ob er für die beantragten Leistungen oder einen Teil derselben zuständig ist. Besteht keine Zuständigkeit, kann der Antrag innerhalb von 14 Tagen an den voraussichtlich zuständigen Träger weitergeleitet werden. Dieser zweite Träger ist dadurch zuständig. Leitet der erstangegangene Träger den Antrag nicht innerhalb der Frist weiter, wird er automatisch leistender Reha-Träger.

Der leistende Träger ist dann verantwortlich für die Begleitung der Leistungsberechtigten durch den gesamten Reha-Prozess sowie für die **Teilhabeplanung** (§§ 19 ff SGB IX). Dabei werden die individuellen Bedarfe ermittelt und die Leistungserbringung koordiniert.

Beratungsangebote für Rehabilitation und Teilhabe

Betroffene können sich unter anderem bei der Deutschen Rentenversicherung Bund über Rehabiliations-Möglichkeiten informieren: www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/DE/Beratung-und-Kontakt/beratung-und-kontakt_node.html

Weitere Anlaufstellen gibt es auch hier im Ratgeber unter „Adressen und Ansprechpartner“ in der Rubrik „Rehabilitation“.

Schematische Übersicht der generellen Zuständigkeiten der Leistungsträger

Leistungsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	Leistungen zur sozialen Teilhabe	Leistungen zur Teilhabe an Bildung
Gesetzliche Krankenversicherung	✓		✓		
Gesetzliche Rentenversicherung	✓	✓	✓		
Gesetzliche Unfallversicherung	✓	✓	✓	✓	✓
Bundesagentur für Arbeit	✓	✓	✓		
Jugendhilfe	✓	✓		✓	✓
Eingliederungshilfe	✓	✓		✓	✓
Hauptfürsorgestelle	✓	✓	✓	✓	

TIPP

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. liefert in ihrer gemeinsamen Empfehlung „Reha Prozess“ Informationen zur Zuständigkeitsklärung, zur Erkennung, Ermittlung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs, zur Teilhabeplanung sowie zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe:

www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/GEReha-Prozess.BF01.pdf

7.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Durch eine medizinische Reha sollen die körperliche und geistige Gesundheit des Patienten sowie seine Erwerbsfähigkeit verbessert oder wiederhergestellt werden. Für die Verordnung einer medizinischen Reha gelten folgende sozialmedizinische Voraussetzungen:

1. Rehabilitationsbedürftigkeit
Aufgrund der Erkrankung liegen alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vor bzw. eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder besteht bereits.

2. Rehabilitationsfähigkeit
Der Patient besitzt aufgrund seiner körperlichen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung erforderliche Motivation und Belastbarkeit.

3. Positive Rehabilitationsprognose
Der Erfolg der medizinischen Reha kann als wahrscheinlich angenommen werden bzw. die Reha-Ziele können in dem notwendigen Zeitraum auch erreicht werden.

Beispiele für Leistungen einer medizinischen Reha:

- Ärztliche Heilmittelbehandlung
- Arzneimittel
- Hilfsmittel
- Heilmittel inklusive physikalische Therapie, Beschäftigungstherapie
- Psychotherapie bzw. psychotherapeutische Behandlung
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Im Normalfall findet eine medizinische Reha-Maßnahme im Anschluss an die medizinische Erstversorgung statt. Ob eine Rehabilitation stationär oder ambulant erfolgt, hängt von verschiedenen Faktoren ab, z. B. dem Schweregrad der Erkrankung, der Motivation des Betroffenen, seiner individuellen Lebenssituation oder wie selbstständig der Alltag gemeistert werden kann. Wenn möglich, wird eine ambulante Maßnahme einer stationären vorgezogen, nach dem **Grundsatz: ambulant vor stationär**.

Die **Regeldauer** einer ambulanten Reha-Maßnahme ist auf 20 Behandlungstage festgesetzt, die einer stationären auf längstens 3 Wochen. Die Dauer wird im Einzelfall durch den Kostenträger festgelegt. Unter Umständen wird ein längerer Zeitraum schon vor Beginn der Rehabilitation oder während ihres Verlaufs vereinbart.

Eine weitere ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation kann erst nach Ablauf einer **4 Jahres Frist** verordnet werden. **Ausnahme:** Die medizinische Reha ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

Rehabilitationsnachsorge

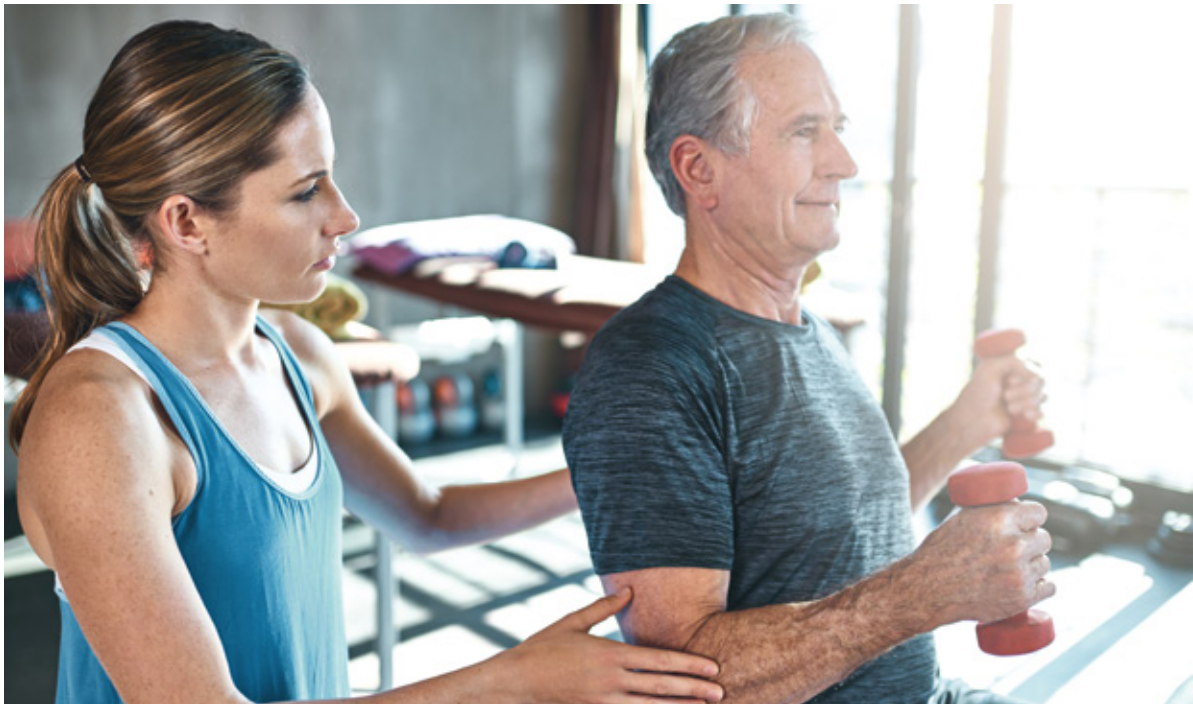
Im Anschluss an eine stationäre oder ambulante medizinische Reha kann eine Rehabilitationsnachsorge in Betracht kommen. Häufig reicht die zeitlich begrenzte Maßnahme nicht aus, um den Behandlungserfolg anhaltend zu sichern. Mit Hilfe der Nachsorgeprogramme der Deutschen Rentenversicherung (kurz Reha-Nachsorge) sollen Patienten die erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten in ihrem Lebensumfeld erproben und umsetzen.

Die Reha-Nachsorge stellt keine eigenständige Leistung dar, sondern ist ein **aufeinander aufbauendes Behandlungselement** der medizinischen Rehabilitation, mit dem gemeinsamen Ziel des Erhalts bzw. der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Nähere Auskünfte erteilt de Deutsche Rentenversicherung: www.deutsche-rentenversicherung.de

7.3 Anschlussheilbehandlung

Die Anschlussheilbehandlung (auch Anschlussrehabilitation / AHB) ist eine medizinische **Rehabilitationsmaßnahme**, die **innerhalb von 14 Tagen nach** einer **Krankenhausentlassung oder** nach einer **ambulanten Operation** erfolgt. Nach einer Bestrahlung muss sie spätestens 6 Wochen nach Behandlungsende beginnen. Die AHB kann ambulant, vollstationär oder teilstationär durchgeführt werden.

Ob eine AHB stationär oder ambulant erfolgt, hängt von verschiedenen Faktoren ab, z. B. von dem Schweregrad der Erkrankung, der Motivation des Betroffenen, seiner individuellen Lebenssituation oder davon, wie selbstständig er den Alltag meistern kann. Wenn möglich, wird eine ambulante Maßnahme einer stationären vorgezogen.



In der Regel kümmert sich der behandelnde Krankenhausarzt oder der Kliniksozialdienst um eine AHB. Sie soll einen nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Reha gewährleisten. Nach der Entlassung können niedergelassene Ärzte nur in Ausnahmefällen eine AHB beantragen.

Bei geplanten Operationen ist es ratsam, bereits vorab den Sozialdienst des Krankenhauses zu kontaktieren, um sich einen Platz in der persönlichen Wunschklinik zu sichern. Grundsätzlich sollten Patienten den Sozialdienst so früh wie möglich aufsuchen, um Wartezeiten zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und dem AHB-Beginn zu vermeiden.

TIPP

Dem Antrag auf AHB muss der Patient einen ärztlichen Befundbericht und einen Selbstauskunftsbogen beifügen. Die ärztliche Stellungnahme sollte so ausführlich wie möglich abgefasst sein und neben der Diagnose Therapiemöglichkeiten enthalten. Es ist sehr wichtig, dass die aus den Symptomen resultierenden Funktionseinschränkungen im Erwerbsleben möglichst konkret beschrieben werden.

Persönliche und medizinische Voraussetzungen

Um eine AHB genehmigt zu bekommen, muss der Patient **reisefähig** (im Ausnahmefall transportfähig) und in der Lage sein, an den geplanten Therapiemaßnahmen aktiv teilzunehmen. Daher muss die Akutphase der Erkrankung bzw. die Wundheilung zum Zeitpunkt des Therapiebeginns bereits abgeschlossen und der Betroffene frühmobilisiert bzw. **rehabilitationsfähig** sein. Das heißt, er bewältigt seine Körperpflege ohne Hilfe, benötigt keine Unterstützung bei den Toilettengängen, beim Ankleiden oder bei der Nahrungsaufnahme.

Hinweis: Nur bei bestimmten Indikationen, z. B. Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen sowie gynäkologischen und onkologischen Erkrankungen, wird eine AHB genehmigt. Eine vollständige Liste der für eine AHB zugelassenen Indikationen und etwaiger Kontraindikationen finden Patienten auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Ziel und Dauer der Maßnahme

Ziel einer AHB ist es, die Gesundheit des Patienten wiederherzustellen und ihn an die Belastungen heranzuführen, die ihn in Alltag und Beruf erwarten. Dabei sollen verlorengegangene Funktionen wiedererlangt oder bestmöglich kompensiert werden sowie im Einzelfall Pflegebedürftigkeit gemindert oder ganz vermieden werden. Die Dauer wird im Einzelfall durch den Kostenträger festgelegt. **In der Regel dauert eine AHB 3 Wochen.** Unter Umständen wird während der Rehabilitation vom Arzt der AHB-Klinik eine Verlängerung beantragt.

Wartezeiten

Für eine AHB gelten die regulären Wartezeiten der ambulanten bzw. stationären medizinischen Reha. Eine solche kann erst nach Ablauf einer Frist von **4 Jahren** erneut verordnet werden. Es sei denn dringende medizinische Gründe sprechen für einen früheren Beginn.

Wahl der Einrichtung

Die meisten Kostenträger haben ihre **Vertragshäuser**, die sie vorrangig belegen. Im Rahmen dieser Vertragshäuser kann der Patient frei wählen. Möchte er in eine Einrichtung, die nicht im Vertrag des Kostenträgers steht, und es sprechen keine medizinischen oder wirtschaftlichen Gründe dagegen, wird zusätzlich häufig ein Attest verlangt. Darin sollten die medizinischen und sozialen Gründe genannt werden, warum genau dieses Haus gewählt wurde (z. B. wohnortnähere Einrichtung, damit der Patient bei sprachlichen Schwierigkeiten öfter von Angehörigen besucht werden kann).

Kostenträger

Die **Rentenversicherung** übernimmt die Kosten, wenn das vorrangige Ziel der AHB die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist. Um eine AHB über den Rentenversicherungsträger beantragen zu können, müssen Patienten Voraussetzungen für Reha-Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen.

Die **gesetzliche Krankenkasse** ist Kostenträger, wenn das vorrangige Ziel der AHB die Wiederherstellung der Gesundheit ist. Ist die AHB in Folge eines Arbeits- oder Wegeunfalls oder einer anerkannten Berufskrankheit nötig, übernimmt die **Unfallversicherung** die Kosten. Unter bestimmten Voraussetzungen können auch die **Träger der Eingliederungshilfe** im Rahmen der Krankenhilfe zuständig sein.

Fahrtkosten

Entstehen Fahrtkosten zwischen der Wohnung und der Rehabilitationseinrichtung, können Betroffene diese gegenüber dem Kostenträger geltend machen. Dies gilt **sowohl für ambulante als auch für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen**. Grundlage der Kalkulation sind die Tarife der öffentlichen Verkehrsmittel.

TIPP

Patienten können beim Leistungsträger eine Haushaltshilfe bzw. Kinderbetreuung beantragen, wenn sie die AHB durchlaufen und ihr Kind nicht von einer anderen Person versorgt werden kann. Dies gilt für Kinder bis zu 11 Jahren oder mit einer Behinderung.

Zuzahlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen bei einer AHB-Maßnahme durch die Krankenversicherung bzw. Rentenversicherung eine Zuzahlung von **10 € am Tag** leisten.

Ist die Krankenversicherung Kostenträger, ist die Zuzahlung auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt; übernimmt die Rentenversicherung die Kosten, ist die Zuzahlung auf 14 Tage im Kalenderjahr begrenzt. Unter Umständen kann in beiden Fällen eine Zuzahlungsbefreiung beantragt werden.

Finanzielle Absicherung

Arbeitnehmer haben für den Zeitraum der Reha Anspruch auf Gehaltsfortzahlung für die Dauer von 6 Wochen. Im Anschluss daran können sie unter Umständen über den Rentenversicherungsträger **Übergangsgeld** beantragen.

7.4 Rehabilitation für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Werden schwere Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter unzureichend behandelt, können sie die Entwicklung beeinträchtigen und Folgen für die Lebensqualität und Erwerbsfähigkeit im Erwachsenenalter haben. Um dies zu verhindern, haben betroffene Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene Anspruch auf eine medizinische Rehabilitation.

Voraussetzungen

Eine Rehabilitation ist sinnvoll, wenn eine erhebliche Erkrankung vorliegt und die Möglichkeit besteht, dass der Gesundheitszustand durch die Maßnahme wiederhergestellt oder gebessert werden kann.

Dies gilt z. B. für Krankheiten der Atemwege, der Haut, des Herz-Kreislauf-Systems, des Stoffwechsels, des Bewegungsapparates oder bei Adipositas. Eine Reha kommt zudem in Frage bei Allergien, neurologischen Erkrankungen, onkologischen Erkrankungen, psychosomatischen und psychomotorischen Störungen sowie Verhaltensstörungen.

Ausschluss: Nicht zweckmäßig sind Kinderrehabilitationen bei akuten Erkrankungen oder Infektionskrankheiten.

Wer gilt als Kind?

Als Kinder in diesem Sinne gelten Kinder, Stief- oder Pflegekinder des Versicherten sowie in seinem Haushalt lebende Enkel und Geschwister, jeweils bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Die Altersgrenze kann maximal bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres erhöht werden, wenn sich der junge Erwachsene in Ausbildung befindet oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leistet.

Leistungszuständigkeit und Kostenübernahme

Der Leistungsträger einer medizinischen Reha übernimmt die Kosten für Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Betreuung, therapeutische Leistungen und medizinische Anwendungen.

Als **Träger** kommen die **Rentenversicherung, Krankenversicherung sowie** die **Unfallversicherung** in Frage.

Die **Rentenversicherung** erbringt Leistungen für Kinder von Versicherten, Beziehern einer Altersrente oder Erwerbsminderungsrente sowie Bezieher einer Waisenrente, vorausgesetzt die Krankheit des Kindes oder Jugendlichen beeinflusst dessen spätere Erwerbsfähigkeit.

Die **Krankenversicherung** leistet für (mit)versicherte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Die **Unfallversicherung** ist leistungsverpflichtet nach einem Schul- oder Arbeitsunfall (Wegeunfall mit inbegriffen)

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre müssen keine Zuzahlungen zur Rehabilitation leisten. In der Krankenversicherung besteht ab Volljährigkeit eine Zuzahlungspflicht.

Inhalte, Ablauf und Dauer

In der Kinderrehabilitation werden Kinder und Jugendliche nicht nur medizinisch behandelt, sondern sie erhalten auch **Hilfestellung bei der Bewältigung ihres Alltags**, bei der **Integration** in ihr normales Umfeld und beim Einstieg in das Berufsleben.

Fester Bestandteil der Maßnahme sind deshalb verschiedene **Beratungs- und Schulungsansätze**. Der Schwerpunkt liegt im Erlernen alltäglicher Strategien, die im Zusammenhang mit der jeweiligen Krankheit stehen. Schulkinder erhalten zudem **Stützunterricht** in allen Hauptfächern, damit sie möglichst wenig Unterricht versäumen.

Die Rehabilitation findet **immer stationär** statt. Auf diese Weise lernen Kinder, sich in einer Gruppe mit ebenfalls chronisch kranken Kindern zu integrieren. Sie dauert **in der Regel 4 Wochen** und kann bei Bedarf verlängert werden.

Generell kann eine Kinderrehabilitation alle 4 Jahre beantragt werden, bei medizinischer Notwendigkeit auch schon früher.

Begleitperson

Ist eine Begleitperson **medizinisch notwendig** oder das Kind unter 6 Jahre alt, kann der Leistungsträger auch die Kosten für die Unterbringung, Reise, Verpflegung sowie eventuell den entgangenen Verdienst der Begleitperson übernehmen („Kinderpflegekrankengeld"). Bei Kindern unter 15 Jahren können auch die Fahrtkosten eines Reisebegleiters übernommen werden.

Der Leistungsträger kann auf Antrag auch die **Kosten für eine Haushaltshilfe** übernehmen, wenn entsprechende Voraussetzungen vorliegen. Das ist z. B. der Fall, wenn ein Elternteil das Kind während der Rehabilitationsleistung begleitet und ein Geschwisterkind unter 12 Jahren zu Hause nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person betreut werden kann.

WICHTIG

Im Befundbericht muss der Arzt angeben, dass ein Elternteil als Reisebegleiter erforderlich ist.

Versicherungsschutz

Das Kind ist am Rehabilitationsort sowie auf dem Hin- und Rückweg unfallversichert. Die Kosten übernimmt die Rentenversicherung. Die Begleitperson ist nicht unfallversichert, auch wenn die Rentenversicherung die Kosten für die Mitaufnahme der Begleitperson übernimmt.

TIPP

Die Deutsche Rentenversicherung Bund bietet in ihrer Mediathek eine ausführliche Broschüre zum Thema „Rehabilitation für Kinder und Jugendliche" an: www.deutsche-rentenversicherung.de

Auf den Seiten des Bündnis Kinder- und Jugend-Reha e. V. (BKJR) gibt es eine ausführliche Übersicht über spezialisierte Kinder- und Jugend-Rehakliniken in Deutschland: www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de

7.5 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) gilt als **Mittel zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit eines Arbeitnehmers**. Es hilft dabei Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, einer erneuten Krankheit vorzubeugen sowie das bestehende Arbeitsverhältnis zu erhalten. Laut Gesetz sollen Arbeitgeber Beschäftigten ein BEM anbieten, wenn sie innerhalb eines Jahres länger als 6 Wochen arbeitsunfähig erkranken (§ 167 Abs. 2 SGB IX). Dabei ist die Betriebsgröße nicht von Bedeutung.

Hinweis: Es spielt keine Rolle, ob die Erkrankung 6 Wochen am Stück andauert oder mehrere Kurzzeit-Erkrankungen insgesamt 6 Wochen ergeben.

Zu Beginn des BEM-Verfahrens ermitteln Arbeitgeber und Arbeitnehmer gemeinsam, welche betrieblichen Gegebenheiten die Arbeitsunfähigkeit ausgelöst oder begünstigt haben. Daraufhin können individuelle Hilfen oder Maßnahmen vereinbart werden, die zum Ziel haben, Krankheitszeiten zu reduzieren und „gesunde“ Arbeitsbedingungen zu schaffen.

Zu diesen **Maßnahmen** zählen beispielsweise **technische oder organisatorische Arbeitsplatzanpassungen**, die Durchführung einer **medizinischen Rehabilitationsmaßnahme** oder einer **stufenweisen Wiedereingliederung** in den betrieblichen Alltag sowie Weiter- oder Fortbildungen.

Zu den Beteiligten in einem BEM-Verfahren zählen hauptsächlich der erkrankte Mitarbeiter, der Arbeitgeber, der Betriebs- oder Personalrat bzw. die Mitarbeitervertretung sowie ggf. die Schwerbehindertenvertretung.

Bei Bedarf kann ebenfalls der Betriebsarzt, der Arbeitsschutzbeauftragte oder der betriebliche Sozialarbeiter hinzugezogen werden.

Hinweis: Lehnt der Beschäftigte das BEM ab oder bietet der Arbeitgeber es nicht an, hat dies keine unmittelbaren rechtlichen Konsequenzen. Allerdings gelten personen- bzw. krankheitsbezogene Kündigungen bevor ein BEM angeboten oder durchgeführt wurde, als unverhältnismäßig und sozialwidrig.

7.6 Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung (auch **Hamburger Modell** genannt) gilt als eine Form der **medizinischen Reha** und stellt eine **rehabilitativ-therapeutische Maßnahme** dar. Sie soll es dem arbeitsunfähigen Patienten ermöglichen, sich nach einer länger andauernden Krankheitsphase wieder schrittweise an die vorherige Arbeitsbelastung zu gewöhnen. Die Wiedereingliederung kann im Rahmen eines betrieblichen Eingliederungsmanagements durchgeführt werden.

In Abstimmung mit dem Betroffenen und dem Arbeitgeber verordnet der behandelnde Arzt diese Maßnahme, um beiden Seiten den beruflichen Wiedereinstieg zu erleichtern. Die Leistung kann nicht nur im Anschluss an eine stationäre medizinische Rehabilitation, sondern auch während einer ambulanten Behandlung erfolgen. In der Regel dauert eine stufenweise Wiedereingliederung zwischen 6 Wochen und 6 Monaten.

Bei der Durchführung einer stufenweisen Wiedereingliederung gilt es einige Grundsätze zu beachten:

Arbeitsunfähigkeit

Während der stufenweisen Wiedereingliederung ist der Versicherte weiterhin arbeitsunfähig. Deshalb stehen ihm nach Ablauf der sechswöchigen Entgeltfortzahlung seines Arbeitsgebers auch Sozialversicherungsleistungen, wie Krankengeld oder Übergangsgeld zu.

Freiwilligkeit

Die Teilnahme an einer stufenweisen Wiedereingliederung ist **für Betroffene stets freiwillig**. Auf diese Weise soll der Erfolg der Maßnahme garantiert werden. Im Umkehrschluss ist es dem Versicherten ebenso möglich, die Wiedereingliederung jederzeit abzubrechen. Neben dem betroffenen Arbeitnehmer muss auch der Arbeitgeber der Maßnahme zustimmen. Eine gesetzliche Verpflichtung des Arbeitgebers zur Durchführung gibt es nicht.

Hinweis: In einem Urteil vom 13.06.2006 (Az.: 9 AZR 229/05) hat das Bundesarbeitsgericht festgesetzt, dass **Arbeitnehmer mit einer Schwerbehinderung** grundsätzlich einen Anspruch auf stufenweise Wiedereingliederung gegenüber ihrem Arbeitgeber haben.

Wiedereingliederungsplan

Stimmen Arbeitnehmer und -geber der Wiedereingliederung zu, gilt es die Maßnahme in einem Wiedereingliederungsplan genau zu dokumentieren. Darin sollten u. a. Vereinbarungen zur Dauer sowie zu den **verschiedenen Eingliederungsstufen** getroffen werden. Diese Stufen werden vorab mit dem behandelnden Arzt beschlossen und dem Leistungsvermögen individuell und flexibel angepasst. Dort können Arbeitszeiten und Tätigkeiten genau bestimmt und schrittweise angehoben werden. Die Wiedereingliederungspläne bedürfen einer **regelmäßigen medizinischen Überprüfung** und können so bei Bedarf angepasst werden.

Finanzielle Absicherung

Der Betroffene gilt für den Zeitraum der Maßnahme weiter als arbeitsunfähig, sodass er zunächst Anspruch auf **Entgeltfortzahlung** hat. Anschließend kann er **Entgeltersatzleistungen** beziehen. Sofern die Wiedereingliederung innerhalb von 4 Wochen nach der Rehabilitation stattfindet, erhält der Patient von der Rentenversicherung **Übergangsgeld**. Ist dies nicht der Fall, kann er von der Krankenversicherung **Krankengeld** beziehen. In speziellen Fällen können auch die Agentur für Arbeit (insbesondere nach Aussteuerung aus dem Krankengeldbezug) oder die Unfallversicherung (Verletztengeld) als Kostenträger zuständig sein.

Rechtlich hat der Arbeitnehmer **keinen Anspruch auf eine Vergütung** durch den Arbeitgeber. Es steht den beiden Parteien jedoch frei, sich auf eine Vergütung für die geleistete Tätigkeit zu einigen. Wird während der Wiedereingliederung Arbeitsentgelt erzielt, verringern sich die Entgeltersatzleistungen entsprechend.

Um die Inanspruchnahme einer Wiedereingliederungsmaßnahme attraktiver zu gestalten, können während dieser Zeit Zusatzleistungen von einem Rehabilitationsträger oder dem Arbeitgeber gewährt werden, z. B. Erstattung von Mehraufwendungen wie Fahrtkosten.

Der Patient ist während der stufenweisen Wiedereingliederung **weiterhin in der Renten- und Unfallversicherung pflichtversichert**, so dass ihm durch die Wiedereingliederung kein versicherungsrechtlicher Nachteil entsteht und er auch bei negativem Ausgang der Wiedereingliederung bei der Arbeitslosenversicherung nicht benachteiligt ist.

WICHTIG

Die Entgeltersatzleistung während der stufenweisen Wiedereingliederung wird auf die Höchstdauer des Bezuges wegen ein und derselben Krankheit angerechnet.

TIPP

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bietet online eine umfangreiche Broschüre zum Thema „Stufenweise Wiedereingliederung“ an.

Online abrufbar unter:
www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/AHStufenweise.web.pdf

7.7 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die berufliche Rehabilitation bzw. die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sollen den Patienten wieder in seinen beruflichen Alltag eingliedern. Die erforderlichen Maßnahmen sollen dazu beitragen, die Erwerbsfähigkeit des Betroffenen entsprechend seiner Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, zu ermöglichen oder wieder ganz herzustellen.

Patienten, die **nach einer medizinischen Reha** gesundheitlich weiterhin so eingeschränkt sind, dass eine Berufsausbildung oder die Berufsausübung erschwert oder unmöglich ist, können Leistungen der beruflichen Reha bzw. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch nehmen.

Antragstellung

Als Kostenträger kommen hauptsächlich die **Agentur für Arbeit** oder die **Rentenversicherung** infrage. Bei einem Arbeitsunfall oder einer anerkannten Berufskrankheit übernimmt die **Unfallversicherung** die Kosten. Für eine berufliche Reha muss der Patient einen Antrag stellen, der genehmigt werden muss.

Träger von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen

Nach § 51 SGB IX gelten die **Berufsförderungswerke** als spezielle Rehabilitationseinrichtungen. Bundesweit gibt es 28 dieser speziellen Reha-Einrichtungen, die unterschiedliche Maßnahmen im Bereich der beruflichen Neuorientierung und Reintegration anbieten.

Die Leistungen können im Einzelfall auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen umfassen. Junge Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen können in Berufsbildungswerken beruflich qualifiziert werden.

Beispiele für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben:

- Hilfen zum Erhalt bzw. zur Erlangung eines Arbeitsplatzes (technische Hilfsmittel, Mobilitätshilfen)
- Berufliche Anpassung, Weiterbildung
- Berufliche Eingliederung, Leistungen an Arbeitgeber, z. B. Eingliederungszuschüsse
- Arbeitsassistenz und personelle Unterstützung
- Berufliche (Neu-) Orientierung
- Berufsvorbereitung einschließlich einer erforderlichen Grundausbildung
- Berufliche Umschulung
- Individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen der sog. unterstützten Beschäftigung
- Leistungen in einer anerkannten Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM)
- Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit (Gründungszuschuss)

Bei der Auswahl der Leistungen versucht der Kostenträger, Eignung, Neigungen und bisherige Tätigkeiten des Versicherten sowie die Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt zu berücksichtigen.

TIPP

Reha-Beratungsdienst
Um die optimalen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu ermitteln, helfen die Reha-Beratungsdienste der Deutschen Rentenversicherung weiter. Sie sind Ansprechpartner in allen Fragen der Rehabilitation und begleiten bei Bedarf bei der Einleitung und Durchführung von Leistungen zur beruflichen Rehabilitation und koordinieren die Zusammenarbeit mit den Reha-Trägern.

Weitere Informationen unter:
www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Warum-Reha/reha_beratungsdienst.html?https=1

Fahrtkosten
Entstehen Fahrtkosten zwischen der Wohnung und der Rehabilitationseinrichtung, können Betroffene diese gegenüber dem Kostenträger geltend machen. Grundlage der Kalkulation sind die Tarife der öffentlichen Verkehrsmittel.

Hinweis: Patienten können beim Kostenträger eine **Haushaltshilfe bzw. Kinderbetreuung** beantragen, wenn sie eine berufliche Reha durchlaufen und ihr Kind nicht von einer anderen Person versorgt werden kann. Dies gilt für Kinder bis zu 11 Jahren oder mit einer Behinderung.

7.8 Übergangsgeld

Nimmt ein Patient eine medizinische oder berufliche Reha in Anspruch, erhält er unter bestimmten Voraussetzungen Übergangsgeld. Dies zählt zu den unterhaltssichernden und anderen ergänzenden Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe.

Voraussetzungen
Übergangsgeld ist eine **Lohnersatzleistung**, die gezahlt wird, wenn der Betroffene kein Gehalt mehr vom Arbeitgeber erhält. Das ist in der Regel nach 6 Wochen der Fall. Um Übergangsgeld beziehen zu können, muss der Antragsteller zudem bis unmittelbar vor Beginn der Reha bzw. der Arbeitsunfähigkeit Rentenversicherungsbeiträge geleistet haben.

Kostenträger
Die **Rentenversicherung** ist Kostenträger während des Erhalts von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha), zur medizinischen Reha oder bei Teilhabe an einer Arbeitserprobung, wenn der Patient unmittelbar vor der Maßnahme ein reguläres Arbeitseinkommen oder andere Lohnersatzleistungen (wie Arbeitslosengeld) bekam und ausreichend Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet hat.

Die **Agentur für Arbeit** zahlt Übergangsgeld während der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderung oder Schwerbehinderung, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Die **Unfallversicherung** ist Kostenträger, wenn der Patient infolge eines Arbeitsunfalls, Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch nimmt.

Höhe des Übergangsgeldes

Die Berechnungsbasis des Übergangsgeldes beträgt 80 % des zuletzt erzielten Bruttoeinkommens, höchstens jedoch das zuletzt bezogene Nettoeinkommen. Patienten ohne Kinder erhalten Übergangsgeld in Höhe von 68 %; mit einem Kind sind es 75 % dieser Berechnungsbasis. Übergangsgeld ist steuerfrei, muss bei der Steuererklärung aber angegeben werden. Bei Empfängern von Arbeitslosengeld (ALG) wird das Übergangsgeld unter bestimmten Voraussetzungen in Höhe des Arbeitslosengeldes gezahlt. Empfänger von ALG II erhalten in der Regel weiterhin die bis dahin vom Jobcenter ausbezahlten Bezüge.

BEISPIEL

Die alleinerziehende Bürokauffrau Frau A. verdient Brutto 2.500 €

80 % von 2.500 €	*2.000 €*
75 % von 2.000 €	*1.500 €*

Frau A. bekommt also 1.500 € Übergangsgeld.

Dauer

Das Übergangsgeld wird in der Regel für die Dauer der Leistungen zur medizinischen oder beruflichen Reha gezahlt. Unterbricht der Patient eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben aus gesundheitlichen Gründen, kann diese aber danach voraussichtlich wieder in Anspruch nehmen, wird das Übergangsgeld für maximal 6 Wochen gezahlt (Übergangsgeld bei Krankheit).

Sonderfälle

Wird der Betroffene nach einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben **arbeitslos**, ohne Anspruch auf Arbeitslosengeld für mindestens 3 Monate zu haben, beträgt die maximale Auszahldauer 3 Monate. Für diesen Zeitraum wird dann lediglich ein reduziertes Übergangsgeld ausbezahlt. Es beträgt 67 % bei Leistungsempfängern, welche die Voraussetzungen des erhöhten Bemessungssatzes erfüllen und 60 % bei allen anderen Versicherten.

Ist **im Anschluss an die medizinische Reha** eine stufenweise Wiedereingliederung erforderlich, wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende ausbezahlt.

Zwischen 2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird Übergangsgeld gewährt, wenn

- weitere Leistungen erforderlich sind, aber es nicht zu vertreten ist, dass die Maßnahme direkt im Anschluss durchgeführt wird
- der Betroffene weiter arbeitsunfähig ist
- der Versicherte keinen Anspruch auf Krankengeld hat
- der Anspruch auf Übergangsgeld weiterhin besteht und eine zumutbare Beschäftigung nicht vermittelt werden kann

Hinweis: Weitere unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen können z. B. Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld, Ausbildungsgeld oder Unterhaltsbeihilfe sein.

7.9 Leistungen zur Sozialen Teilhabe

Mit **Leistungen zur sozialen Teilhabe** (soziale Rehabilitation) sollen Behinderungen und deren Folgen beseitigt bzw. vermindert werden. Menschen mit Behinderung soll dadurch ermöglicht werden, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben.

Als **Kostenträger** kommen insbesondere die Unfallversicherung, das Jugendamt, die Träger der Eingliederungshilfe und die Kriegsopferfürsorge in Betracht.

Zum **Leistungskatalog** der sozialen Rehabilitation zählen:

- Versorgung mit Hilfsmitteln, mit denen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gefördert und unterstützt wird
- Heilpädagogische Leistungen für Vorschulkinder
- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, Menschen mit Behinderung die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen (z. B. Blindenschrift- oder Gebärdensprache-Schulungen)
- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt
- Unterstützung bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung entspricht
- Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten
- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben (z. B. Anschaffung eines behindertengerechten Kraftfahrzeugs)

7.10 Umdeutung eines Rehabilitationsantrags in einen Rentenantrag

Unter bestimmten Voraussetzungen kann ein Rehabilitationsantrag in einen Rentenantrag umgedeutet werden. Erfolglos ist eine Reha-Maßnahme dann, wenn ein Patient sich nicht ausreichend regenerierten konnte und daher auch weiterhin nicht erwerbstätig sein kann. Wenn schon im Vorfeld nicht mit einem Erfolg der Leistungen zur medizinischen Reha oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu rechnen ist, kann der Rehabilitationsantrag bereits vor der Durchführung der Maßnahme in einen Rentenantrag umgedeutet werden.

Dispositionsrecht

Grundsätzlich hat der Patient die Möglichkeit, die Umdeutung des Rehabilitationsantrages in einen Rentenantrag abzulehnen (Dispositionsrecht). Allerdings ist dieses Recht eingeschränkt, wenn der Reha-Antrag nach Aufforderung der Krankenkasse erfolgte.

8. EXISTENZSICHERNDE LEISTUNGEN

8.1 Entgeltfortzahlung 140

8.2 Arbeitslosengeld 142

8.3 Arbeitslosengeld II und Sozialgeld 146

8.4 Hilfe zum Lebensunterhalt 149

8.5 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 150

8.6 Hilfe zur Pflege 151

8.7 Einsatz von eigenem Einkommen und Vermögen bei Hilfe zur Pflege 152

8.8 Wohngeld 155

8.

EXISTENZSICHERNDE LEISTUNGEN

Eine schwere oder chronische Erkrankung beeinflusst die komplette Lebensplanung des Betroffenen und wirkt sich auch stark auf seine finanzielle Situation aus. Zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes können Patienten daher verschiedene Unterstützungsleistungen erhalten.

8.1 Entgeltfortzahlung

Alle Erkrankungen können zu einer zeitweiligen Arbeitsunfähigkeit führen. In diesem Fall sind Arbeitnehmer durch das Entgeltfortzahlungsgesetz abgesichert. Grundsätzlich hat jeder Arbeitnehmer in Deutschland Anspruch auf **Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für eine Dauer von bis zu 6 Wochen** (42 Tage), unabhängig davon, in welchem Zeitumfang er erwerbstätig ist. Nach Ablauf der 6 Wochen ist der Arbeitgeber von der Entgeltfortzahlungspflicht befreit und der erkrankte Arbeitnehmer erhält stattdessen Krankengeld von der Krankenkasse.

Voraussetzungen für die Entgeltfortzahlung

- **Es besteht ein Arbeitsverhältnis**
- Die Arbeitsunfähigkeit ist **ohne das Verschulden** des Arbeitnehmers **eingetreten**. Selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit liegt nur dann vor, wenn ein vorwerfbares Verhalten vorliegt, z. B. Verletzungen bei einer selbstprovozierten Schlägerei oder ein Unfall durch Trunkenheit am Steuer. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um den Anspruch zu verlieren
- Das Arbeitsverhältnis muss zuvor 4 Wochen ununterbrochen bestanden haben, d. h. der Arbeitgeber hat in den ersten 4 Wochen nach Beschäftigungsbeginn keine Entgeltfortzahlung zu leisten

- Die **krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit** ist die alleinige Ursache dafür, dass der Arbeitnehmer von der Arbeit verhindert ist. Erkrankt ein Arbeitnehmer z. B. während des Erziehungsurlaubs, entsteht auch kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung
- Der Anspruch besteht auch bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer nicht rechtswidrigen Sterilisation oder eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs
- Auch im Falle einer Kur hat der Arbeitnehmer Anspruch auf Entgeltfortzahlung
- Wenn der Arbeitgeber in den ersten 6 Wochen keine Entgeltfortzahlung leistet, hat der Arbeitnehmer schon in diesem Zeitraum gegenüber der Krankenkasse einen **Anspruch auf Krankengeld**

Mehrfacherkrankungen

Wenn ein Arbeitnehmer mehrfach arbeitsunfähig wird, gilt folgendes:

- Jede auf einer neuen Erkrankung beruhende Arbeitsunfähigkeit begründet grundsätzlich einen neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung von 6 Wochen durch den Arbeitgeber
- Wird der Arbeitnehmer nach Ablauf der ersten Erkrankung aufgrund einer anderen Krankheit erneut arbeitsunfähig, so beginnt ein neuer Bezugsraum von weiteren 6 Wochen

Wird ein Arbeitnehmer in Folge derselben Krankheit erneut arbeitsunfähig, so hat er erneut einen Anspruch auf eine 6-wöchige Entgeltfortzahlung, wenn er entweder vor der erneuten Arbeitsunfähigkeit mindestens **6 Monate** nicht infolge derselben Krankheit arbeitsunfähig war oder seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit eine Frist von **12 Monaten verstrichen** ist.

BEISPIEL

Ein Patient ist aufgrund eines akuten Burn-out Syndroms in Verbindung mit einem schweren Hörsturz für sieben Wochen arbeitsunfähig. Anschließend erscheint er wieder zur Arbeit und wird nach 4 Wochen erneut wegen seiner psychischen Erkrankung arbeitsunfähig geschrieben. Der Betroffene hat während seiner ersten Arbeitsunfähigkeit 6 Wochen lang einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung von Seiten seines Arbeitgebers, die siebte Woche erhält er Krankengeld von der Krankenkasse. Bei seiner zweiten Arbeitsunfähigkeit hat er nun keinen Anspruch mehr auf Entgeltfortzahlung, da es sich um die gleiche Erkrankung handelt und er seinen Anspruch bereits ausgeschöpft hat. Stattdessen erhält der Patient sofort Krankengeld.

Höhe des fortzuzahlenden Arbeitsentgelts

Die Höhe der Entgeltfortzahlung richtet sich nach dem Einkommen, das der Arbeitnehmer ohne die Arbeitsunfähigkeit erhalten hätte, also **in der Regel 100 % des Arbeitsentgelts**. Dabei werden Vergütungsbestandteile wie Nacht-, Sonntags- oder Feiertagszuschläge mit berücksichtigt.

WICHTIG

Nicht zum normalen Arbeitsentgelt gehören Zulagen oder Leistungen, wie z. B. Schmutzzulagen oder Fahrtkostenerstattungen, wenn die damit abzugeltenden Aufwendungen während der Arbeitsunfähigkeit nicht anfallen, sowie Überstunden.

Kürzung von Sondervergütungen

Der Arbeitgeber ist berechtigt Sondervergütungen (wie z. B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld) auch für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zu kürzen, wenn dies in einem Tarifvertrag oder einer Betriebsvereinbarung so geregelt ist. Die Kürzung darf für jeden Tag der Arbeitsunfähigkeit aber höchstens ein Viertel des Arbeitsentgelts, welches im Jahresdurchschnitt auf einen Arbeitstag entfällt, betragen.

Anzeige- und Nachweispflichten des Arbeitnehmers

Anzeigepflicht

Der Arbeitnehmer muss dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit sowie deren voraussichtliche Dauer umgehend mitteilen.

Nachweispflicht

Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als drei Kalendertage, muss der Arbeitnehmer eine **ärztliche Bescheinigung** über das Bestehen und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit spätestens am darauffolgenden Arbeitstag vorlegen. Der Arbeitgeber ist berechtigt die Vorlage der Bescheinigung auch früher zu verlangen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit noch länger an, als auf der Bescheinigung angegeben, so muss der Arbeitnehmer eine neue ärztliche Bescheinigung vorlegen.

Auch bei einem Aufenthalt im Ausland, ist der Arbeitnehmer verpflichtet, dem Arbeitgeber sowie der Krankenkasse die Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen. Wenn die **Anzeige- und Nachweispflicht versäumt wird**, ist der **Arbeitsgeber dazu berechtigt, die Entgeltfortzahlung zu verweigern**. Kommt der Arbeitnehmer der Anzeige- und Nachweispflicht mehrfach nicht nach, so kann unter Umständen sogar eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses gerechtfertigt sein.

Wird einem Patienten **aufgrund seiner Arbeitsunfähigkeit** während der Krankheitsphase und vor Ablauf der sechswöchigen Entgeltfortzahlung das Arbeitsverhältnis **gekündigt**, so muss der Arbeitgeber auch über das Beschäftigungsverhältnis hinaus **das Entgelt weiter fortzahlen**.

8.2 Arbeitslosengeld

Verliert ein Patient aufgrund seiner Erkrankung seinen Arbeitsplatz, kann er sich arbeitslos melden und erhält unter bestimmten Voraussetzungen Arbeitslosengeld. Das Arbeitslosengeld (ALG) ist eine Leistung der deutschen Arbeitslosenversicherung, die im SGB III geregelt ist. Diese ist zu unterscheiden vom Arbeitslosengeld II (sogenanntes Hartz IV), welches eine unbefristete Leistung ist und der Grundsicherung von Arbeitssuchenden und Arbeitenden dient.

Voraussetzungen

Arbeitslosigkeit

Arbeitslos ist, wer in keinem Beschäftigungsverhältnis steht, sich bemüht eine Arbeit für mindestens 15 Stunden wöchentlich zu bekommen (Eigenbemühungen) und der Agentur für Arbeit zur Verfügung steht, d. h. bei Ortsabwesenheit oder Urlaub muss diese benachrichtigt werden. Verreisen ist ohne Zustimmung der Agentur für Arbeit in der Regel nicht möglich und ohne Kürzung des Arbeitslosengeldes auch nur 3 Wochen erlaubt (Verfügbarkeit).

Arbeitssuchend- und persönliche Arbeitslosenmeldung

Der Antragsteller muss sich spätestens **3 Monate** vor Beendigung des Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses oder innerhalb von 3 Tagen nach Kenntnis des Beendigungszeitpunktes **arbeitssuchend** melden. So kann eine neue Arbeitsstelle vermittelt werden. Spätestens am 1. Tag ohne Beschäftigung muss sich der Antragsteller dann **persönlich** bei der Agentur für Arbeit **arbeitslos** melden.

Eine Arbeitssuchendmeldung kann auch **online** erfolgen unter www.arbeitsagentur.de

Erfüllung der Anwartschaft

Arbeitslosengeld erhält nur, wer in den **30 Monaten** vor der Arbeitslosenmeldung und dem Beginn der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt hat. Dann ist die sogenannte „Regelanwartschaftszeit“ erfüllt.

Höhe des Arbeitslosengeldes

Die Höhe des Arbeitslosengeldes richtet sich nach der **durchschnittlichen Höhe des beitragspflichtigen Bruttoarbeitsentgeltes im Jahr vor der Arbeitslosigkeit**, einschließlich regelmäßig anfallender Einmalzahlungen wie Weihnachts- oder Urlaubsgeld, jedoch maximal 6.900 €/West bzw. 6.450 €/Ost monatlich, abhängig von der **Lohnsteuerklasse** und dem **Vorhandensein eines Kindes**. Arbeitslose mit mindestens einem Kind bekommen 67 %, kinderlose Arbeitssuchende 60 % des pauschalierten Nettoarbeitsentgelts.

Das Arbeitslosengeld wird monatlich für 30 Tage ausbezahlt, unabhängig davon wie lang der jeweilige Monat tatsächlich ist.

Steuerliche Aspekte

Das Arbeitslosengeld ist wie alle Lohnersatzleistungen **steuerfrei**. Es unterliegt jedoch dem **Progressionsvorbehalt** und ist daher bei der Einkommenssteuererklärung anzugeben.

Sozialversicherung

Bezieher von Arbeitslosengeld sind in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sowie der gesetzlichen Rentenversicherung **pflichtversichert**. **Unfallversichert** sind Betroffene nur, wenn sie Aufforderungen der Agentur für Arbeit oder anderer Stellen (z. B. zu ärztlichen Untersuchungen) nachkommen. Unfälle müssen der Agentur für Arbeit gemeldet werden.

Bezug anderer Sozialleistungen

Der **Anspruch auf Arbeitslosengeld ruht** ganz oder teilweise (nach § 156 SGB III), **wenn** Betroffene folgende Leistungen beziehen:

- Berufsausbildungsbeihilfe für Arbeitslose
- Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld, Mutterschaftsgeld oder Übergangsgeld wegen Leistungen zur Teilhabe, wenn keine ganztägige Erwerbstätigkeit ausgeübt wird
- Rente wegen voller Erwerbsminderung
- Altersrente oder Knappschaftsausgleichszahlungen
- Noch offen stehende Urlaubs- oder Arbeitsabgeltung vom alten Arbeitgeber

Elterngeld führt **nicht** zu einem Ruhen des Arbeitslosengeldes, wenn der Leistungsempfänger mehr als 15 Stunden arbeiten kann. Auch der Bezug von Kindergeld führt nicht zu einem Ausschluss von Arbeitslosengeld.

WICHTIG

Wenn das Arbeitslosengeld ruht (Sperrzeiten), besteht unter Umständen kein Versicherungsschutz!

Anrechnung von Nebeneinkünften

Während des Bezugs von Arbeitslosengeld können Betroffene einer selbstständigen oder nichtselbstständigen Arbeit nachgehen und Nebeneinkünfte erzielen. Der zeitliche Umfang für die **Nebentätigkeit darf** dabei **15 Stunden wöchentlich nicht überschreiten**. Dies gilt auch für ehrenamtliche Tätigkeiten. Einkünfte bis zu 165 € monatlich nach Abzug von Steuern, Sozialversicherungsbeiträgen und Werbekosten werden nicht angerechnet. Wenn die Nebenbeschäftigung schon mindestens 18 Monate vor der Arbeitslosigkeit für mindestens 12 Monate ausgeübt wurde, kann ein individuell höherer Freibetrag gelten. Arbeitslosengeld-Bezieher müssen die Nebentätigkeit sofort nach Bekanntwerden, jedoch spätestens bei Arbeitsantritt, der Agentur für Arbeit melden.

Hinweis: Personen, die an einer Maßnahme zur beruflichen Weiterbildung teilnehmen, haben einen Freibetrag von 400 €.

Dauer

Der Bezugszeitraum ist abhängig vom Lebensalter des Antragstellers und der Dauer des arbeitslosenversicherungspflichtigen Verhältnisses in den letzten 5 Jahren. Wer noch nicht 50 Jahre alt ist oder weniger als 30 Monate sozialversicherungspflichtig beschäftigt war, erhält maximal 1 Jahr Arbeitslosengeld.

Übersicht zur Anspruchsdauer

NACH VERSICHERUNGSPFLICHT-VERHÄLTNIS VON ... MONATEN	NACH VOLLENDUNG DES ... LEBENSJAHRES	BEZUGSDAUER IN MONATEN
12	–	6
16	–	8
20	–	10
24	–	12
30	50	15
36	55	18
48	58	24

BEISPIEL

Arbeitslose, die 55 Jahre oder älter sind und länger als 36 Monate in einem versicherungspflichtigen Verhältnis gestanden haben, erhalten 18 Monate Arbeitslosengeld.

Unter Umständen greift die sogenannte verkürzte Anwartschaftszeit, die den Bezug von ALG schon ab einem versicherungspflichtigen Verhältnis ab 6 Monaten ermöglicht. Bestimmte Zeitspannen (z. B. während des Bezugs von Mutterschaftsgeld) werden ebenfalls zur Anwartschaft hinzugerechnet. Genauere Informationen hierzu erteilt die Agentur für Arbeit.

Weitere Ansprüche

Besteht größerer Unterstützungsbedarf, können unter gewissen Voraussetzungen Arbeitslosengeld II/Sozialgeld, Wohngeld oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit beantragt werden.

Sperrzeit

Folgende Gründe können dazu führen, dass Betroffene für eine bestimmte Zeitspanne kein Arbeitslosengeld erhalten. Diese Sperrzeit wird auf die Gesamtanspruchsdauer angerechnet.

- **Arbeitsaufgabe**
- **Aufhebungsvertrag**
- Bei sogenannter **Entlassentschädigung** (Abfindung) und wenn die ordentliche Kündigungsfrist von Seiten des Arbeitgebers nicht eingehalten wurde
- **Ablehnung oder Abbruch** einer Arbeitsstelle oder einer beruflichen Eingliederungsmaßnahme
- **Unzureichenden Eigenbemühungen**, d. h. der Arbeitssuchende weist die geforderten Eigenbemühungen nicht nach. Die Sperrzeit beträgt 2 Wochen
- **Meldeversäumnisse**, d. h. der Arbeitslose wird von der Agentur für Arbeit aufgefordert, sich zu melden oder bei einem ärztlichen oder psychologischen Untersuchungstermin zu erscheinen und kommt dieser Aufforderung nicht nach. Die Dauer der Sperrzeit beträgt 1 Woche
- **Verspätete Meldung** zur Arbeitssuche

WICHTIG

Bei Sperrzeiten von insgesamt 21 Wochen erlischt der Anspruch auf Arbeitslosengeld. Ausnahme: Wenn unter Berücksichtigung der Gesamtumstände ein wichtiger Grund vorliegt, warum die Arbeit nicht angetreten werden kann (z. B. wenn die Beschäftigung gegen gesetzliche, tarifliche oder in Betriebsvereinbarungen festgelegte Arbeitsbedingungen verstößt), wird in der Regel keine Sperrzeit verhängt.

8.3 Arbeitslosengeld II und Sozialgeld

Patienten, die

- erwerbsfähig und hilfebedürftig sind und keinen Arbeitsplatz haben

oder

- in einem Arbeitsverhältnis stehen und mit dem daraus erzielten Einkommen ihren Lebensunterhalt nicht bestreiten können (sogenannte „Aufstocker“) können Grundsicherung für Arbeitssuchende, auch Arbeitslosengeld II oder Hartz IV genannt, beantragen.

Anspruchsvoraussetzungen

Erwerbsfähigkeit

Personen, die unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes täglich mindestens 3 Stunden einer Erwerbstätigkeit nachgehen können, gelten als erwerbsfähig.

Hilfebedürftigkeit

Hilfebedürftig ist, wer seinen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenem Einkommen und Vermögen sichern kann, und die erforderliche Hilfe nicht von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Sozialversicherungsträgern (z. B. Krankenkassen) erhält.

Gewöhnlicher Aufenthalt

Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Vollendung des 15. Lebensjahres

Patienten, die 16 Jahre alt sind bis zum Erreichen der maßgeblichen Altersgrenze der deutschen Rentenversicherung (zwischen 65 und 67 Jahren).

Unterschied zwischen Sozialgeld und Sozialhilfe

Angehörige, die mit einem Leistungsempfänger in einer **Bedarfsgemeinschaft** leben und **nicht erwerbsfähig** sind, können **Sozialgeld** erhalten. **Nicht Erwerbsfähige**, die **nicht in einer Bedarfsgemeinschaft** mit einem Erwerbsfähigen leben, können Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII beantragen.

Bedarfsgemeinschaft

Eine Bedarfsgemeinschaft setzt sich zusammen aus:

- Dem Antragsteller / Leistungsempfänger
- Dem im Haushalt lebenden Partner des Antragstellers (Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, „eheähnliche“ – auch gleichgeschlechtliche – Paare)
- Allen unverheirateten Kindern dieser Partner unter 25 Jahren

Kinder unter 25 Jahren, die ihren Bedarf durch eigenes Einkommen decken können oder selbst schon ein Kind haben, gehören nicht zur Bedarfsgemeinschaft, sondern sie bilden gegebenenfalls eine eigene Bedarfsgemeinschaft.

Leistungsanspruch

Der Leistungsberechtigte und die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft haben bei Vorliegen der Voraussetzungen Anspruch auf diverse Leistungen.

Geldleistungen

Regelbedarf, Sozialversicherungsbeiträge, Unterkunfts- und Heizungskosten, Bildungs- und Teilhabeleistungen für Kinder und Jugendliche sowie etwaiger Mehrbedarf

Sachleistungen

Zum Beispiel Gutscheine für Möbel, Kleidung etc.

Dienstleistungen

Zum Beispiel Beratungs- und Vermittlungsleistungen

Ergänzende Leistungen

Bei Bedarf. Zum Beispiel Schuldner- oder Suchtberatung

Regelbedarf

Der Regelbedarf beinhaltet die Kosten für Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie (ohne Heizung) und für persönliche Bedürfnisse. Die Leistung wird **monatlich im Voraus bezahlt**. In der Regel wird die Leistung für 6 Monate bewilligt und muss nach Ablauf neu beantragt werden.

Kostenträger

Der Antrag auf Arbeitslosengeld II und Sozialgeld ist beim örtlichen **Jobcenter** zu stellen. In den meisten Fällen ist das Jobcenter eine gemeinsame Einrichtung der Agentur für Arbeit und der jeweiligen Kommune (Kreis und kreisfreie Städte).

Höhe des Regelbedarfs 2020

	EURO	REGELBEDARFSSTUFE
Erwachsene, die in einer Wohnung leben, sofern sie nicht als Paar zusammen leben	432 €	1
Erwachsene, die in einer Wohnung als Paar zusammenleben	389 €	2
Erwachsene in einer stationären Einrichtung	345 €	3
Jugendliche von 14 bis 17 Jahren	328 €	4
Jugendliche von 6 bis 13 Jahren	308 €	5
Kinder bis 5 Jahre	250 €	6

8.4 Hilfe zum Lebensunterhalt

Personen, die ihren Lebensunterhalt nicht mehr selbst bestreiten können und keine Unterstützung von Sozialversicherungsträgern oder unterhaltspflichtigen Angehörigen erhalten, können vom Sozialamt Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB XII beziehen.

Voraussetzungen

Hilfe zum Lebensunterhalt ist eine **bedarfsorientierte soziale Leistung**, die gewährt wird, um das Existenzminimum sicherzustellen.

Anspruchsberechtigt sind Personen, die

- **hilfebedürftig** sind, d. h. sie können den notwendigen Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen bestreiten
- auch mit Hilfe anderer Personen, wie z. B. dem Ehepartner, **nicht für den Lebensunterhalt aufkommen können**
- **zeitlich begrenzt erwerbsunfähig sind**, d. h. der Einsatz der eigenen Arbeitskraft ist für einen bestimmten Zeitraum nicht möglich
- **keine Ansprüche auf vorrangige Sozialleistungen haben**

Bezugsdauer

Hilfe zum Lebensunterhalt wird individuell so lange gewährt, wie die Notlage des Betroffenen anhält, also die oben genannten Voraussetzungen zutreffen.

Höhe der Leistung

Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem **notwendigen Lebensunterhalt** (Existenzminimum). Dieser umfasst den Bedarf einer Person an Lebensmitteln, Kleidung, Unterkunft, Heizung, Körperpflege, Hausrat sowie anderen Bedürfnissen des täglichen Lebens und in vertretbarem Umfang die Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben in der Gesellschaft.

Die Höhe der tatsächlichen Leistung richtet sich nach dem **jeweiligen Regelbedarf**, welcher den notwendigen Lebensunterhalt darstellt. Der Regelbedarf sowie die einzelnen Komponenten der Leistung entsprechen den Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende und Sozialgeldbezieher.

Die Höhe der Leistung setzt sich im Einzelnen zusammen aus:

- Maßgebender Regelsatz
- Angemessene Kosten der Unterkunft
- Tatsächliche Heizkosten
- Gegebenenfalls Mehrbedarfszuschläge, sofern die persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind

Der Bedarf abzüglich des anzurechnenden individuellen Einkommens oder Vermögens ergibt dann die jeweilige Leistung.

Zusätzlich werden noch folgende Kosten vom Sozialamt übernommen:

- Sozialversicherungsbeiträge für Kranken- und Pflegeversicherung
- Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen, z. B. Übernahme von Schulden, um Wohnungslosigkeit zu vermeiden
- Kinder und Jugendliche, deren Eltern Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, können Leistungen für Bildung und Teilhabe erhalten. Dies umfasst den Schulbedarf, Mittagessen in der Schule, Schulförderung (Nachhilfe), Kosten für die Beförderung in die Schule, Kosten für Ausflüge und Klassenfahrten

Beantragung

Um Hilfe zum Lebensunterhalt zu erhalten, genügt zunächst eine formlose Mitteilung an das Sozialamt. Dieses ist verpflichtet, Hilfe zu leisten, sobald es Kenntnis von der Hilfebedürftigkeit hat. Für die eigene Beweissicherheit ist es ratsam, einen schriftlichen Antrag beim Sozialamt einzureichen.

Mitwirkungspflicht

Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, haben eine Mitwirkungspflicht, das heißt sie müssen ihre Einkünfte und Vermögen offenlegen, dem Sozialamt gestatten, auch über andere Personen oder Institutionen, wie Angehörige oder Banken, Informationen über sie einzuholen und sich bereit erklären, psychologische und medizinische Untersuchungen durchzuführen, falls vorhandene ärztliche Berichte nicht ausreichen.

8.5 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Mit dieser Leistung der Sozialhilfe werden Patienten unterstützt, die aufgrund ihres Alters und/oder Erkrankung dauerhaft ihren eigenen Lebensunterhalt nicht mehr bestreiten können.

Voraussetzungen

Anspruchsberechtigt sind Patienten, die

- ihren **gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland** haben
- ihren **Lebensunterhalt nicht ausreichend** oder überhaupt nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen **bestreiten können**
- die **Altersgrenze erreicht haben**, das heißt: Personen, die vor dem 01.01.1947 geboren sind, müssen das 65. Lebensjahr vollendet haben – bei allen anderen wird die Altersgrenze schrittweise angehoben

oder

- das **18. Lebensjahr vollendet haben und dauerhaft voll erwerbsgemindert sind**, d. h. Personen zwischen 18 und 65 Jahren, die aus medizinischen Gründen nicht in der Lage sind, mindestens 3 Stunden täglich für den Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stehen

Antragstellung

Um die Grundsicherung zu erhalten, muss der Patient bzw. sein gesetzlicher Vertreter einen Antrag beim örtlichen Sozialamt stellen.

WICHTIG

Grundsicherung wird nicht gewährt, wenn der Betroffene seine Bedürftigkeit in den letzten 10 Jahren vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt hat (z. B. indem er Vermögen verschenkt hat).

Höhe der Leistungen

Die Höhe der Leistungen orientiert sich am geltenden Regelbedarf der Sozialhilfe. Dieser setzt sich zusammen aus:

- Maßgeblicher Regelsatz
- Angemessene Kosten für Unterkunft und Heizung
- Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung
- Evtl. Mehrbedarf (z. B. bei besonders kostenaufwendiger Ernährung)
- Evtl. einmalige Bedarfe
- In Sonderfällen Hilfe zum Lebensunterhalt (z. B. Übernahme von Mietschulden zur Abwendung einer Räumungsklage)

Bei Aufenthalt in einer stationären Einrichtung entspricht die Höhe der Leistungen dem **Bedarf**, der **in häuslicher Umgebung** anfallen würde, **zuzüglich eines Barbetrages um persönliche Wünsche und Bedürfnisse zu finanzieren**. Desweiteren erhalten Bezieher von Grundsicherung auf Antrag eine Befreiung vom Rundfunkbeitrag und vergünstigte Telefontarife (Sozialtarif).

Im Unterschied zu den anderen Sozialhilfeleistungen wird hier auf den Unterhaltsrückgriff und die Haftung von Eltern und Kindern weitestgehend verzichtet. Nur, wenn deren **Einkommen über 100.000 € jährlich** liegt, kann darauf zurückgegriffen werden.

Bezugsdauer

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird in der Regel **für 12 Monate bewilligt** (anders als bei der Hilfe zum Lebensunterhalt, die so lange bewilligt wird wie die Bedürftigkeit vorliegt). In Ausnahmefällen ist ein Bezug auf Dauer möglich, z. B. wenn Einkommensveränderungen unwahrscheinlich sind. Leistungsbeginn ist der jeweilige Erste des Antragsmonats.

8.6 Hilfe zur Pflege

Da die gesetzliche Pflegeversicherung nur als Teilabsicherung konzipiert ist, deckt sie meist nicht alle Kosten ab, die bei der Pflege eines Patienten entstehen. Ist der Betroffene nicht in der Lage, die Aufwendungen zu bezahlen, kann er Hilfe zur Pflege beim Sozialamt beantragen. Sie umfasst die gleichen Leistungen wie die Pflegeversicherung.

Voraussetzungen

Sozialhilfe ist eine **nachrangige** Leistung der sozialen Fürsorge, auf die ein Rechtsanspruch besteht.

Anspruch auf Hilfe zur Pflege hat ein Patient also nur, wenn er den Pflegebedarf nicht durch eigene Mittel oder durch Ansprüche gegenüber Dritten (z. B. Unterhaltspflichtigen) finanzieren kann. Zudem können Betroffene Hilfe zur Pflege nur beantragen, wenn Leistungen anderer Sozialversicherungsträger wie der Pflegeversicherung nicht ausreichen oder sie die Voraussetzungen nicht erfüllen.

Dies kann bei Pflegebedürftigkeit vor allem vorkommen, wenn:

- Der Patient nicht pflegeversichert ist und daher keine Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen kann. Zum Beispiel, weil er die Vorversicherungszeit (2 Jahre Beitragszahlungen innerhalb der letzten 10 Jahre) nicht erfüllt
- Der Pflegebedarf so aufwendig und kostenintensiv ist, dass die Leistungen der Pflegeversicherung überschritten werden
- Bei stationärem Aufenthalt in einem Pflegeheim, da hier die Kosten für Unterkunft und Verpflegung nicht von der Pflegeversicherung übernommen werden
- Wenn nach Begutachtung kein Pflegegrad vergeben wurde und daher kein Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung, aber dennoch ein Pflegebedarf besteht

Antragstellung

Da die Sozialhilfe abhängig vom eigenen Einkommen und Vermögen ist, muss der Patient seine Vermögensverhältnisse bei der Antragstellung offenlegen. Hier besteht eine **Mitwirkungspflicht**.

Folgende Unterlagen werden in der Regel vom Sozialamt benötigt:

- Bescheid über Grundsicherungsleistungen
- Rentenbescheide
- Kontoauszüge der letzten 4 Monate
- Kopien aller Sparkonten der letzten 10 Jahre (auch der aufgelösten Konten)
- Bescheid der Pflegekasse
- Betreuungsausweis oder Vorsorgevollmacht
- Schwerbehindertenausweis
- Notarielle Verträge
- Weitere Einkommens- und Vermögensnachweise

TIPP

Antragsteller sollten unbedingt eine Kopie ihres Antrags anfertigen. Das Sozialamt ist verpflichtet, jedem einen schriftlichen Bescheid mit Berechnungsbogen und Rechtsbehelfsbelehrung zukommen zu lassen. Diese Unterlagen sind wichtig, falls der Betroffene gegen die Entscheidung Widerspruch einlegen möchte.

8.7 Einsatz von eigenem Einkommen und Vermögen bei Hilfe zur Pflege

Ein Anspruch auf Hilfe zur Pflege besteht nur, wenn Einkommen und Vermögen des Betreffenden nicht ausreichen, um die Kosten selbst zu decken. Welcher Freibetrag dabei nicht eingesetzt werden muss, hängt von der Art der beantragten Hilfe (stationär oder ambulant), vom Familienstand und von bestimmten Einkommensgrenzen ab. Auch Einkommen und Vermögen des Ehepartners/Lebenspartners werden dabei berücksichtigt.

Definition Einkommen

Als Einkommen im Sinne der Sozialhilfe (SGB XII) gelten:

- Grundsätzlich **alle zu versteuernden Geldeinkünfte**, z. B. Einkünfte aus selbstständiger oder nicht selbstständiger Beschäftigung, Einkommen aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Vermietung oder Verpachtung
- Die **meisten Sozialleistungen**, z. B. Kindergeld, Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz, Rente, Arbeitslosengeld. Es spielt dabei keine Rolle, ob die Einkünfte regelmäßig oder unregelmäßig eingehen

Nicht als Einkommen berücksichtigt werden:

- Leistungen der Sozialhilfe
- Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz
- Elterngeld bis maximal 300 € und Kindererziehungsleistungen an Mütter der Geburtsjahrgänge vor 1921
- Landeserziehungsgeld
- Leistungen des Bundesentschädigungsgesetzes bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz

- Nach Zweck und Inhalt definierte Leistungen (z. B. Blindengeld oder Pflegegeld)
- Zuwendungen der freien Wohlfahrtspflege (z. B. der Krebshilfe, Aidshilfe)
- Entschädigungen, die nicht aufgrund eines Vermögensschadens geleistet werden (z. B. Schmerzensgeld)

Absetzbare Ausgaben, die das anzurechnende Einkommen mindern:

- Auf das Einkommen zu entrichtende Steuern und Sozialabgaben
- Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung und zur Arbeitsförderung
- Beiträge zu öffentlichen und privaten Versicherungen, sofern diese gesetzlich vorgeschrieben oder in angemessener Höhe sind (z. B. Kfz-Versicherung, Haftpflichtversicherung)
- Beiträge zu geförderten Altersvorsorgebeiträgen, sofern diese den Mindesteigenbetrag nicht überschreiten
- Die mit der Erzielung des Einkommens verbundenen Ausgaben, wie Fahrtkosten, Arbeitsmittel oder Beiträge zu Berufsverbänden
- Arbeitsförderungsgeld und Erhöhungsbeträge des Arbeitsentgelts

Einkommensgrenzen bei ambulanter Pflege zuhause

Wird Hilfe zur Pflege in ambulanter Form, z. B. zur Finanzierung eines Pflegedienstes, benötigt, werden nur Einkünfte, welche über der Einkommensgrenze liegen, berücksichtigt. Die Einkommensgrenze wird individuell berechnet.

Berechnung der individuellen Einkommensgrenze

BEISPIEL

Grundbetrag bestehend aus dem doppelten Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1
(432 € x 2 = 864 € monatlich)
+ angemessene Unterkunftskosten (z. B. Miete)
+ Familienzuschläge, bestehend aus 70 % des aktuellen Regelsatzes der Regelbedarfsstufe 1 (302,40 € monatlich, aufgerundet) für den Ehegatten und vom Hilfesuchenden oder Ehegatten überwiegend unterhaltene Personen, die im Haushalt leben.

Hinweis: Diese Angaben dienen zum groben Überblick, **eine exakte Feststellung im Einzelfall kann nur das Sozialamt durchführen.**

Wie hoch der Kostenbeitrag des Patienten ist, hängt von der Art seines Bedarfs, der Schwere der Behinderung oder Pflegebedürftigkeit, der Dauer und Höhe der erforderlichen Aufwendungen sowie von etwaigen besonderen Belastungen ab.

WICHTIG

Bei schwerstpflegebedürftigen Menschen und blinden Menschen, die Leistungen der Blindenhilfe beziehen, wird Einkommen über der Einkommensgrenze in Höhe von mindestens 60 % nicht berücksichtigt.

Einkommensgrenzen bei vollstationärer Pflege

Bei vollstationärer Pflege muss auch Einkommen unterhalb der Einkommensgrenze zur Pflege eingesetzt werden.

BEISPIEL

Ein alleinstehender Patient, der niemanden überwiegend unterhält, muss sein komplettes Einkommen zur Deckung der Pflegeheimkosten aufwenden. Eine Alters- oder Witwenrente wird z. B. vollständig herangezogen werden. Für die Erfüllung persönlicher Bedürfnisse verbleibt ihm ein Barbetrag in Höhe von 27 % der Regelbedarfsstufe 1 (116,64 € monatlich).

Die Einkommensanrechnung ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. Betroffene sollten sich daher stets individuell bei den lokalen Pflegestützpunkten, den Verbraucherzentralen oder den Sozialämtern informieren.

Definition Vermögen

Bevor Hilfe zur Pflege in Anspruch genommen werden kann, muss der Patient zunächst sein gesamtes verwertbares Vermögen aufbrauchen. Dazu zählen Barvermögen, Spar- und Bausparverträge, Lebensversicherungen, Ausbildungsversicherungen, Aktien, Immobilien, Kraftfahrzeuge und Sachwerte wie Kunstwerke oder Schmuck.

Unangetastet bleibt dagegen das sogenannte **Schonvermögen** wie beispielsweise:

Ein **angemessenes Hausgrundstück**, das vom Patienten allein oder zusammen mit Angehörigen bewohnt wird und nach seinem Tod weiter bewohnt werden soll. Die Angemessenheit bestimmt sich nach der Zahl der Bewohner, dem Wohnbedarf (z. B. behinderter, blinder oder pflegebedürftiger Menschen), der Grundstücks- und Hausgröße, der Ausstattung sowie dem Wert des Grundstücks.

Kleinere Barbeträge und sonstige Geldwerte. Das sind bei der Hilfe zur Pflege einheitlich maximal 5.000 € für jede volljährige, leistungsberechtigte Person sowie für jeden alleinstehenden Minderjährigen und für alle übrigen volljährigen Personen, deren Einkommen und Vermögen bei der Gewährung von Sozialhilfe zu berücksichtigen ist bzw. die zu einer sozialhilferechtlichen Einstandsgemeinschaft gehören (insb. Ehe- und Lebenspartner). Für jede Person, die vom Bedürftigen zusätzlich unterhalten wird (z. B. Kinder), wird ein weiterer Freibetrag von 500 € hinzugerechnet.

Schenkungen

Vermögenswerte, die der Patient in den letzten 10 Jahren verschenkt hat, müssen zur Bedarfsdeckung zurückgefordert werden.

Unterhaltspflicht

Reicht das vorhandene Einkommen und Vermögen des Pflegebedürftigen nicht aus, um die Pflegekosten abzudecken, besteht unter Umständen eine Unterhaltspflicht der Angehörigen. Das Sozialamt prüft dann, ob es Kindern, Ehe- oder Lebenspartner zuzumuten ist, die notwendigen Kosten aus deren eigenem Einkommen und Vermögen aufzubringen.

Hinweis: Eltern und Kinder unterhaltsberechtigter Leistungsbezieher werden seit Inkrafttreten des Angehörigen-Entlastungsgesetzes im November 2019 erst ab einem Bruttojahreseinkommen von 100.000 € unterhaltspflichtig. **Ehegatten** werden wegen ihrer besonderen gegenseitigen familiären Einstandspflicht innerhalb der Neuregelung nicht berücksichtigt.

Ob das Einkommen und Vermögen unterhaltspflichtiger Angehöriger herangezogen wird, ist immer eine Einzelfallentscheidung des zuständigen Sozialamts.

8.8 Wohngeld

Bedürftige Patienten haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Wohngeld (gemäß Wohngeldgesetz WOGG). Patienten mit Wohneigentum können Wohngeld für selbst genutzten Wohnraum erhalten.

Voraussetzungen und Höhe

Ob und in welcher Höhe Wohngeld gezahlt wird, hängt von folgenden Faktoren ab:

- Anzahl der zum Haushalt gehörenden Familienmitglieder
- Gesamtfamilieneinkommen; dabei wird das Bruttoeinkommen herangezogen, von dem Steuern, Kranken-, Pflege- und Rentenversicherungsbeiträge, Werbungskosten und weitere Freibeträge (z. B. bei Schwerbehinderung) abgezogen werden
- Höhe der Bruttokaltmiete bzw. Belastung; zuschussfähig ist nur angemessener Wohnraum
- Mietenstufe (es gibt, abhängig vom Wohnort, 6 Stufen für Mieten; die Miethöchstbeträge werden in Ballungsgebieten, z. B. München, gezahlt)

Ausschlusskriterien

Betroffene, die bereits Leistungen erhalten, bei denen die Kosten für die Unterkunft berücksichtigt wurden, erhalten kein Wohngeld.

Dies ist unter anderem der Fall bei:

- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Sozialhilfe
- Arbeitslosengeld II und Sozialgeld; dabei ist zu beachten, dass **Wohngeld vorrangig** gezahlt wird, wenn damit Hilfsbedürftigkeit nach SGB II vermieden werden kann

Freibeträge bei Schwerbehinderung

Wurde bei dem Patienten eine Schwerbehinderung anerkannt, gelten spezielle Freibeträge bei der Anrechnung des Einkommens. Abgezogen werden folgende Beiträge:

- 1.500 € bei schwerbehinderten Menschen mit einem GdB von 100
- 1.500 € bei schwerbehinderten Menschen mit einem GdB von mind. 50 sowie Pflegebedürftigkeit und gleichzeitiger häuslicher / teilstationärer Pflege/Kurzzeitpflege

Antragstellung

Wohngeld können Anspruchsberechtigte bei der örtlichen Wohngeldbehörde der Gemeinde, Stadt-, Amts- oder Kreisverwaltung beantragen. Dort sind auch die Antragsformulare erhältlich. Wohngeld wird jeweils für 12 Monate bewilligt und ab dem Ersten des Antragsmonats gezahlt.

TIPP

Der Antragsteller muss alle Änderungen, die das Wohngeld betreffen, umgehend der Wohngeldbehörde mitteilen, da sonst mit Geldbußen zu rechnen ist.

9. ANHANG

9.1 Adressen und Ansprechpartner 158

9.2 Stichwortverzeichnis. 166

9.

ANHANG

9.1 Adressen und Ansprechpartner

Krankenversicherung

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Das Bundesministerium für Gesundheit unterhält ein Online-Portal zu allen Themen rund um die Krankenversicherung und ihre Leistungen. Dazu gehören Informationen zu Beiträgen und Tarifen sowie der Medizinischen Versorgung und Leistungen der Krankenversicherungen und ein Ratgeber zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln.

Bürgertelefon zur Krankenversicherung:
(030) 34 06 06 60 1

Beratungszeiten:
Mo. bis Do. 8 – 18 Uhr und Fr. 8 – 12 Uhr

Kontakt:
Friedrichstraße 108, 11055 Berlin
Telefon: (030) 18 44 10
Telefax: (030) 18 44 14 90 0
E-Mail: poststelle@bmg.bund.de
www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung.html

Behinderung und Schwerbehinderung

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)
Die Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen haben die Aufgabe, die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen zu sichern und zu fördern. Auf der Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) finden Arbeitnehmer und Arbeitgeber ausführliche Informationen zur Integration und Teilhabe von Menschen mit Behinderung auf dem Arbeitsmarkt.

Kontakt:
Geschäftsstelle c/o Landschaftsverband Rheinland, 50663 Köln
Telefon: (0221) 80 95 39 0
Telefax: (0221) 82 84 16 05
www.integrationsaemter.de

einfach teilhaben
Das Online-Portal des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales informiert Menschen mit Behinderungen, deren Angehörige, Verwaltungen und Unternehmen rund um das Thema Behinderung. Interessierte finden hier an einer Stelle gebündelt

Informationen zu Themen wie Persönliches Budget, Schwerbehindertenausweis, Mobilität bei Behinderung sowie zahlreiche weitere verwandte Themen. Die Inhalte sind wohl in Alltagssprache als auch in leichter und Gebärdensprache abrufbar.

Bürgertelefon zu Behinderung:
(030) 22 19 11 00 6

Beratungszeiten:
Mo. bis Do. 8 – 20 Uhr

Kontakt:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Telefon: (030) 18 52 70
Telefax: 030 18 527-1830
E-Mail: info@bmas.bund.de
www.einfach-teilhaben.de

Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

In den bundesweit verteilten Beratungsstellen der EUTB erhalten Menschen mit Behinderung, von Behinderung bedrohte Menschen und deren Angehörige kostenlose Beratung und Unterstützung zu individuellen Rehabilitationsleistungen, Teilhabe am Arbeitsleben und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Nach der Methode des Peer Counseling werden die Beratungen von Betroffenen für Betroffene unabhängig und ergänzend zu den bereits bestehenden Beratungsangeboten der Rehabilitationsträger durchgeführt.

Onlineformular zur Suche der nächstgelegenen Beratungsstelle:
https://teilhabeberatung.de/beratung/beratungsangebote-der-eutb

Kontakt:
Fachstelle Teilhabeberatung/gsub – Gesellschaft für soziale Unternehmensberatung mbH
Kronenstraße 6, 10117 Berlin
Telefon: (030) 28 40 91 40 oder (030) 28 40 91 39
Telefax: (030) 28 40 92 10
E-Mail: fachstelle@teilhabeberatung.de
www.teilhabeberatung.de

Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.

Der Verein Lebenshilfe e. V. setzt sich als Selbsthilfe-, Eltern- und Fachverband für die Gleichberechtigung und Barrierefreiheit für Menschen mit Behinderung und ihre Familien ein. Das umfangreiche Online-Portal bietet Informationen zu unterschiedliche Themen, Rechtsfragen und politischen Ereignissen in Zusammenhang mit Behinderung und Schwerbehinderung.

Kontakt:
Bundesvereinigung
Raiffeisenstraße 18, 35043 Marburg
Telefon: (0 64 21) 49 10
bundesvereinigung@lebenshilfe.de
www.lebenshilfe.de

Familienratgeber.de

Der Familienratgeber der Aktion Mensch bietet Informationen und Adressen für Menschen mit Behinderung und ihre Familien. In dem Portal sind u. a. Informationen zum Schule, Beruf, Freizeit, Barrierefreiheit, Rechte, Wohnen, Beratung, Kranken- und Pflegeversicherung und vieles mehr zu finden.

Kontakt:
Aktion Mensch e. V. / Aufklärung
Heinemannstraße 36, 53175 Bonn
Telefax: (0228) 20 92 33 3
E-Mail: familienratgeber@aktion-mensch.de
www.familienratgeber.de

Beratung zur Pflege

Bundesministerium für Gesundheit

Das Bundesministerium für Gesundheit bietet neben dem online-Informationsangebot auch ein Beratungstelefon sowie Broschüren zum Thema Pflege an, die entweder heruntergeladen oder kostenfrei bestellt werden können.

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung:
(030) 34 06 06 60 2

Beratungszeiten:
Mo. bis Do. 8 – 18 Uhr und Fr. 8 – 12 Uhr

Kontakt:
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
Telefon: (030) 18 44 10
www.bmg.bund.de/pflege

GKV-Spitzenverband

Der GKV-Spitzenverband informiert auf seinen Internetseiten ausführlich über die Deutsche Pflegeversicherung. Sämtliche Gesetze und Richtlinien können hier eingesehen werden.

Kontakt:
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon: (030) 20 62 88 0
Telefax: (030) 20 62 88 88
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkasse e. V.

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkasse e. V. ist der unabhängige sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst für alle gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen. Aufgabe des MDK ist es, grundsätzlich zu beurteilen, ob Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherungen im Einzelfall ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Rechtliche Grundlagen und Beschlüsse bzgl. aller Pflegeleistungen können hier noch einmal nachgelesen werden.

Kontakt:
Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen
Telefon: (0201) 83 27 0
Telefax: (0201) 83 27 10 0
E-Mail: office@mds-ev.de
www.mds-ev.de

Stiftung Patientenschutz

Die Stiftung Patientenschutz bietet Betroffenen und Angehörigen Unterstützung bei allen Fragen in Bezug auf Krankheits- und Pflegesituationen. Einige Leistungen sind ausschließlich Mitgliedern vorbehalten. Die Stiftung hat Niederlassungen in Dortmund, München und Berlin.

Kontakt:
Geschäftsstelle Dortmund
Europaplatz 7, 44269 Dortmund
Telefon: (0231) 73 80 73 0
Telefax: (0231) 73 80 73 1
E-Mail: info@stiftung-patientenschutz.de
www.stiftung-patientenschutz.de

Bundesverband der kommunalen Senioren und Behinderteneinrichtungen e. V. (BKSB)

Beim Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e. V. (BKSB) finden Betroffene bundesweit kommunale Einrichtungen, die ihnen oder ihren Angehörigen individuelle pflegerische Angebote zusammenstellen.

Kontakt:
Boltensternstraße 16, 50735 Köln
Telefon: (0221) 77 87 82 7
Telefax: (0221) 77 87 83 6
E-Mail: kontakt@bksb.de
https://bksb.de

Zentrum für Qualität in der Pflege (Stiftung ZQP)

Die Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege setzt sich für eine verbesserte Versorgung pflegebedürftiger, hilfebedürftiger und behinderter Menschen ein. Pflegende Angehörige finden dort u. a. kostenfreie Publikationen zu pflegebezogenen Themen und eine Datenbank zu Angeboten der Pflegeberatung.

Kontakt:
Reinhardtstraße 45, 10117 Berlin
Telefon: (030) 27 59 39 50
Telefax: (030) 27 59 39 52 0
E-Mail: info@zqp.de
www.zqp.de

Prävention und Vorsorge

Bundesverband Gedächtnistraining e. V. (BVGT)

Der Bundesverband Gedächtnistraining (BVGT) e. V. bietet ein breites Angebot an Kursen, Seminaren und Workshops zum Thema Ganzheitliches Gedächtnistraining.

Beratungszeiten:
Mo. bis Fr. 9 – 12 Uhr

Kontakt:
Black-und-Decker-Straße 17B, 65510 Idstein
Telefon: (0 61 26) 50 57 80
E-Mail: servicebuero@bvgt.de
www.bvgt.de

Zentrales Vorsorgeregister

Beim Zentralen Vorsorgeregister können private Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen und Patientenverfügungen registriert und hinterlegt werden.

Beratungstelefon:
(0800) 35 50 50 0

Beratungszeiten:
Mo. bis Do. 9 – 16 Uhr und Fr. 8 – 13 Uhr

Kontakt:
Bundesnotarkammer, Körperschaft des öffentlichen Rechts
Zentrales Vorsorgeregister
Postfach 080151, 10001 Berlin
E-Mail: info@vorsorgeregister.de
www.vorsorgeregister.de

Bundesministerium der Justiz

Das Bundesministerium der Justiz informiert auf seinen Internetseiten umfangreich über Vorsorgemöglichkeiten. Publikationen zum Thema „Patientenverfügung“, „Betreuungsrecht“ etc. können dort kostenfrei bestellt oder heruntergeladen werden.

Kontakt:
Mohrenstraße 37, 10117 Berlin
Telefon: (030) 18 58 00
Telefax: (030) 18 58 09 52 5
E-Mail: poststelle@bmjv.bund.de
www.bmjv.de

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Auf dieser, von der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung betriebenen Webseite werden umfangreiche Informationen und Publikationen zum Thema Organspende bereit gehalten.

Infotelefon zur Organspende:
(0800) 90 40 400

Beratungszeiten:
Mo. bis Fr. 9 – 18 Uhr

Kontakt:
Maarweg 149 – 161, 50825 Köln
Telefon: (0221) 89 92 0
Telefax: (0221) 89 92 30 0
E-Mail: Poststelle@bzga.de
www.organspende-info.de

Rehabilitation

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. steht als Interessensvertretung für alle Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe. Im Mittelpunkt steht das Engagement für die interdisziplinäre Weiterentwicklung der Rehabilitation.

Kontakt:
Maaßstraße 26, 69123 Heidelberg
Telefon: (0 62 21) 18 79 01 0
Telefax: (0 62 21) 16 60 09
E-Mail: info@dvfr.de
www.dvfr.de

Deutsche Rentenversicherung Bund

Auf dem Online-Portal der Deutschen Rentenversicherung Bund und den jeweiligen Regionalvertretungen können sich Betroffene über Rehabilitationsmöglichkeiten und Rehabilitationseinreichungen informieren. Bei Bedarf berät die Deutsche Rentenversicherung die Versicherten auch persönlich. Die Beratung ist online, per E-Mail, telefonisch, postalisch oder vor Ort möglich.

Kontakt:
Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin
Telefon: (0800) 1000 4800
www.deutsche-rentenversicherung.de

BDH Bundesverband Rehabilitation e. V.

Der BDH steht als deutscher Sozialverband für Betreuung und Rehabilitation neurologischer Patienten allen von Behinderung Betroffenen und ihren Angehörigen offen. Er fördert den Kontakt von Betroffenen und hilft durch Beratung und juristische Vertretung seinen Mitgliedern gegenüber Behörden und vor Sozialgerichten.

Kontakt:
BDH-Bundesleitung
Lievelingsweg 125, 53119 Bonn
Telefon: (0228) 96 98 40
Telefax: (0228) 96 98 49 9
E-Mail: info@bdh-reha.de
www.bdh-reha.de

REHADAT – Informationssystem zur beruflichen Rehabilitation

REHADAT ist das zentrale Informationsangebot zur beruflichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Verantwortlicher Herausgeber ist das Institut der deutschen Wirtschaft Köln. Das Informationsangebot von REHADAT ist kostenlos. Es richtet sich an Menschen mit Behinderung und an alle, die sich für ihre berufliche Integration einsetzen. Über die Startseite lassen sich weitere thematisch untergliederte REHADAT-Portale ansteuern.

Hauptseite: www.rehadat.de/de
Berufliche Bildung: www.rehadat-bildung.de/de
Arbeitsleben und Behinderung: www.talentplus.de
Werkstätten: www.rehadat-wfbm.de/de
Hilfsmittel: www.rehadat-hilfsmittel.de/de

Sozialrecht und Finanzen

Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Auf der Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales findet sich eine Broschüre zum Thema Sozialhilfe und Grundsicherung. Diese kann kostenfrei bestellt oder als pdf-Version herunter geladen werden.

www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a207-sozialhilfe-und-grundsicherung.html

Agentur für Arbeit

Zahlreiche Informationen, Broschüren und Merkblätter über finanzielle Hilfen bei Arbeitslosigkeit, u. a. Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II und Sozialgeld sind hier zu finden.

www.arbeitsagentur.de

Sozialverband VdK Deutschland e. V.

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. berät seine Mitglieder bundesweit in seinen Rechtsberatungsstellen zu individuellen sozialrechtlichen Anliegen. Bei Bedarf hilft der Verein bei Widersprüchen und unterstützt bei gerichtlichen Klageverfahren.

Kontakt:
Linienstraße 131, 10115 Berlin
Telefon: (030) 92 10 58 00
Telefax: (030) 92 10 58 01 10
E-Mail: kontakt@vdk.de
www.vdk.de

Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)

Mitglieder des SoVD können sich über ihre sozialen Rechte und bei Antragstellungen beraten lassen. Bevollmächtigte des SoVD vertreten, soweit zulässig, Mitglieder vor den Sozialverwaltungen und vor den Sozialgerichten.

Kontakt:
Stralauer Straße 63, 10179 Berlin
Telefon: (030) 72 62 22 0
Telefax: (030) 72 62 22 31 1
E-Mail: kontakt@sovd.de
www.sovd.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD)

Die UPD ist eine gemeinnützige Einrichung und berät Verbraucherinnen und Verbraucher sowie Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen. Anonym, kostenfrei und z. T. mehrsprachig. Die Beratung kann telefonisch, online, vor Ort oder per Post erfolgen.

Beratungstelefon:
(0800) 0 11 77 22

Beratungszeiten:
Mo. bis Fr. 8 – 22 Uhr und Sa. 8 – 18 Uhr

Kontakt:
Tempelhofer Weg 62, 12347 Berlin
Telefon: (030) 86 87 21 12 8
E-Mail: info@patientenberatung.de
www.patientenberatung.de

Selbsthilfe

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (nakos)

nakos, die Einrichtung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., ist die nationale Kontakt- und Informationsstelle, um telefonisch oder online passende Selbsthilfegruppen zu finden. Des Weiteren gibt es Informationen bzgl. der Gründung von Selbsthilfegruppen. Das Angebot ist kostenlos.

Beratungstelefon:
(030) 31 01 89 60

Beratungszeiten:
Di., Mi., Fr. 10 – 14 Uhr und Do. 14 – 17 Uhr

Kontakt:
Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin-Charlottenburg
Telefon: (030) 31 01 89 80
Telefax: (030) 31 01 89 70
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
www.nakos.de

Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE

Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE e. V.) ist die Dachorganisation von 120 Organisationen behinderter und chronisch kranker Menschen und ihren Angehörigen. Sie bietet bundesweit Aktivitäten, Informationen und Broschüren zum Thema Selbsthilfe.

Kontakt:
Kirchfeldstraße 149, 40215 Düsseldorf
Telefon: (0211) 31 00 60
Telefax: (0211) 31 00 64 8
E-Mail: info@bag-selbsthilfe.de
www.bag-selbsthilfe.de

9.2 Stichwortverzeichnis

A

Ambulanter Pflegedienst . . . . . 74 – 76, 79, 153
Angebote zur Unterstützung im Alltag 71, 77
Anschlussheilbehandlung . . . . . 35, 87, 126 – 128
Anwartschaft 34, 143, 145
Arbeitsagentur 11, 81
Arbeitsassistenz . . . . . 57 – 59, 134
Arbeitslosengeld . . 11, 30 – 37, 88, 135, 136, 142 – 148, 152, 155
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit 34, 146
Arbeitsunfähigkeit . . . . . 16, 25, 30 – 34, 111, 131 – 135, 140 – 146
Arzneimittel 16, 17, 25, 35, 125
Arzneimittelrichtlinien 17
Aufenthaltsbestimmung 94, 95
Aussteuerung aus der Krankenversicherung 32, 132

B

Bedarfsgemeinschaft 18, 37, 147
Begleitende Hilfe im Arbeitsleben 49, 57, 58, 59
Begleitperson 45, 47, 52, 130
Behandlungspflege . . . . . 26 – 28, 38, 81, 89 – 91
Behindertenparkplatz 44, 52
Behindertentoiletten 45, 54
Behinderung . . . . . 11, 34 – 64, 79, 111 – 119, 128, 134 – 137, 153
Belastungsgrenze bei Zuzahlungen . . . . . 18, 20, 23, 34, 36 – 38
Beratungseinsatz 73, 74
Berufliche Rehabilitation 11, 122, 123, 133, 135, 136
Berufsunfähigkeit 111, 112, 117
Bestattungsverfügung 104, 105
Bestattungsvorsorge 105
Betreuungsverfügung . . . . . 94, 96 – 101, 106, 107
Betriebliches Eingliederungsmanagement 131
Blindenhund 52
Bundesteilhabegesetz 60, 123

C

Chronikerregelung 18, 37, 38

D

Dauerbehandlung 38
Dispositionsrecht 137
Dynamisierung des Krankengeldes 31

E

Eigenbemühungen 143, 146
Eingliederungshilfe . . . . . 11, 59 – 61, 124, 128, 137
Einkommen und Vermögen . . . . . 91, 147, 150 – 155
Einzelpflegekräfte 75
Entgeltfortzahlung . . . . . 25, 30, 32, 81, 111, 132, 140 – 142
Entlastung Pflegeperson 64, 71, 74, 82
Ergotherapie 21, 22, 35
Ermäßigung der Rundfunkgebühren 46, 48
Ermäßigung der Telefongebühren 46, 48, 49
Ersatzpflege 70, 73, 77, 78, 79, 89
Erwerbsfähigkeit . . . . . 11, 38, 112, 114, 122, 125 – 133, 147
Erwerbsminderungsrente . . . . . 11, 33, 34, 110 – 114, 129
Erziehungsrente 119
Existenzminimum 149

F

Fahrtkosten 35, 39, 51, 60, 79, 128–135, 142, 153
Familienpflegezeit..... 65, 83, 84, 86
Familienversicherung..... 88
Freibeträge 36, 38, 49, 61, 117, 119, 144, 152–155
Freifahrtenregelung 51
Freistellung von Mehrarbeit 49, 56
Frührente 111

G

Geldleistungen..... 58, 59, 90, 147
Gesundheitssorge..... 94, 95, 101
Gleichstellung 49, 54, 55
Grad der Behinderung 38, 39, 42–57, 115, 155
Grad der Schädigungsfolgen 38, 39
Grundpflege 26–28, 72, 81, 91
Grundsicherung für Arbeitssuchende..... 72, 142, 146, 149
Grundsicherung im Alter und bei
Erwerbsminderung..... 37, 151, 155
Günstigerprüfung Erwerbsminderungsrente 114

H

Hartz IV 11, 30, 72, 142, 146
Haushaltshilfe 35, 39, 81, 128, 130, 135
Häusliche Krankenpflege . 10, 24–28, 35, 39, 71–77, 84, 88, 155
Hauswirtschaftliche Versorgung 27, 28, 72, 75, 91
Heilmittel 10, 21–23, 35, 125
Heilmittelrichtlinien..... 21
Heilmittelthерapie..... 16, 21–23
Heizkosten 147, 149, 151
Hilfe zum Lebensunterhalt 37, 51, 149–151
Hilfe zur Pflege..... 151–154
Hilfsmittel .. 10, 16–20, 24, 34–38, 65, 67, 79, 80, 125, 134, 137
Hilfsmittelverordnung 19

I

Integrationsamt..... 10, 11, 55, 57

J

Jobcenter 10, 11, 136, 148

K

Kinderpflegekrankengeld 30, 130
Kinderzuschlag 117
Kombinationsleistung 74, 76–78, 90
Krankengeld..... 10, 16, 25, 30–36, 111, 132, 136, 140–144
Krankenhausbehandlung 10, 24, 25, 34, 35, 73, 127
Krankenhausvermeidungspflege..... 27
Kündigungsschutz 11, 49, 54–57, 83
Kurzzeitige Arbeitsfreistellung..... 82
Kurzzeitpflege 26, 70, 73, 77–79, 88, 89, 155

L

Langfristige Heilmittelbehandlung..... 22, 23
Leistungen zur Sozialen Teilhabe 122, 137
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 122, 133–136
Leistungsträger 10, 12, 17, 46, 59, 79, 123, 124, 128–130
Logopädie..... 21, 22
Lohnersatzleistung..... 135, 143

M

Medizinischer Dienst
der Krankenversicherung 13, 23, 27, 66, 69, 80, 83, 84
Medizinische Rehabilitation 77, 125, 126, 129
Mehrbedarf 147, 151
Merkzeichen 45–49, 51–54
Minderung der Erwerbsfähigkeit 34, 38, 122
Mitwirkungspflichten 30, 150, 152
Mutterschaftsgeld 30, 144, 145

N

Nachteilsausgleiche 42, 43, 45, 47–49, 55, 60
Nachweispflicht 39, 142
Nahrungsergänzungsmittel 16
Nahtlosigkeit 34
Nebeneinkünfte 144

O

Organspende 101, 103, 104

P

Parkerleichterungen 45, 46, 52, 53
Patientenverfügung 94, 95, 97–103, 106, 107
Pauschbetrag 46, 47, 50
Persönliches Budget 58, 59
Pflegebedürftigkeit .. 11, 21, 64–72, 78–90, 122, 127, 151–155
Pflegebegutachtung 65, 67, 72
Pflegeberatung 65, 69, 74, 91
Pflegegeld 70–79, 86, 89, 153
Pflegegrad 27, 38, 39, 65–79, 82, 83, 86–91, 151
Pflegehilfsmittel 18, 69, 70, 74, 79, 80
Pflegekasse 10, 11, 26, 27, 64–66, 69–80, 83–91, 152
Pflegesachleistung 69–71, 74–78, 90
Pflegeunterstützungsgeld 83
Pflegezeit 65, 83, 84, 86–88
Poolen von Pflegesachleistungen 75
Psychiatrische Krankenpflege 27

Q

Quittungsheft 37

R

Recht auf Teilzeitarbeit 57
Regelbedarf 147–149, 151
Rehabilitation 11, 21, 24, 34, 73, 87, 112, 122–137
Rentenabschläge 113, 114
Ruhen von Ansprüchen 72

S

Schonvermögen 61, 154
Schwangerschaft 23, 39
Schwerbehindertenausweis 43–57, 115, 152
Schwerbehinderung . 11, 42–44, 48, 52–60, 115, 132, 135, 155
Sicherungspflege 27
Sozialamt 10, 11, 87, 91, 149–155
Sozialgeld 30, 146–149, 155
Sozialhilfe 11, 37, 45, 147, 150–152, 154

Sperrzeit 144, 146
Stationäre Krankenhausbehandlung 24, 73
Stufenweise Wiedereingliederung 10, 122, 131–133

T

Tages- und Nachtpflege 90
Technische Arbeitshilfen 11, 58
Teilhabe am Arbeitsleben 11, 30, 61, 122, 133–137
teilstationäre Behandlung 24
Teilweise Erwerbsminderungsrente 112, 113

U

Übergangsgeld 11, 30, 122, 128, 132, 135, 136, 144
Übergangsversorgung nach Krankenhausaufenthalt 25
Unabhängige Teilhabeberatung 61
Unfallversicherung 10, 11, 23, 47, 72, 84–87, 123–137
Unterstützungspflege 28, 64

V

Verbandmittel 17, 18, 35
Verhinderungspflege 77, 79
Versorgungsamt 10, 11, 43, 44, 51, 55
Volle Erwerbsminderungsrente 11, 112, 113
Vollstationäre Pflege 11, 70, 88, 90, 91
Vorgezogene Altersrente 49, 55, 57, 115
Vorsorgevollmacht 94–101, 106, 107, 152
Vorversicherungszeit 64, 65, 72, 78, 90, 151

W

Waisenrente 11, 110, 117–119, 129
Werbungskosten 49, 51, 155
Widerspruch 12, 13, 19, 152
Wiedereingliederung 10, 122, 131–133, 136
Witwerrente 11, 36, 116, 117
Wohngeld 49, 146, 155
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen 80

Z

Zentrales Vorsorgeregister 107
Zinsloses Darlehen 83, 84, 86
Zurechnungszeit 113
Zusatzurlaub 49, 55, 56
Zuzahlungen 17–20, 23, 25, 28, 34–39, 49, 91, 128, 129
Zuzahlungen bei chronischen Erkrankungen 37
Zuzahlungsbefreiung 18, 20, 34, 37, 128
Zuzahlungsrechner 37

Impressum

Herausgeber
neuraxFoundation gGmbH
Elisabeth-Selbert-Straße 23, D-40764 Langenfeld
Telefon: (0 21 73) 9 99 85 00
E-Mail: info@neuraxFoundation.de
www.neuraxFoundation.de
Sitz der Gesellschaft: Langenfeld
Amtsgericht Düsseldorf: HRB 72546
Vertreten durch den Geschäftsführer:
Dr. Olaf Krampe
4. Auflage: Stand 01.03.2020

© istockphoto.com / kupicoo, dolgachov, demaerre, sturti monkeybusinessimages, Varijanta, KatarzynaBialasiewicz, cyano66, FredFroese, Peopleimages, ferrantraite, gradyreese, Tuned_In, Jean-philippe WALLET, LSOphoto, Halfpoint,
© fotolia.com / Syda Productions
© thenounproject.com / Icon Island, irene hoffman, Creative Stall, gira Park, Gregor Cresnar, Cha-meleon Design, Oliviu Stoian, Icon Fair, Yu luck, Maxim Kulikov, Bastiene Delmare
© Laureen Keitsch

Konzept und Layout
Laureen Keitsch

Satz und Reinzeichnung
Anna Jessica Eickhoff

Lektorat
Claudia Wohlhüter

Druck und Verarbeitung
Backes Druck GmbH, Langenfeld

Alle Rechte vorbehalten
© 2020 neuraxFoundation
Der Ratgeber einschließlich aller Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung inner- oder außerhalb des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Weder das Werk noch Teile hiervon darf/dürfen – auch nicht auszugsweise – in irgendeiner Form oder durch irgendein Verfahren genutzt, verbreitet, vervielfältigt, reproduziert, übersetzt, mikroverfilmt oder in elektronische Systeme bzw. Datenverarbeitungsanlagen eingespeichert und/oder verarbeitet werden.

Für die getroffenen Angaben in diesem Werk wird seitens Redaktion und Herausgeber keine Haftung übernommen.

Mit freundlicher Unterstützung von

NEURAXPHARM®
Ihr Partner für ZNS-Präparate

AUCH ONLINE

NEURAXWIKI.DE

Ihr Informationsportal zu sozialrechtlichen Ansprüchen und Leistungen bei neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen.

FÜR PATIENTEN, IHRE FAMILIEN UND FACHPERSONAL.

NEURAX WIKI®

Über neuraxFoundation

Die neuraxFoundation gemeinnützige GmbH steht für therapeutisches, gesellschaftliches und soziales Engagement in der Neurologie und Psychiatrie.

Das Herzstück des gemeinnützigen Engagements ist der einzigartige sozialrechtliche Informationsdienst neuraxWiki.

Mit Hilfe von neuraxWiki finden Patienten, Angehörige und Fachkräfte zielgerichtete und verständlich aufbereitete Antworten auf ihre sozialrechtliche Fragen.

Wo Sie diesen Ratgeber bestellen können:

neuraxFoundation gGmbH
Elisabeth-Selbert-Straße 23
D-40764 Langenfeld

Telefon: (0 21 73) 9 99 85 00
E-Mail: info@neuraxFoundation.de
www.neuraxFoundation.de

FOLGEN SIE UNS AUF FACEBOOK.