



CSL Behring

LEBEN MIT EINER SELTENEN ERKRANKUNG

Ratgeber zu medizinischen,
finanziellen und rechtlichen
Aspekten

INHALT DIESES RATGEBERS

3	Inhalt
4	Einleitung
5	Schnellübersicht über die Ansprechpartner
6	Seltene Erkrankungen
6	AAT-Mangel
8	CIDP
10	Angeborener/Primärer Immundefekt
12	Erworbene/Sekundäre Immunschwäche
14	Therapiekosten
17	Arbeit und Beruf
20	Rehabilitation
24	Behinderung
34	Vergünstigungen
38	Rente
42	Pflege
52	Sozialleistungen
54	Mustervorlagen
57	Abkürzungen
60	Stichwortverzeichnis

EINLEITUNG

Liebe Leserin, lieber Leser,

Sie haben diese Broschüre erhalten, weil Sie eine seltene Erkrankung haben. Wenn Sie dadurch stark beeinträchtigt sind, kann es notwendig werden, dass Sie sich auch mit Ihren Rechten als Patientin oder Patient auseinandersetzen müssen. Zum Beispiel zum Thema Finanzen oder Arbeit oder Pflege. In schweren Fällen kann auch ein Schwerbehindertenausweis beantragt werden. Dann ist es wichtig zu wissen, wo Sie sich hinwenden können, um Hilfe zu erfahren.

Wir möchten Sie ausdrücklich dazu ermutigen, sich in den verschiedenen Institutionen beraten zu lassen und Unterstützungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Daher zeigen wir Ihnen in diesem Ratgeber auf, welche Leistungen Ihnen zustehen und welche Expertinnen und Experten Ihnen weiterhelfen können.

Neben Informationen zu Sozialleistungen liefert der Ratgeber auch allgemeinere Informationen für unterschiedliche Lebensbereiche.

Zu vielen Anlaufstellen haben wir einen QR-Code eingefügt. Diesen können Sie mit einer üblichen Smartphone-App oder der Kamerafunktion Ihres Smartphones einscannen, um direkt zur entsprechenden Seite im Internet zu gelangen. Sollten Sie kein Smartphone besitzen, können Sie die angegebenen Links direkt in Ihren Internet-Browser eingeben.

Wir wünschen Ihnen und Ihrer Familie für die Zukunft alles Gute.

Ihre CSL Behring GmbH

SCHNELLÜBERSICHT DER ANSPRECHPARTNER

Sozialamt

Hier können Sie verschiedene Unterstützungsmaßnahmen und auch finanzielle Hilfen erhalten.

Gesundheitsamt

Informiert Sie über die Ihnen zustehende medizinische Versorgung und berät Sie auch zu sozialen Fragen.

Bundesagentur für Arbeit

Zuständig für alle Themen rund um Arbeit und Beruf, außerdem für Teilhabe und Entgeltersatzleistungen.

Krankenkasse

Zuständig für alle medizinischen Leistungen sowie für die Zahlung des Krankengeldes.

Integrationsamt

Berät Schwerbehinderte zur beruflichen Beschäftigung, u. a. zu finanziellen Leistungen, Kündigungsschutz und Weiterbildung.

Versorgungsamt

Beschäftigt sich mit dem Thema Behinderung und den damit verbundenen Rechten und Vergünstigungen.

Rentenversicherungsträger

Kümmert sich um Rente und um Rehabilitation.

Unabhängige Teilhabeberatung

Unterstützt Sie bei allen Fragen zur Rehabilitation und Teilhabe.

SELTENE ERKRANKUNGEN

ALPHA-1-ANTI- TRYPsin-MANGEL

Ein Alpha-1-Antitrypsin-Mangel wird durch eine Genveränderung verursacht und zählt zu den häufigsten Erbkrankheiten. Trotzdem wird ein AAT-Mangel oft nicht oder erst spät erkannt und damit auch erst spät behandelt. Oft wird hinter den Beschwerden eine COPD oder ein Asthma vermutet, nicht jedoch an eine Erbkrankheit gedacht.

Zwei Erkrankungen in Einem

Bei gesunden Menschen gelangt das Schutzprotein AAT über das Blut zur Lunge, wo es das Lungengewebe gegen vorzeitigen Abbau schützt. Beim AAT-Mangel wird das AAT in der Leber in nicht ausreichender Menge oder nur fehlerhaft oder gar nicht gebildet. Das Fehlen von AAT kann eine schwere Lungenschädigung (Lungenemphysem) zur Folge haben.

In selteneren Fällen reichert sich fehlgebildetes AAT in der Leber an. Diese Eiweißansammlung in der Leber kann zu schweren Leberschäden führen.

Die Risikofaktoren

Einer der wichtigsten Risikofaktoren ist eine familiäre Veranlagung. Die Genveränderung kann von Vater und Mutter übertragen werden oder in seltenen Fällen neu auftreten (Neumutation). Tritt sie nur einfach auf (heterozygot, also von *einem* Elternteil vererbt), ist das Risiko, an AAT-Mangel zu erkranken, wesentlich geringer, als wenn die Veränderung doppelt vererbt wurde (homozygot, von *beiden* Elternteilen).

Ein ungünstiger Verlauf der Erkrankung wird in erster Linie durch aktives und auch passives Rauchen gefördert. Daneben können Luftschadstoffe im Wohn- und Arbeitsumfeld eine Rolle spielen, zum Beispiel Abgase oder Feinstaub.

Alpha-1-Antitrypsin-Mangel-Test

Wie viel AAT im Körper vorhanden ist, kann ein einfacher Bluttest zeigen. Er kann z. B. vom Hausarzt veranlasst werden. Wenn die Konzentration von AAT im Blut niedrig ist, wird in einer weiterführenden Untersuchung getestet, ob eine Erbgutveränderung vorliegt. Somit kann die Diagnose zuverlässig gestellt oder ausgeschlossen werden.

Mögliche Therapieoptionen

Wenn Sie unter einem AAT-Mangel leiden und rauchen, ist es sehr wichtig, sofort mit dem Rauchen aufzuhören. Zur Symptomlinderung stehen u. a. Medikamente zur Verfügung, welche die Atemwege entkrampfen und weiten. Andere Arzneimittel wirken entzündungshemmend.

In schweren Fällen mit bereits vorliegendem Lungenemphysem sollte das Schutzprotein Alpha-1-Antitrypsin gegeben werden. Dies ist die einzige Therapieform, bei der direkt der AAT-Mangel behandelt wird. In der Regel erhalten die Patientinnen und Patienten dann einmal in der Woche eine Infusion von aus menschlichem Blutplasma gewonnenem AAT in die Vene.

Die Therapie mit AAT kann bereits zerstörtes Lungengewebe nicht ersetzen, aber sie kann den Krankheitsverlauf verlangsamen und insbesondere die Lunge besser schützen.

MEHR INFORMATIONEN ZUR ERKRANKUNG
EINSCHLIESSLICH DIAGNOSE UND MÖGLICHER
THERAPIEOPTIONEN SOWIE WEITERE HILFE
UND INFOMATERIALIEN FINDEN SIE UNTER:

WWW.ALPHA1-MANGEL.DE
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:





Autoimmunerkrankung
**CHRONISCHE INFLAMMATORISCHE
DEMYELINISIERENDE
POLYNEUROPATHIE (CIDP)**

CIDP ist eine langsam verlaufende und andauernde Nervenerkrankung, bei der es durch entzündliche Reaktionen zum Abbau der Ummantelung der Nervenfasern kommt. Die Folge ist eine Störung der Signalweiterleitung in den Nerven. Sie nehmen dies z. B. als Taubheitsgefühl, Kribbeln oder Kraftlosigkeit in Beinen und Armen wahr.

CIDP ist eine chronische Erkrankung. Sie entwickelt sich über mindestens acht Wochen und tritt dann fortlaufend oder in Schüben immer wieder auf. Im weiteren Verlauf der CIDP können, vor allem bei älteren Patientinnen und Patienten, Lähmungen auftreten, motorische Fähigkeiten wie Greifen und Gehen können sich verschlechtern. Männer sind häufiger betroffen als Frauen.

Therapieoptionen

■ Immunglobuline



Immunglobuline sind Antikörper, die aus dem Blut gesunder Spender gewonnen werden. Therapeutisch zugeführte Immunglobuline können unerwünschte Autoimmunreaktionen vermindern.

Immunglobuline können über eine Infusion in die Vene (intravenös) oder direkt unter die Haut (subkutan) verabreicht werden. Ein Vorteil der subkutanen Therapie kann sein, dass die Behandlung nach einer eingehenden Schulung auch zu Hause vom Betroffenen selbst durchgeführt werden kann (Heimselfstherapie).

Die Gabe von Immunglobulinen hat sich in der Therapie bewährt. Sie wird von den meisten Patientinnen und Patienten gut vertragen und kommt sowohl in der Sofort- als auch in der Langzeittherapie infrage.

■ Cortisonpräparate



Cortisonpräparate (oder Kortikosteroide) können das Immunsystem dämpfen und so schädigende Autoimmunreaktionen reduzieren. Bei einer Langzeittherapie können Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme, Wassereinlagerungen oder Störungen von Stoffwechselfvorgängen auftreten.

■ Plasmapherese



Bei der Plasmapherese werden Stoffe, welche die Krankheit fördern (z. B. krankmachende Antikörper gegen körpereigene Strukturen oder entzündungsfördernde Stoffe), aus dem Blut gewissermaßen abzentrifugiert. Das Verfahren ist sehr aufwendig und belastend. Es wird daher meist nur vorübergehend in Akutsituationen eingesetzt.

MEHR INFORMATIONEN ZUR ERKRANKUNG
EINSCHLIESSLICH DIAGNOSE UND MÖGLICHER
THERAPIEOPTIONEN SOWIE WEITERE HILFE
UND INFOMATERIALIEN FINDEN SIE UNTER:

WWW.LEBEN-MIT-CIDP.DE
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:





ANGEBORENER/PRIMÄRER IMMUNDEFEKT (PID)

Angeborene Immundefekte sind in der Erbinformation (DNA) von Geburt an vorhanden. Sie werden auch als primäre Immundefekte (PID) oder angeborene Immunschwäche bezeichnet. Weitere Bezeichnungen für Immundefekte sind Abwehrschwäche, pathologische Infektanfälligkeit, Immuninsuffizienz oder Immundefizienz. Die Symptome sind nicht unbedingt von Anfang an zu sehen, sondern fallen teilweise erst im Jugendlichen- oder Erwachsenenalter auf.

Bei einem angeborenen Immundefekt kann das Immunsystem Bakterien, Viren und Pilze nicht (mehr) effektiv bekämpfen. Patientinnen und Patienten leiden daher an einer krankhaften Infektanfälligkeit. Es kommt häufiger zu Infektionen als in der gesunden Bevölkerung. Diese dauern auch länger an und verlaufen meist schwerer.

Ein angeborener Immundefekt ist vor allem für Kinder und ihre Familien eine Herausforderung. Die Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Immunologie vermittelt Ansprechpartner in Spezialkliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

EINE ÜBERSICHT ÜBER SPEZIALKLINIKEN FINDEN SIE AUF DER HOMEPAGE DER ARBEITSGEMEINSCHAFT PÄDIATRISCHE IMMUNOLOGIE:

WWW.KINDERIMMUNOLOGIE.DE
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:



AUF DER HOMEPAGE DER PATIENTEN-ORGANISATION FÜR ANGEBORENE IMMUNDEFEKTE (WWW.DSAI.DE) WERDEN SPEZIALAMBULANZEN FÜR KINDER UND ERWACHSENE AUFGEListET. **DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:**



Menschen mit einem primären Immundefekt fehlt ein wesentlicher Bestandteil der Immunabwehr. Über 400 verschiedene primäre Immundefekte sind mittlerweile bekannt und genetisch definiert. Primäre Immundefekte zählen zu den seltenen Erkrankungen: Ein bis zwei von 1.000 Menschen leiden an einem primären Immundefekt. Experten gehen davon aus, dass ca. 100.000 Menschen in Deutschland davon betroffen sind.

Therapieoptionen

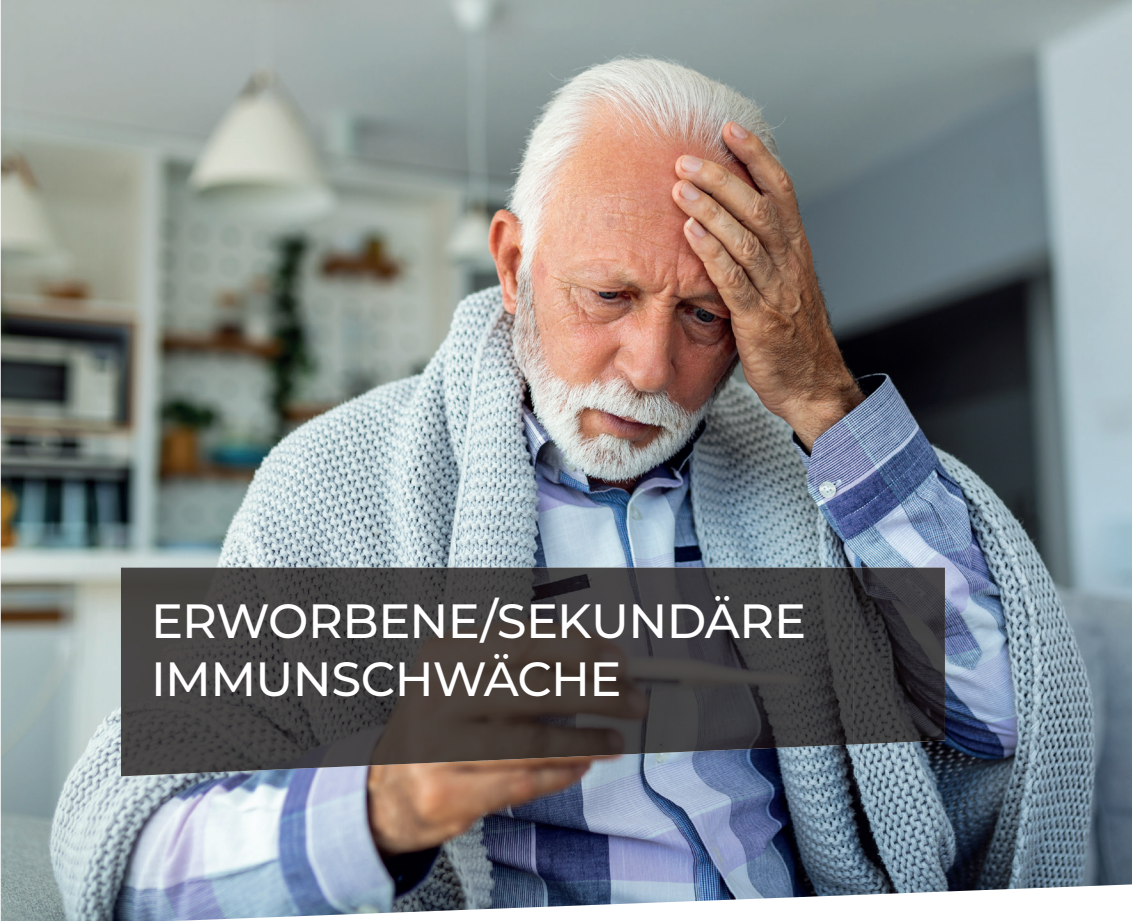
Ein angeborener Immundefekt mit Immunglobulinmangel wird i. d. R. mit einer **Immunglobulin-Ersatztherapie** behandelt. Dabei werden fehlende Antikörper (Immunglobuline) von außen zugeführt. Immunglobuline können entweder intravenös oder subkutan verabreicht werden. Intravenös bedeutet, dass sie direkt in die Vene gegeben werden, meist alle drei bis vier Wochen in einer Arztpraxis oder Klinik. Diese Methode wird bevorzugt, wenn größere Mengen Immunglobuline schnell verabreicht werden müssen. Subkutane Infusionen hingegen erfolgen unter die Haut, meistens mit einer Infusionspumpe. Dabei werden kleinere Mengen pro Infusion verabreicht, dafür aber öfter (mehrmals wöchentlich bis alle zwei Wochen). Die subkutane Therapie kann zu Hause durchgeführt werden, nach entsprechender Schulung durch Fachpersonal.

Bei Patientinnen und Patienten mit primären Immundefekten kann auch eine **prophylaktische Gabe von Antibiotika** infrage kommen, um krankheitserregende Bakterien zu bekämpfen. Des Weiteren ist wichtiger Pfeiler in der Behandlungsstrategie die Vorbeugung von Infektionen durch **Impfungen**, allerdings eignet sich nicht jede Impfstoffart für alle angeborenen Immundefekte. Bei besonders schweren Immundefekten kann eine **Knochenmarkstransplantation** infrage kommen. Dabei erhalten Patientinnen und Patienten Knochenmark von einem passenden gesunden Spender. Das Knochenmark ist entscheidend für die Bildung von unterschiedlichen Abwehrzellen.

MEHR INFORMATIONEN ZUR ERKRANKUNG EINSCHLIESSLICH DIAGNOSE UND MÖGLICHER THERAPIEOPTIONEN SOWIE WEITERE HILFE UND INFOMATERIALIEN FINDEN SIE UNTER:

WWW.ANGEBORENER-IMMUNDEFEKT.DE
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:





ERWORBENE/SEKUNDÄRE IMMUNSCHWÄCHE

Wenn Sie unter einem Immundefekt leiden, bedeutet dies, dass eine Störung einer sekundären Immunschwäche vorliegt. Bei einer sekundären Immunschwäche ist die Immunstörung nicht angeboren, sondern wird im Laufe des Lebens erworben. Das kann verschiedene Ursachen haben, beispielsweise bestimmte Bluterkrankungen, Nebenwirkungen von Medikamenten oder Unterernährung.

Der Schweregrad einer sekundären Immunschwäche kann von Patientin zu Patient variieren. Ebenso kann sich die Ausprägung im Laufe der Zeit verändern.

Studien zeigen, dass bei vorliegendem Immunglobulinmangel eine Immunglobulin-Therapie die Infektionshäufigkeit erheblich reduzieren kann. Die in der Immunglobulinlösung enthaltenen Antikörper sind gegen eine Vielzahl verschiedener Krankheitserreger gerichtet und werden aus dem Blutplasma gesunder Menschen gewonnen. Immunglobuline können intravenös oder subkutan verabreicht werden.

Therapieoptionen

■ Intravenöse Immunglobuline

Intravenös bedeutet, dass die Immunglobuline über eine Vene zugeführt werden. Patientinnen und Patienten kommen dafür alle drei bis vier Wochen in die Arztpraxis oder Klinik, wo die Infusionen durch geschulte Fachkräfte durchgeführt werden. Die intravenöse Form der Behandlung ist vor allem dann angebracht, wenn größere Mengen Immunglobuline in relativ kurzer Zeit verabreicht werden sollen.

■ Subkutane Immunglobuline

Werden Immunglobuline subkutan verabreicht, dann werden sie meist mit einer Infusionspumpe unter die Haut gespritzt. Bei diesem Verfahren werden pro Infusion kleinere Mengen als bei intravenöser Anwendung gegeben, dafür sind jedoch die Abstände zwischen den Behandlungen kürzer (meist einmal pro Woche).

Die subkutane Therapie kann zu Hause selbst durchgeführt werden (Heim-selbstbehandlung). Ob für Sie eine Heimselbsttherapie infrage kommt, entscheidet Ihre behandelnde Ärztin/Arzt. In einer speziellen Schulung lernen Sie dann von einer Fachperson die Selbstverabreichung Ihres Medikaments.

Bei Patientinnen und Patienten mit erworbener Immunschwäche kann auch eine **prophylaktische Gabe von Antibiotika** infrage kommen, um krankheitserregende Bakterien zu bekämpfen.

Auch **Impfungen** können dazu beitragen, das Infektionsrisiko zu reduzieren, wobei zu beachten ist, dass nicht jede Impfstoffart für jeden angeborenen Immundefekt infrage kommt.

Manchmal kann eine erfolgreiche **Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung** (z. B. einer Leukämie) dazu führen, dass der sekundäre Immundefekt verschwindet.

MEHR INFORMATIONEN ZUR ERKRANKUNG
EINSCHLIESSLICH DIAGNOSE UND MÖGLICHER
THERAPIEOPTIONEN SOWIE WEITERE HILFE
UND INFOMATERIALIEN FINDEN SIE UNTER:






WWW.INFEKTE-BEI-KREBS.DE
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:





THERAPIEKOSTEN

Wenn Sie eine medizinische Leistung in Anspruch nehmen, müssen Sie immer häufiger selbst einen gewissen Betrag übernehmen. Dies nennt man Zuzahlung. Wie hoch eine Zuzahlung sein darf, ist gesetzlich geregelt. Hier eine Übersicht:

	Arznei- und Verbandmittel (z. B. Pflaster, Medikamente) 10% vom Preis; mindestens 5,- €, höchstens 10,- €
	Hilfsmittel (z. B. Rollstühle) 10% je Hilfsmittel; mindestens 5,- €, höchstens 10,- €
	Hilfsmittel (zum Verbrauch bestimmt, z. B. Spritzen) 10% je Packung, maximal 10,- € im Monat
	Rezeptfreie Medikamente (z. B. Erkältungsmedikamente) müssen in der Regel voll bezahlt werden
	Heilmittel (z. B. Physiotherapie) 10% der Kosten, zusätzlich 10,- € pro Verordnung

Für die Zuzahlung ist der Arzneimittelpreis entscheidend. Vier Stufen der Zuzahlung sind möglich:

- Das Medikament kostet weniger als 5,- €: In diesem Fall zahlen Sie den vollen Arzneimittelpreis.
- Das Medikament kostet zwischen 5,- und 50,- €: Dann zahlen Sie 5,- € zu.

DER SPITZENVERBAND DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN FÜHRT EINE LISTE ALLER ZUZAHLUNGSBEFREITEN ARZNEIMITTEL:

WWW.GKV-SPITZENVERBAND.DE
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:



- Das Medikament kostet zwischen 50,- und 100,- €: Sie zahlen 10% des Preises zu, maximal 10,- €.
- Das Medikament kostet mehr als 100,- €: In diesem Fall zahlen Sie 10,- € zu, egal um wie viel der Preis des Medikaments die 100,- € übersteigt.

Außerdem wichtig: Die Zuzahlung muss pro Medikament und nicht pro Rezept geleistet werden.

Festbeträge

Unter einem Festbetrag versteht man den Höchstbetrag, den eine gesetzliche Krankenkasse für ein Medikament zahlt. Liegt ein Medikament preislich mindestens 30 % unterhalb des Festbetrags, kann dafür eine Zuzahlung entfallen, Sie müssen dann gar nichts zahlen.

Verschreibt Ihnen Ihre Ärztin oder Ihr Arzt jedoch ein Medikament, das teurer ist und den Festbetrag übersteigt, ist sie/er verpflichtet, Ihnen dies mitzuteilen. Sie können dann selbst entscheiden, ob Sie das teure Medikament wirklich haben möchten. In diesem Fall müssen Sie den Aufpreis zum Festbetrag und die Zuzahlung selbst tragen.

Rabattverträge

Die Krankenkassen handeln mit den Arzneimittelherstellern häufig Preisrabatte aus und schließen dazu sogenannte Rabattverträge ab. Ein rabattiertes Medikament kann teilweise oder ganz von der Zuzahlung befreit sein.

Apothekerinnen und Apotheker sind dazu verpflichtet, Medikamente aus Rabattverträgen bevorzugt abzugeben. Sie tauschen daher ein von der Ärztin oder dem Arzt verordnetes Arzneimittel automatisch gegen das günstigere aus dem Rabattvertrag aus – es sei denn, die Ärztin oder der Arzt hat dies ausdrücklich ausgeschlossen.

Sie können in diesem Fall selbst entscheiden, ob Sie das rabattierte Medikament oder die verordnete teure Variante nehmen. Dann zahlt die Kasse nur den Preis für das Rabattmedikament, die Mehrkosten müssen Sie selbst tragen.

■ Belastungsgrenzen

Die sogenannte Belastungsgrenze legt einen jährlichen Maximalwert für Zuzahlungen fest. Ab diesem Wert entfallen zukünftige Zuzahlungen. Sollten Sie die Belastungsgrenze schon überschritten haben, wird der entsprechende Betrag von Ihrer Krankenkasse rückerstattet.

Um die Belastungsgrenze zu bestimmen, werden alle Zuzahlungen addiert, welche die Versicherte oder der Versicherte selbst sowie die Angehörigen, die mit im Haushalt leben (Ehepartner, Kinder), geleistet haben.

Die Belastungsgrenze liegt bei 2 % des Familien-Bruttoeinkommens. Dazu zählen sämtliche Einkünfte der Familienmitglieder, nicht nur die Gehälter, sondern beispielsweise auch Mieteinnahmen.

Für chronisch Kranke gibt es eine niedrigere Belastungsgrenze, sie liegt bei nur 1 % des jährlichen Familien-Bruttoeinkommens. Als chronisch krank gilt, wer z. B. ein Jahr lang jedes Quartal wegen derselben Erkrankung in Behandlung war oder einen Grad der Behinderung von mindestens 60 hat.

Für Familien verringert sich die Belastungsgrenze durch sogenannte Freibeträge. Sie werden vom Familien-Bruttoeinkommen abgezogen.

Familien-Freibeträge 2024:

- Für den ersten Angehörigen: 6.363,- €
- Für jeden weiteren Angehörigen: 4.242,- €
- Für jedes berücksichtigungsfähige Kind: 9.312,- €

Wenn Sie eine soziale Unterstützung erhalten, gelten Sonderregelungen. Informieren Sie sich hierzu bei Ihrer Krankenkasse.



ARBEIT UND BERUF

Wenn Sie an einer seltenen Erkrankung leiden, kann dies Ihr Arbeitsleben stark beeinflussen.

■ Arbeitsunfähigkeit

Wenn Sie wegen einer seltenen Erkrankung längere Zeit nicht arbeiten können, stehen Ihnen verschiedene Einkommensersatzleistungen zur Verfügung:

1. Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber (in der Regel sechs Wochen lang)
2. Krankengeld von der Krankenkasse (maximal 78 Wochen lang)
3. Bei Aussteuerung aus der Krankenkasse:
 - Rente wegen Erwerbsminderung
 - Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit (AU)
 - Rehabilitation

■ Entgeltfortzahlung

Wenn Sie krankheitsbedingt arbeitsunfähig sind, zahlt Ihr Arbeitgeber Ihr Gehalt weiter. Man bezeichnet dies auch als Entgelt- oder Lohnfortzahlung. Voraussetzung dafür ist, dass Sie ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von vier Wochen nachweisen können. Einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben auch geringfügig Beschäftigte und Auszubildende.

Die Zahlung erfolgt in der Regel über einen Zeitraum von sechs Wochen und beträgt 100 % des üblichen Verdienstes.

Wenn Sie länger als sechs Wochen krankgeschrieben sind, erhalten Sie anschließend von Ihrer Krankenkasse ein sogenanntes Krankengeld.

■ Krankengeld

Das Krankengeld beträgt 70 % Ihres bisherigen Bruttolohns (das heißt, Ihr Gehalt vor Abzug von Steuern und Beiträgen wie Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung), jedoch höchstens 90 % Ihres Nettoentgelts (das heißt, nach Abzug o. g. Beiträge). Auch Sonderzahlungen fließen mit ein, also beispielsweise Weihnachts- oder Urlaubsgeld.

Der Gesetzgeber hat jedoch auch einen Höchstwert für das Krankengeld festgesetzt, dieser liegt bei 120,75 € kalendertäglich für das Jahr 2024.

Sollten Sie freiwillig versichert sein, weil Sie über der Beitragsbemessungsgrenze liegen oder freiberuflich tätig sind, ist dieser Wert auch für Sie entscheidend, egal wie hoch Ihr täglicher Bruttoverdienst ist.

Krankengeld wird für maximal 78 Wochen innerhalb von drei Jahren gezahlt. Sind Sie danach noch einmal wegen derselben Erkrankung arbeitsunfähig, besteht ein erneuter Anspruch. Werden Sie aufgrund einer weiteren Erkrankung arbeitsunfähig, kann auch schon früher ein Anspruch auf Krankengeld entstehen.

Sind Sie nach 78 Wochen noch immer arbeitsunfähig, folgt eine Rehabilitation bzw. die Prüfung eines Rentenbezugs.

■ Arbeitslosengeld

Arbeitslosengeld I (ALG I)

Für den Erhalt eines ALG I müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein:

- Sie sind arbeitslos (oder arbeiten weniger als 15 Stunden pro Woche) und bei der Bundesagentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet.
- Sie haben in den vergangenen 30 Monaten zwölf Monate Beiträge in die Arbeitslosenversicherung eingezahlt oder waren davon befreit, z. B. weil Sie in Elternzeit waren oder einen Bundesfreiwilligendienst geleistet haben.
- Sie haben noch nicht die Altersgrenze für die Rente erreicht.

Die Höhe des ALG I orientiert sich an Ihrem bisherigen Gehalt. In der Regel zahlt die Krankenkasse 70 % des regelmäßig erzielten Bruttogehalts bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze (5.175,- € im Monat und 62.100,- € im Jahr für 2024). Das Krankengeld darf jedoch nicht mehr als 90 % des letzten Nettolohns sein. Fällt Ihr ALG I niedriger aus als das Bürgergeld, können Sie zusätzlich Bürgergeld beantragen.

Eine Sonderform des Arbeitslosengeldes ist das „Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit“. Es ist für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gedacht, die kein Krankengeld mehr erhalten, einen Antrag auf berufliche Eingliederung oder eine Rentenprüfung laufen haben und auf eine Entscheidung warten. Damit Sie weiterhin ein Einkommen haben, kann bei der örtlichen Agentur für Arbeit ein Antrag auf Arbeitslosengeld bei AU gestellt werden.

Die Höhe des Arbeitslosengeldes bei AU richtet sich nach dem Verdienst der vergangenen 52 Wochen vor der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit.

■ Bürgergeld

(ehemals ALG II/Hartz IV)

Wenn Sie keinen Anspruch mehr auf ALG I haben, greift das Bürgergeld. Früher war es das Arbeitslosengeld II, die Sozialhilfe oder auch Hartz IV. Diese Leistung steht hilfsbedürftigen Erwerbsfähigen im Alter von 15 bis 65 Jahren zu. Die Beiträge setzen sich aus einem sogenannten Regelbedarf und den Kosten für Unterkunft und Heizung zusammen. Den Regelbedarf zahlt der Bund, Unterkunft- und Heizkosten die Kommune bzw. der Landkreis.

Bürgergeld Regelbedarf 2024:

- Erwachsene alleinstehende/alleinerziehende Personen: 563,- €
- Erwachsene mit Partner: 506,- €
- Kinder bis 5 Jahre: 357,- €
- Kinder von 6 bis 13 Jahren: 390,- €
- Jugendliche von 14 bis 17 Jahren: 471,- €

Hilfsbedürftige mit einer chronischen Erkrankung können einen Mehrbedarf beim Bürgergeld geltend machen. Dieser wird z. B. gewährt, wenn die Antragstellerin schwanger ist oder wenn eine krankheitsbedingte kostenaufwendige Ernährung notwendig ist. Dazu wird beim Jobcenter ein Antrag gestellt. In der Regel wird dafür ein ärztliches Attest benötigt.

Die Höhe des Mehrbedarfs wird individuell berechnet und ist meist ein Aufschlag von 10–20 % auf den Regelsatz.

AUF DER HOMEPAGE DER BUNDESAGENTUR
FÜR ARBEIT (WWW.ARBEITSAGENTUR.DE)
KÖNNEN SIE DIE HÖHE IHRES ALG I ONLINE
BERECHNEN.
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:





REHABILITATION

Eine Rehabilitation soll Ihnen helfen, eine Verschlechterung Ihrer Erkrankung zu verhindern, Ihre Leistungsfähigkeit zu steigern und damit eine Wiedereingliederung in das Berufsleben zu erleichtern.

Für eine Rehabilitation kommen verschiedene Kostenträger infrage:

- Die Rentenversicherung greift, wenn Ihre Erwerbsfähigkeit gefährdet oder gemindert ist.
- Die Krankenkasse übernimmt eine Rehabilitation, wenn die Maßnahme der Erhaltung oder Besserung Ihrer Gesundheit dient und einer Behinderung vorbeugt.
- Rehabilitationen können auch von der Bundesagentur für Arbeit durchgeführt werden, sofern sie die berufliche Wiedereingliederung fördern.

Sie haben alle vier Jahre ein Recht auf eine Rehabilitation. Voraussetzung dafür ist, dass die Symptome Ihren Alltag behindern, Ihre Erwerbsfähigkeit gefährden oder dass eine Pflegebedürftigkeit droht. In begründeten Ausnahmefällen kann eine Reha auch vor Ablauf der 4-Jahres-Frist beantragt werden.

Generell gilt: Wenn ein Reha-Antrag abgelehnt wurde, können Sie dagegen Widerspruch einlegen. Dieser Widerspruch muss von einer Ärztin oder einem Arzt begründet werden. Es empfiehlt sich, sich dabei anwaltlich unterstützen zu lassen. Sozialverbände wie der VdK können Sie dazu beraten und kompetente Anwältinnen und Anwälte empfehlen.

■ Medizinische Rehabilitation

Eine medizinische Rehabilitation kann über den Rentenversicherungsträger oder die Krankenkasse erfolgen.

Medizinische Rehabilitationen können unterschiedlich durchgeführt werden:

- Bei einer ambulanten Reha führen Sie die einzelnen Maßnahmen tagsüber in der Nähe Ihres Wohnortes durch, z. B. Physiotherapie, um Schmerzen am Bewegungsapparat zu behandeln oder die Beweglichkeit zu steigern.
- Bei einer teilstationären Rehabilitation sind Sie den ganzen Tag über in einer Einrichtung, abends und nachts jedoch zu Hause.
- Bei einer stationären Rehabilitation verbringen Sie die Zeit ausschließlich in einer Klinik.

Sie haben ein sogenanntes Wunsch- und Wahlrecht und können bereits in Ihrem Antrag einen Wunschort für die Rehabilitation vermerken.

Wenn Sie Kinder unter zwölf Jahren betreuen, können Sie als Unterstützung eine Haushaltshilfe erhalten.

■ Anschlussrehabilitation (AR) oder Anschlussheilbehandlung (AHB)

Die AR oder AHB gehört zu den medizinischen Rehabilitationen und schließt direkt an einen Krankenhausaufenthalt an. Maximal 14 Tage dürfen zwischen der Entlassung aus der Klinik und dem Beginn der Rehabilitation liegen. Der Antrag für eine AR oder AHB muss daher bereits in der Klinik gestellt werden. Sprechen Sie zeitnah den Sozialdienst der Klinik an.

Eine medizinische Voraussetzung für eine AR oder AHB wäre z. B. eine dramatische Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Die Reha dauert in der Regel drei Wochen und kann stationär oder auch ambulant erfolgen.

Rehabilitation und Familie

Viele Kliniken bieten Rehabilitationen für kranke Elternteile und ihre Kinder an. Dies bezeichnet man auch als Mutter-/Vater-Kind-Kur. Die Notwendigkeit für die Rehabilitationsmaßnahme muss nachgewiesen werden. Eine Mutter-/Vater-Kind-Kur dauert in der Regel drei Wochen. Eine erneute Kur ist frühestens nach vier Jahren möglich, in dringenden Fällen kann eine erneute Kur jedoch auch früher beantragt werden.

■ Rehabilitationskosten

Auch für eine Rehabilitationsmaßnahme müssen Sie in der Regel eine Zuzahlung leisten:

Medizinische Rehabilitation	10,- € pro Tag für max. 42 Tage
Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter	10,- € pro Tag für max. 28 Tage
AR/AHB Kostenträger Rentenversicherung	Stationär: 10,- € pro Tag für max. 14 Tage Ambulant/teilstationär: keine Zuzahlung
AR/AHB Kostenträger Krankenversicherung	Stationär: 10,- € pro Tag für max. 28 Tage Ambulant/teilstationär: 10,- € pro Tag für max. 28 Tage

Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalte, welche innerhalb eines Kalenderjahres bereits an die Krankenkasse entrichtet wurden, sind auf die Zuzahlungsdauer zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation durch den gesetzlichen Rentenversicherungsträger anzurechnen. Auch im umgekehrten Fall sind alle Zuzahlungen, welche bereits an die gesetzliche Rentenversicherung entrichtet wurden, bei den Zuzahlungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenhausbehandlung oder Reha-Maßnahme) zu berücksichtigen.



ES GIBT BUNDESWEIT ÖRTLICHE BERATUNGSSTELLEN FÜR ERGÄNZENDE, UNABHÄNGIGE TEILHABEBERATUNG (EUTB). HIER WERDEN IHNEN ALLE FRAGEN ZUR REHABILITATION BEANTWORTET.

WWW.TEILHABEBERATUNG.DE
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:





BEHINDERUNG

Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen können einen Schwerbehindertenausweis beantragen.

Der Ausweis dient dazu, Nachteile, die aufgrund der Erkrankung entstehen, auszugleichen, und ist daher mit vielen Rechten verbunden. Schwerbehinderte erhalten im Berufsleben beispielsweise einen besonderen Kündigungsschutz und auch mehr Urlaubstage.

Hinzu kommen finanzielle Entlastungen, beispielsweise durch Steuerermäßigungen. Einen Überblick über die zahlreichen Vorteile erhalten Sie unter dem Stichwort „Nachteilsausgleiche“ (Seite 31).

Ob Ihnen ein Schwerbehindertenausweis zusteht, hängt von Ihrem sogenannten Grad der Behinderung (GdB, manchmal auch Grad der Schädigungsfolgen, GdS, genannt) ab. Er gibt an, wie stark die Behinderung Sie in Ihrem Alltags- und Berufsleben beeinträchtigt.

Um einen Schwerbehindertenausweis zu erhalten, müssen Sie einen Antrag bei Ihrem zuständigen Versorgungsamt stellen. Bei den meisten Ämtern kann der Antrag auch online ausgefüllt oder zumindest von der Internetseite heruntergeladen werden. Die Antragstellung ist jederzeit möglich.

Der Schwerbehindertenausweis gilt für maximal fünf Jahre und kann zweimal verlängert werden. Danach müssen Sie ihn erneut beantragen.

Einen Schwerbehindertenausweis erhalten Sie ab einem GdB von 50. Wird Ihnen ein Behinderungsgrad zwischen 30 und 50 bescheinigt, können Sie eine sogenannte Gleichstellung beantragen. Sie erhalten dann z. B. den gleichen Kündigungsschutz, der für Schwerbehinderte gilt. Einen Antrag auf Gleichstellung können Sie bei Ihrer Bundesagentur für Arbeit stellen.

Grad der Behinderung (GdB)

Der Grad der Behinderung wird von Ihrem zuständigen Versorgungsamt festgelegt. Sollten Sie mit der Einstufung nicht einverstanden sein, können Sie Widerspruch einlegen. Eine Mustervorlage dazu finden Sie auf Seite 54 in diesem Ratgeber.

Kommen neue Beeinträchtigungen hinzu oder verschlechtert sich Ihr Zustand, können Sie einen Antrag auf Erhöhung des GdB stellen. Bei Ihrem Versorgungsamt erhalten Sie entsprechende Antragsformulare.

Das Versorgungsamt kann Ihren Grad der Behinderung herunterstufen. Unter Umständen verlieren Sie dann den Schwerbehindertenausweis. Gegen eine Rückstufung können Sie Widerspruch einlegen. Sozialverbände wie VdK und SoVD können Sie hierzu beraten.

Für jede Erkrankung gibt es Richtwerte bezüglich des GdB, die in den sogenannten versorgungsmedizinischen Grundsätzen festgelegt sind. Da bei der Einstufung eines GdB alle körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen einfließen, sollten Sie darauf achten, möglichst alle Beeinträchtigungen anzugeben.

Bei vielen Erkrankungen oder auch nach einer Lungentransplantation kann es zu Rückfällen kommen. Die sogenannte Heilungsbewährung ist daher eine Wartezeit unter besonderer Beobachtung, um zu schauen, ob die Behandlung anschlägt oder ob es Rückschläge gibt. Meist dauert eine Heilungsbewährung zwischen zwei und fünf Jahren. Während dieser Zeit wird der GdB höher bewertet und danach wieder herabgestuft.

■ GdB bei AAT-Mangel

Die Richtwerte für Krankheiten der Atmungsorgane mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion sehen wie folgt aus:

GdB 20-40	<p>Krankheiten der Atmungsorgane geringen Grades: Eine das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot bei mittelschwerer Belastung (z. B. Gehen mit 5-6 km/h, mittelschwere körperliche Arbeit), statische und dynamische Messwerte der Lungenfunktionsprüfung bis zu 1/3 unterhalb der Sollwerte, Blutgaswerte im Normbereich.</p>
GdB 50-70	<p>Krankheiten der Atmungsorgane mittleren Grades: Eine das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot bereits bei alltäglicher, leichter Belastung (z. B. Gehen mit 3-4 km/h, Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit), statische und dynamische Messwerte der Lungenfunktionsprüfung bis zu 2/3 unterhalb der Sollwerte, respiratorische Partialinsuffizienz.</p>
GdB 80-100	<p>Krankheiten der Atmungsorgane schweren Grades: Atemnot bereits bei geringster Belastung oder in Ruhe, statische und dynamische Messwerte der Lungenfunktionsprüfung um mehr als 2/3 unterhalb der Sollwerte, respiratorische Globalinsuffizienz.</p>

Nach einer Lungentransplantation ist in der Regel eine zweijährige Heilungsbewährung abzuwarten. Während dieser Zeit liegt der GdB bei 100. Danach ist der GdB – selbst bei günstigstem Heilungsverlauf – unter Berücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression nicht niedriger als 70.

■ GdB bei CIDP

In den versorgungsmedizinischen Grundsätzen heißt es zu den Polyneuropathien, der Grad der Behinderung motorischer Ausfälle ist entsprechend der peripheren Nervenschäden einzuschätzen.

Das heißt, im Gegensatz zu anderen Erkrankungen ist bei den Polyneuropathien kein allgemeingültiger GdB festgelegt, sondern er wird individuell bestimmt, je nach den vorliegenden Schädigungen.

Daher ist es wichtig, dass Sie alle Ihre Einschränkungen auflisten, z. B. Probleme beim Treppensteigen, Schwierigkeiten beim Anziehen oder beim Greifen und damit auch bei der Haushaltsführung. Es kann auch hilfreich sein, die Hilfsmittel, die Sie zur Bewältigung Ihres Alltags benötigen, aufzulisten. Sollten Sie unter Schmerzen leiden, sollten auch diese – am besten in Form eines Schmerztagebuches – festgehalten werden. Im Internet stehen viele Vorlagen zur Verfügung, die Sie ausdrucken oder herunterladen können.

Geben Sie dazu einfach den Begriff „Schmerztagebuch“ in die Suchmaschine ein. Wichtig können auch mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten, psychische Belastungen oder zusätzliche Beschwerden sein, die nicht in direktem Zusammenhang mit der CIDP oder dem GBS stehen.

Erfahrungswerte zeigen, dass der GdB für CIDP oder GBS in der Regel für einen Schwerbehindertenausweis oder zumindest eine Gleichstellung ausreicht.

■ GdB bei primärem Immundefekt

Die Richtwerte für primäre Immundefekte sehen wie folgt aus:

GdB 0	ohne klinische Symptomatik
GdB 20–40	Trotz Therapie erhöhte Infektanfälligkeit, aber keine außergewöhnlichen Infektionen.
GdB 50	Trotz Therapie neben erhöhter Infektanfälligkeit auch außergewöhnliche Infektionen (ein bis zwei pro Jahr); bei schwereren Verlaufsformen kommt ein höherer GdB in Betracht.

Ein Beschwerde-Tagebuch kann Ihnen dabei helfen, Ihre Beeinträchtigungen und Einschränkungen im Alltag zu vermitteln. Schreiben Sie dazu mehrere Wochen lang detailliert auf, wann, wie lange und welche Beschwerden auftraten. Auch ein Therapiekalender kann zeigen, wie stark Sie Ihre Erkrankung in Anspruch nimmt, und kann Sie dadurch bei der Beantragung eines Schwerbehindertenausweises unterstützen. Bei der Beschreibung Ihrer Beschwerden sollten Sie Fachausdrücke möglichst vermeiden.

■ GdB bei sekundärem Immundefekt

Ein sekundärer Immundefekt ist keine Erkrankung, die automatisch zu einem Grad der Behinderung führt. Aber die verursachende Erkrankung, die dem Immundefekt zugrunde liegt, kann zur Einstufung in einen Grad der Behinderung führen.

Der sekundäre Immundefekt kann verschiedene Ursachen haben. Wir stellen Ihnen beispielhaft einige Bluterkrankungen vor, die häufig mit einem sekundären Immundefekt einhergehen.

■ Multiples Myelom (Plasmozytom)

Geringe Auswirkungen: keine wesentlichen Auswirkungen auf den Allgemeinzustand, keine Behandlungsbedürftigkeit, keine Beschwerden, keine wesentliche Verschlimmerung	GdB 30–40
Mittlere Auswirkungen: Behandlungsbedürftigkeit	GdB 50–70
Schwere Auswirkungen: schwere Anämie, starke Schmerzen, Nierenfunktionseinschränkung	GdB 80–100

■ Chronische lymphatische Leukämie (CLL) und andere generalisierte niedrig maligne Non-Hodgkin-Lymphome (NHL)

Geringe Auswirkungen: keine wesentlichen Beschwerden, keine Allgemeinsymptome, keine Behandlungsbedürftigkeit, keine wesentliche Verschlimmerung	GdB 30–40
Mittlere Auswirkungen: Behandlungsbedürftigkeit	GdB 50–70
Schwere Auswirkungen und starke Verschlimmerung: schwere Anämie, ausgeprägte Thrombozytopenie (Mangel an Blutplättchen/Thrombozyten), wiederkehrende Infektionen, starke Milzvergrößerung	GdB 80–100

■ Lokalisierte niedrig maligne Non-Hodgkin-Lymphome

nach Tumorbeseitigung für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung)	GdB 50
--	---------------

■ Hoch maligne Non-Hodgkin-Lymphome

bis zum Ende der Intensiv-Therapie	GdB 100
nach Tumorbeseitigung für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung)	GdB 80

■ Merkzeichen

In einen Schwerbehindertenausweis werden sogenannte Merkzeichen eingetragen. Sie legen Beeinträchtigungen fest, die im Zuge der Nachteilsausgleiche mit bestimmten Rechten verbunden sind.

G	=	erheblich gehbehindert
aG	=	außergewöhnlich gehbehindert
H	=	hilflos
Bl	=	blind oder hochgradig sehbehindert
TBl	=	taubblind
Gl	=	gehörlos oder an Taubheit grenzend schwerhörig
RF	=	Anspruch auf Ermäßigung des Rundfunkbeitrags
B	=	ständige Begleitung notwendig

Da bei der Einstufung in einen GdB alle körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen einfließen, sollten Sie darauf achten, dass Sie möglichst alle Ihre Einschränkungen auflisten, z. B. Probleme beim Treppensteigen, Schwierigkeiten beim Anziehen oder beim Greifen und damit auch bei der Haushaltsführung. Auch mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten können eine Rolle spielen oder psychische Belastungen oder zusätzliche Beschwerden, die nicht in direktem Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung stehen. Es kann auch hilfreich sein, die Hilfsmittel, die Sie zur Bewältigung Ihres Alltags benötigen, aufzulisten.

EINE LISTE DER VERSCHIEDENEN
VERSORGUNGSÄMTER FINDEN
SIE HIER:

WWW.BIH.DE
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:



Sollten Sie unter Schmerzen leiden, sollten auch diese – am besten in Form eines Schmerztagebuchs – festgehalten werden. Im Internet stehen viele Vorlagen zur Verfügung, die Sie ausdrucken oder herunterladen können. Geben Sie dazu einfach den Begriff „Schmerztagebuch“ in die Suchmaschine ein.

■ Nachteilsausgleiche

Bei der Steuererklärung können alle Behinderte ab GdB 20, nicht nur Schwerbehinderte mit einem Schwerbehindertenausweis, einen Pauschbetrag geltend machen. Er wird vom zuständigen Finanzamt gewährt. Die Höhe des Pauschbetrags richtet sich nach dem GdB. Entscheidend ist dabei der höchste GdB des Jahres.

Grad der Behinderung (GdB)	Pauschale (jährlich)
20	384,- €
30	620,- €
40	860,- €
50	1.140,- €
60	1.440,- €
70	1.780,- €
80	2.120,- €
90	2.460,- €
100	2.840,- €

Wenn Sie das Merkzeichen H, Bl, TBl oder einen Pflegegrad 4 oder 5 haben, hat sich der Pauschbetrag seit 2021 auf 7.400,- € erhöht.

Für einen GdB unter 20 gibt es keinen Pauschbetrag. Aber Sie können dann alle behinderungsbedingten Aufwendungen als außergewöhnliche Belastungen geltend machen.

Sogenannte direkte Nachteilsausgleiche können Sie in Anspruch nehmen, wenn Sie einen Schwerbehindertenausweis erhalten haben. Die Höhe des jeweiligen Nachteilsausgleichs richtet sich nach dem Grad der Behinderung.

Nachteilsausgleiche können von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich geregelt sein. Der nachfolgende Überblick ist daher nur eine grobe Orientierung.

■ Wohngeld

Schwerbehinderte und pflegebedürftige Menschen können bei der Wohngeldstelle ihrer Gemeinde das sogenannte Wohngeld beantragen. Es dient als Zuschuss zur Miete oder als Lastenzuschuss für selbst genutztes Eigentum. Das Wohngeld ist abhängig vom Einkommen aller Haushaltsmitglieder. Ein Freibetrag wird auf das Gesamteinkommen angerechnet. Er liegt bei 1.800,- € jährlich und wird unter folgenden Voraussetzungen gewährt:

- GdB 100 oder
- GdB von mindestens 50 und Pflegebedürftigkeit und häusliche oder teilstationäre Pflege (auch Kurzzeitpflege).

■ Kündigungsschutz

Wenn Sie schwerbehindert sind und mindestens sechs Monate lang in einem Unternehmen mit sechs oder mehr Personen gearbeitet haben, erhalten Sie einen besonderen Kündigungsschutz.

Sie können auch weitere Unterstützungsmaßnahmen einfordern, z. B. eine spezielle Ausstattung des Arbeitsplatzes.

■ Schulpflichtstunden für Lehrerinnen und Lehrer

Schwerbehinderte Lehrerinnen und Lehrer erhalten je nach GdB eine Ermäßigung der Schulpflichtstunden. Die Höhe wird in den Ländern unterschiedlich geregelt. Die Ermäßigung gilt nicht nur für Vollzeitbeschäftigte, sondern auch für Lehrerinnen und Lehrer in Teilzeit. Informationen hierzu erhalten Sie bei Ihrem zuständigen Regierungspräsidium.

EINE ÜBERSICHT ZU MÖGLICHEN
NACHTEILSAUSGLEICHEN FINDEN
SIE AUCH HIER:

WWW.EINFACH-TEILHABEN.DE
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:



■ Zusatzurlaub

Schwerbehinderte Menschen haben Anspruch auf fünf bezahlte Urlaubstage zusätzlich im Jahr.

■ Kraftfahrzeugsteuer

Kraftwagen und Krafträder können von der Kraftfahrzeugsteuer befreit werden, sofern sie

- auf den Behinderten zugelassen sind und
- im Schwerbehindertenausweis die Merkzeichen aG, BI oder H eingetragen sind.

Die Kraftfahrzeugsteuer kann um 50 % ermäßigt werden, wenn im Schwerbehindertenausweis das Merkzeichen G oder GI eingetragen ist. Alternativ ist für diese Personengruppe auch die unentgeltliche Beförderung durch öffentliche Verkehrsmittel möglich. Um die Kraftfahrzeugsteuervorteile nutzen zu können, müssen Sie einen Antrag bei der Zollverwaltung unter Vorlage Ihres Schwerbehindertenausweises stellen.

■ Fahrtkosten

Schwerbehinderte mit einem GdB ab 70 und dem Merkzeichen G im Ausweis sowie Schwerbehinderte mit einem GdB ab 80 können für unvermeidbare Privatfahrten (z. B. Fahrten zur Arbeit, zum Einkaufen, zur Arztpraxis etc. bis zu 3.000 km jährlich) die Kraftfahrzeugkosten geltend machen.

Bei Merkzeichen aG, BI und H können grundsätzlich alle Kraftfahrzeugkosten geltend gemacht werden (bis zu 15.000 km jährlich).

Als Kilometersatz werden pauschal 0,30 € berechnet (bei 3.000 km 900,- €, bei 15.000 km 4.500,- €).

Schwerbehinderte mit dem Merkzeichen G und einem GdB von 50–70 können für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsplatz die tatsächlichen Fahrtkosten geltend machen. Ohne Einzelnachweis der Aufwendungen können für Fahrten mit dem PKW pauschal 0,60 € je gefahrener Kilometer angesetzt werden.

Die Vergünstigung kann auch von einem minderjährigen behinderten Kind in Anspruch genommen werden. Vorausgesetzt, das Fahrzeug ist auf den Namen des Kindes zugelassen. Eltern dürfen damit dann nur Fahrten unternehmen, die der Beförderung des Kindes dienen.

■ Parkerleichterung

Schwerbehinderte können spezielle Behindertenparkplätze nutzen. Voraussetzung dafür ist ein sogenannter blauer Parkausweis für Personen mit Behinderungen in der Europäischen Union. Ihn erhält, wer die Merkzeichen aG bzw. Bl im Schwerbehindertenausweis hat oder eine beidseitige Amelie (fehlende Gliedmaßen) respektive Phokomelie (angeborene Missbildung der Gliedmaßen). Der Antrag für einen Parkausweis wird bei der zuständigen Straßenverkehrsbehörde gestellt.

Daneben gibt es einen orangefarbenen Parkausweis (Sonderregelung zu Parkerleichterungen für besondere Gruppen Schwerbehinderter [Gleichstellung]).

Die Voraussetzungen für den orangefarbenen Parkausweis:

- Die Merkzeichen G und B sowie ein GdB von mindestens 80 allein für Funktionseinschränkungen an den unteren Gliedmaßen.
- Die Merkzeichen G und B und ein GdB von mindestens 70 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen und gleichzeitig ein GdB von mindestens 50 für Funktionsstörungen des Herzens und der Atmungsorgane.
- Eine Erkrankung an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa mit einem GdB von mindestens 60.
- Ein künstlicher Darmausgang und eine künstliche Darmableitung mit einem GdB von mindestens 70.

Der orangefarbene Parkausweis gilt nur in Deutschland und nicht im Ausland. Er berechtigt z. B. dazu, drei Stunden lang im eingeschränkten Halteverbot oder auf Anwohnerparkplätzen zu parken. Auf den speziellen Behindertenparkplätzen zu parken, ist damit in den meisten Bundesländern jedoch nicht erlaubt.

■ Öffentliche Verkehrsmittel

Schwerbehinderte mit den Merkzeichen G, aG oder Gl, Bl, TBl bzw. H können öffentliche Verkehrsmittel unentgeltlich nutzen. Allerdings ist eine jährliche Eigenbeteiligung in Höhe von 91,- € erforderlich. Informationen hierzu erhalten Sie von Ihrem Versorgungsamt. Einkommensschwache (z. B. Grundsicherungsempfänger) sowie blinde und hilflose Menschen sind von der Eigenbeteiligung befreit.

Enthält Ihr Ausweis zusätzlich das Merkzeichen B, TBl oder Bl, darf auch eine Begleitperson unentgeltlich und ohne Kilometerbegrenzung die öffentlichen Verkehrsmittel nutzen. Auch Hilfsmittel wie ein Rollstuhl werden kostenlos befördert.

Die Deutsche Bahn bietet schwerbehinderten Menschen spezielle Services an. Zum Beispiel ermäßigte Preise, Ein- und Umsteigeleistungen, eine kostenlose Beförderung von Hilfsmitteln. Informationen hierzu finden Sie auf der Homepage www.bahn.de.

Auch bei Fluglinien sind einige Unterstützungen möglich. So können Hilfsmittel unentgeltlich transportiert werden, Blindenhunde dürfen bei einigen Airlines in der Kabine Platz nehmen.

■ Telefongebühren

Schwerbehinderte können bei vielen Telefongesellschaften eine Ermäßigung der Telefongebühren beantragen und dann spezielle Sozialtarife wahrnehmen. Dies gilt auch für viele Mobilfunkanbieter. Hier lohnt es sich, direkt bei den Anbietern nachzufragen.

■ Rundfunkbeitrag

Menschen mit Behinderung und dem Merkzeichen RF im Ausweis können bei der Leistung des Rundfunkbeitrags eine Reduzierung erhalten. In bestimmten Fällen kann auch eine Befreiung vom Rundfunkbeitrag beantragt werden. Voraussetzungen sind beispielsweise, dass das Merkzeichen TBl oder ein Grad der Behinderung von mindestens 80 vorliegt oder die behinderte Person staatliche Sozialleistungen erhält.

■ Vermögensbildung und Bausparverträge

Schwerbehinderte Menschen mit einem GdB von 95 oder deren Ehepartner können vorzeitig über Sparbeträge nach dem Vermögensbildungsgesetz verfügen, die sie vermögenswirksam angelegt haben und für die eine Arbeitnehmersparzulage besteht.

Der Sparvertrag muss jedoch vor Feststellung der Behinderung geschlossen worden sein. Ihr Finanzamt und Ihr Kreditinstitut können Sie hierzu ausführlich beraten. Schwerbehinderte Menschen ab einem GdB von 95 (oder deren Ehepartner) können auch vorzeitig über einen Bausparvertrag verfügen.

Vergünstigungen gibt es häufig auch bei vielen Freizeitangeboten. So können etwa Eintrittspreise für Schwerbehinderte reduziert sein (z. B. für Schwimmbad, Kino, Museum oder Theater). Auch Vereine oder Fitnessstudios bieten häufig spezielle Tarife für Schwerbehinderte an.





RENTE

Wenn Sie aufgrund Ihrer Erkrankung nicht mehr in der Lage sind, eine berufliche Tätigkeit auszuüben, gibt es verschiedene Arten von Renten, die Sie beantragen können.

■ Erwerbsminderungsrente

Sie kommt infrage, wenn Sie nicht arbeitsfähig sind, eine Umschulungsmaßnahme nicht greift und Sie noch nicht das Mindestalter für die normale Altersrente erreicht haben. Man unterscheidet zwei Formen von Erwerbsminderungsrente:

- **Volle Erwerbsminderungsrente:** Diese erhält, wer aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage ist, eine berufliche Tätigkeit von täglich unter drei Stunden unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes auszuüben. Das heißt im Umkehrschluss, dass dafür jede Tätigkeit im Rahmen Ihrer Möglichkeiten in Betracht gezogen werden kann, auch dann, wenn eine Tätigkeit mit Ihrem eigentlichen Beruf nichts zu tun hat.
- **Teilweise Erwerbsminderungsrente:** Sie gilt für Personen, die gesundheitlich in der Lage sind, eine berufliche Tätigkeit von drei Stunden, aber nicht länger als sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes auszuüben.

Folgende Voraussetzungen müssen für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente erfüllt sein:

- Sie haben die 5-jährige Wartezeit (= Mindestversicherungszeit) erfüllt und
- Sie haben in den vergangenen fünf Jahren vor Eintritt Ihrer Erwerbsunfähigkeit drei Jahre lang Pflichtbeiträge gezahlt.

Auch Selbstständige können eine volle Erwerbsminderungsrente erhalten, sofern sie die Voraussetzungen dafür erfüllen.

Die Höhe der teilweisen bzw. der vollen Erwerbsminderungsrente wird individuell berechnet. Informationen hierzu erhalten Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger.

Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel auf ein bis drei Jahre befristet. Danach kann der Anspruch erneut geprüft werden.

Wenn das gesetzliche Renteneintrittsalter erreicht wird, geht die Erwerbsminderungsrente automatisch in die normale Altersrente über.

EINEN RECHNER FÜR IHREN RENTENBEGINN
FINDEN SIE AUF DER HOMEPAGE DER
DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG:



WWW.DEUTSCHE-RENTENVERSICHERUNG.DE
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:

■ Rente aufgrund von Schwerbehinderung

Schwerbehinderte Menschen können eine „Altersrente für schwerbehinderte Menschen“ beantragen. Voraussetzung dafür ist, dass sie zu Beginn der Rente schwerbehindert sind, also einen GdB von mindestens 50 haben. Außerdem muss das maßgebende Alter erreicht und die Mindestversicherungszeit von 35 Jahren erfüllt sein.

Der Vorteil einer Altersrente für Schwerbehinderte liegt darin, dass Betroffene früher in Rente gehen können:

- Sind Sie 1964 oder später geboren, können Sie mit 65 Jahren ohne Abzüge oder ab 62 Jahren mit Abzügen in Rente gehen.
- Wenn Sie zwischen 1952 und 1963 geboren sind, erhöht sich Ihr Alter für eine abzugsfreie Rente schrittweise von 63 auf 65 Jahre. Die Altersgrenze, ab der Sie frühestens und mit Abzügen in Rente gehen können, steigt parallel dazu von 60 auf 62 Jahre an.

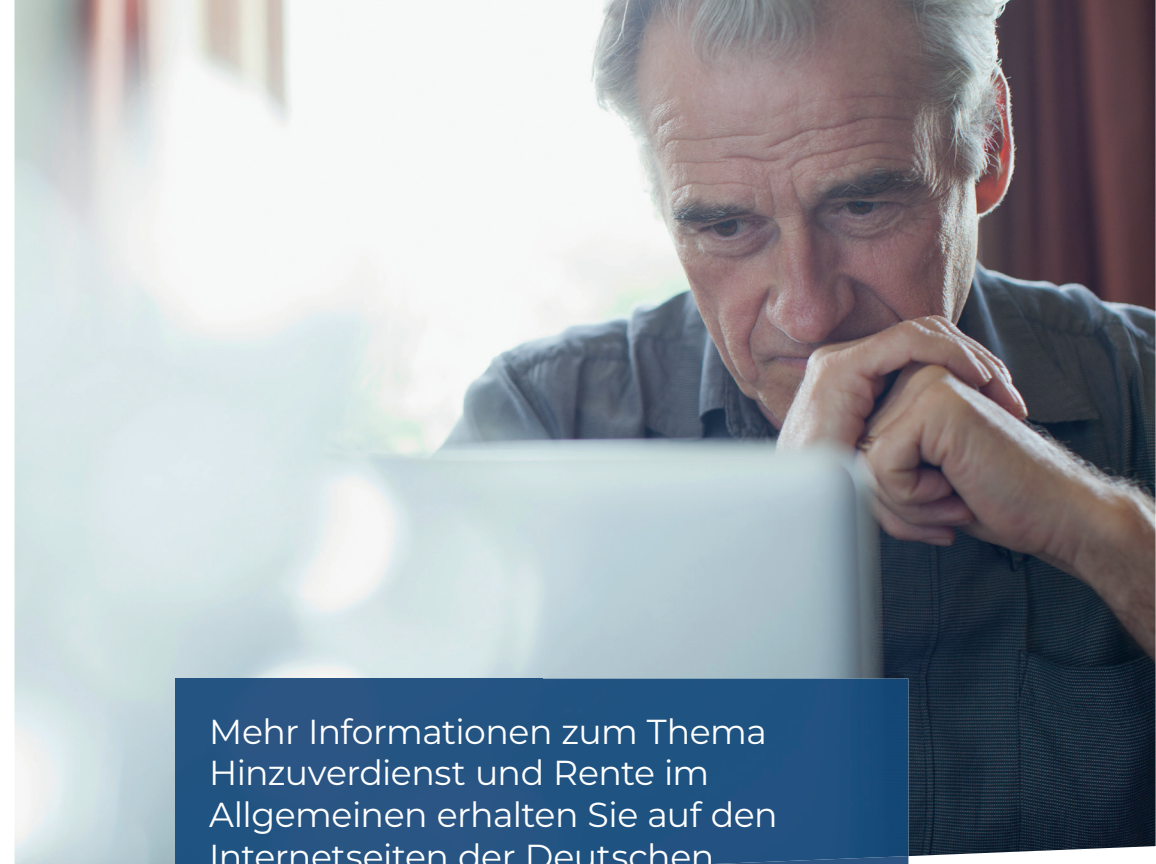
Um die Mindestversicherungszeit zu erfüllen, können Sie auf die Versicherungszeit verschiedene Zeiten anrechnen, z. B. Zeiten für die Kindererziehung oder ein Studium. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie von Ihrem Rentenversicherungsträger.

■ Altersrente

Die normale Altersrente wird gezahlt, wenn Sie die Regelaltersgrenze erreicht haben. Diese wird zwischen 2012 und 2029 schrittweise von 65 auf 67 Jahre angehoben. Es ist auch möglich, vor Erreichen des Mindestalters in Rente zu gehen. Dann wird jedoch nicht die volle Rente gezahlt, sondern ein Teil abgezogen.

■ Grundrente

Geringverdiener, die mindestens 33 Jahre lang Beiträge in die Rentenversicherung eingezahlt haben, erhalten mit der Grundrente einen Zuschlag. Dafür muss kein Antrag gestellt werden, die Deutsche Rentenversicherung prüft automatisch die Bestandsrenten und überweist die Grundrente rückwirkend.



Mehr Informationen zum Thema
Hinzuverdienst und Rente im
Allgemeinen erhalten Sie auf den
Internetseiten der Deutschen
Rentenversicherung:
www.deutsche-rentenversicherung.de

■ Hinzuverdienstgrenzen

Wer eine Regelaltersrente erhält, darf unbeschränkt hinzuverdienen. Erhalten Sie eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung, dürfen sie sechs Monate lang uneingeschränkt arbeiten, ohne die Erwerbsminderungsrente zu gefährden. Danach dürfen Sie bis zu 18.558,75 € bei voller Erwerbsminderung und 37.117,50 € bei teilweiser Erwerbsminderung hinzuverdienen.



PFLEGE

Mit dem Fortschreiten einer Erkrankung kann es sein, dass Sie nicht mehr allein zurechtkommen, sondern Hilfe benötigen. In diesem Fall kann Sie die Pflegeversicherung finanziell unterstützen.

Ansprechpartner für Pflegeleistungen ist die Pflegekasse. Bei gesetzlich Krankenversicherten ist die Pflegekasse an die Krankenkasse angegliedert. Wenn Sie eine Pflegeleistung in Anspruch nehmen wollen, müssen Sie einen Pflegeantrag bei Ihrer Pflegekasse stellen.

■ Pflegebedürftigkeit

Der sogenannte Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) überprüft, ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Er erstellt dazu ein Pflegegutachten und leitet dieses an die Pflegekasse weiter. Sie erteilt dann einen Feststellungsbescheid, der auch Ihren Pflegegrad festlegt.

Falls Sie mit der Einstufung Ihres Pflegegrades nicht einverstanden sind, können Sie Widerspruch bei der Pflegekasse einlegen. Eine Mustervorlage dazu finden Sie auf Seite 55. Der Widerspruch muss innerhalb von vier Wochen nach Erhalt des Bescheids erfolgen. Bei der Begründung des Widerspruchs sollten Sie sich unterstützen lassen, z. B. von einem Pflegedienst oder einer Anwältin bzw. einem Anwalt. Wird der Widerspruch abgewiesen, können Sie beim Sozialgericht dagegen klagen.

■ Pflegegrade

Wie bereits erwähnt, stuft Sie die Pflegekasse mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in einen Pflegegrad ein. Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad ist die Frage, wie selbstständig Sie Ihr Leben meistern können. Das heißt beispielsweise: Wie mobil sind Sie? Kommen Sie bei den grundlegenden Bedürfnissen allein zurecht?

Grade der Pflegebedürftigkeit

Pflegegrad 1	Geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Pflegegrad 2	Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Pflegegrad 3	Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Pflegegrad 4	Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Pflegegrad 5	Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Pflegebedürftige, die einen außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die Pflegeversorgung haben, können Pflegegrad 5 erhalten, auch wenn sie die dafür notwendige Punktzahl (90 Punkte) bei der Begutachtung noch nicht erreicht haben.

■ Pflegeleistungen

Grundsätzlich kommen drei verschiedene Formen der Pflege infrage:

- Sie werden von einem Angehörigen gepflegt, der dafür ein Pflegegeld erhält.
- Ein Pflegedienst pflegt Sie in Ihrer Wohnung oder Ihrem Haus und übernimmt dabei eine sogenannte Pflegesachleistung.
- Sie werden in einem Pflegeheim versorgt.

■ Häusliche Pflege

Für die häusliche Pflege bietet die Pflegekasse verschiedene Leistungen an:

- Der Angehörige, der Ihre Pflege übernimmt, erhält dafür ein Pflegegeld (Geldleistung).
- Eine Pflegekraft übernimmt die Pflege und wird dafür von der Pflegekasse bezahlt (Pflegesachleistung).
- Sach- und Geldleistung werden kombiniert. In diesem Fall vermindert sich die Höhe des Pflegegeldes. Informationen hierzu erhalten Sie bei Ihrer Pflegekasse, dem Sozialamt oder den Pflegediensten.

Die Höhe einer finanziellen Unterstützung hängt grundsätzlich vom Pflegegrad ab.

Wenn Sie ein Angehöriger pflegt und dafür Pflegegeld erhält, sieht die Staffelung wie folgt aus:

Geldleistungen (Pflegegeld bei privater häuslicher Pflege)

Pflegegrad 1	125,- €* pro Monat
Pflegegrad 2	332,- € pro Monat
Pflegegrad 3	572,- € pro Monat
Pflegegrad 4	764,- € pro Monat
Pflegegrad 5	946,- € pro Monat

*Pflegegrade 1–5: Anspruch auf Entlastungsbetrag; bei Pflegegrad 1 Entlastungsbetrag allein, bei Pflegegraden 2–5 Entlastungsbetrag zusätzlich möglich

Personen aller Pflegegrade mit Pflege im häuslichen Umfeld steht ein Entlastungsbetrag zur Verfügung. Er kann bis zu 125,- € monatlich betragen. Der Entlastungsbetrag kann nur zweckgebunden eingesetzt werden, z. B. für eine teilstationäre Tages- oder Nachtpflege, für eine vorübergehende vollstationäre Kurzzeitpflege oder Leistungen ambulanter Pflegedienste (dann auch für Personen mit Pflegegrad 1).

Wenn Ihre Pflegeperson Urlaub machen möchte oder selbst krank wird, zahlt die Pflegekasse eine Vertretung. Zwei Varianten sind hier möglich:

- **Ersatz- oder Verhinderungspflege:**
Für die Pflegegrade 2–5 wird eine Vertretung für maximal sechs Wochen pro Jahr gewährt. Die Höhe der Ersatzpflege beträgt 1.612,- € im Kalenderjahr.
- **Kurzzeitpflege:**
In diesem Fall wird die zu pflegende Person (Pflegegrade 2–5) vorübergehend in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung versorgt. Der Anspruch besteht auf bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr und beträgt 1.774,- €.

Um eine Pflege zu ermöglichen, können bauliche Maßnahmen erforderlich werden (beispielsweise ein Umbau des Badezimmers oder der Einbau eines Treppenlifts). Dafür gewährt Ihnen die Pflegekasse einen Zuschuss von bis zu 4.000,- €. Sollte sich die Pflegesituation entscheidend ändern, kann ein erneuter Zuschuss gewährt werden.

Wenn Sie ein ambulanter Pflegedienst zu Hause pflegt, ist dies eine Pflegesachleistung. Dafür erstattet die Pflegekasse folgende Beträge:

Pflegesachleistung (ambulante Pflegemaßnahmen zu Hause)

Pflegegrad 1	125,- €* pro Monat
Pflegegrad 2	761,- € pro Monat
Pflegegrad 3	1.432,- € pro Monat
Pflegegrad 4	1.778,- € pro Monat
Pflegegrad 5	2.200,- € pro Monat

* Pflegegrade 1–5 Anspruch auf zweckgebundenen Entlastungsbetrag

■ Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Es kann notwendig werden, dass Sie trotz guter privater Pflege vorübergehend eine gewisse Zeit in einer Pflegeeinrichtung verbringen müssen. Dies nennt man teilstationäre Pflege.

Die Pflegekasse gewährt dafür folgende Beträge:

Leistungen für teilstationäre Pflege (häusliche Pflege, aber zeitweise Unterbringung [tagsüber oder nachts] in einem Pflegeheim)

Pflegegrad 1	0,- € pro Monat
Pflegegrad 2	689,- € pro Monat
Pflegegrad 3	1.298,- € pro Monat
Pflegegrad 4	1.612,- € pro Monat
Pflegegrad 5	1.995,- € pro Monat

■ Verhinderungspflege

Manchmal kann kurzfristig Hilfe nötig sein, ohne dass eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit vorliegt. Zum Beispiel nach einer Operation oder einem schweren grippalen Infekt. In diesen Fällen kann für einen Zeitraum von bis zu sechs Wochen eine Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in Anspruch genommen werden. Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten für Pflege, Betreuung und Behandlungspflege mit bis zu 1.612,- € jährlich.

Eine Kurzzeitpflege ist auch stationär für einen Zeitraum von bis zu acht Kalenderwochen und maximal 1.774,- € möglich.



■ Stationäre Pflege

Wenn eine Versorgung rund um die Uhr in einem Pflegeheim erforderlich ist, wird dies als stationäre Pflege bezeichnet. Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für die stationäre Pflege, der Versicherte muss jedoch Unterkunft und Verpflegung selbst zahlen. Sollten die Leistungen der Pflegeversicherung und das eigene Einkommen nicht ausreichen, kann beim Sozialamt eine Unterstützung beantragt werden.

Leistungen für stationäre Pflege (Pflege in einem Pflegeheim)

Pflegegrad 1	125,- € pro Monat
Pflegegrad 2	770,- € pro Monat
Pflegegrad 3	1.262,- € pro Monat
Pflegegrad 4	1.775,- € pro Monat
Pflegegrad 5	2.005,- € pro Monat

■ Pflege-WGs

Die Pflegekasse unterstützt die Gründung sogenannter Pflege-WGs. Das heißt, mehrere Pflegebedürftige wohnen in einer betreuten Wohngemeinschaft zusammen. Pflegebedürftige aller Grade werden dabei einmalig mit 2.500,- € pro Person oder 10.000,- € pro Wohngruppe unterstützt. Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen können Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag haben. Dann erhält jede pflegebedürftige Person 214,- € pro Monat zusätzlich zu den bereits gewährten Pflegeleistungen. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 müssen keine Pflegeleistung erhalten, um den Wohngruppenzuschlag nutzen zu können.

Für den Wohngruppenzuschlag müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Mindestens zwei und höchstens elf weitere Personen wohnen mit dem Pflegebedürftigen in einer gemeinsamen Wohnung.
- Mindestens zwei weitere Mitbewohner sind pflegebedürftig.
- Eine Pflegefachkraft wurde von der WG beauftragt, neben der individuellen pflegerischen Versorgung auch allgemeine organisatorische und verwaltende Tätigkeiten zu übernehmen.
- Kein Mitglied der WG erhält eine Leistung, die einer vollstationären Pflege entspricht.

Pflege-WGs erhalten auch höhere Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. Diese können bei bis zu 4.000,- € je Maßnahme, aber bei maximal 16.000,- € pro Haushalt liegen.

Pflegekosten

Um Ihnen die Pflege zu erleichtern, gibt es Pflegehilfsmittel. Dies können Dinge oder auch Geräte sein. Die Kosten für Pflegehilfsmittel werden von der Pflegekasse übernommen. Pflegehilfsmittel müssen nicht vom Arzt verordnet werden, sie können direkt bei der Pflegekasse beantragt werden.



Man unterscheidet zwei Arten von Pflegehilfsmitteln:

	Technische Pflegehilfsmittel
	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Technische Pflegehilfsmittel sind z. B. Pflegebetten, spezielle Kissen oder Rollstühle. Sie werden meist von den Pflegekassen leihweise überlassen. Dann fallen für die Versicherten keine Kosten an. Es kann aber eine Leihgebühr fällig werden.

Muss ein technisches Pflegehilfsmittel erworben werden, ist meist eine Zuzahlung zu leisten.

Hier gilt auch die Belastungsgrenze, die Sie schon von den Hilfsmitteln der Therapie kennen. Wird die Belastungsgrenze überschritten, entfällt auch für Pflegehilfsmittel die Zuzahlung. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind beispielsweise Pflaster, Mundschutz oder Betteinlagen. Sie werden pauschal erstattet.

	Zuzahlung bei technischen Pflegehilfsmitteln: 10 % der Kosten, max. 25,- € je Hilfsmittel
	Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln: bis 40,- € pro Kalendermonat für alle Pflegegrade

■ Kosten stationärer Pflege

Ein wichtiger Kostenfaktor bei der Pflege ist die stationäre Pflege. Wie zuvor erwähnt, müssen Sie selbst die Kosten für Unterkunft und Verpflegung tragen, das sind die sogenannten Hotelkosten. Denn die Pflegekasse übernimmt nur die Kosten für die stationäre Pflege. Die Kosten für Verpflegung und Unterkunft sind von Heim zu Heim unterschiedlich, im Schnitt sind es etwa 900,- € pro Monat.

Die meisten Pflegeheime legen auch Investitionskosten auf die Bewohner um. Diese sind für Umbaumaßnahmen und Modernisierungen bestimmt. Die Kosten variieren zwischen den Einrichtungen erheblich und können in einem Rahmen von einigen Hundert bis zu tausend Euro pro Monat liegen. Wichtig ist hierbei: Sie haben das Recht, die Kosten zu prüfen und auch Belege zu verlangen.

In einigen Pflegeheimen müssen sich die Bewohner auch an den Ausbildungskosten beteiligen. Dies können zwei bis drei Euro pro Tag sein. In jedem Fall lohnt es sich, vorher die Preise genau anzuschauen und zu vergleichen. Sollten Ihre Finanzen für eine stationäre Pflege nicht ausreichen, werden Ihre Kinder, sofern sie ein Jahresbruttoeinkommen von mindestens 100.000,- € haben, zur Finanzierung herangezogen (Elternunterhalt). Gibt es hier keine Lösung, können Sie einen Antrag auf „Hilfe zur Pflege“ beim Sozialamt stellen. Auch die Pflegekasse kann Sie hierzu informieren.

Für die Pflegegrade 2–5 gibt es einen Leistungszuschlag zum Eigenanteil an den erwähnten Pflegekosten. Dieser hängt von der Dauer des Aufenthalts im Pflegeheim ab.

Leistungszuschlag auf Pflegekosten-Eigenanteil:

- innerhalb des ersten Jahres: 15 %
- nach 12 Monaten: 30 %
- nach 24 Monaten: 50 %
- nach 36 Monaten: 75 %



SOZIALLEISTUNGEN

Wenn alle Stricke reißen und Sie einen finanziellen Engpass haben, können verschiedene Sozialleistungen Sie auffangen.

■ Die Grundsicherung

Die Grundsicherung ist eine Sozialleistung, die den Lebensunterhalt von Bedürftigen sichern soll.

Sie gliedert sich in zwei Bereiche:

- Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie
- die Grundsicherung für Arbeitssuchende, also Bürgergeld.

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sichert Ihren Lebensunterhalt, wenn Sie aufgrund Ihres Alters oder einer vollen Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können. Leistungsberechtigt sind daher Menschen, die älter als 65 Jahre oder älter als 18 Jahre und aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgemindert sind.

Höhe und Umfang der Grundsicherung richten sich nach Ihrer Bedürftigkeit. Meist setzt sich die Grundsicherung aus mehreren Teilleistungen zusammen:

- Dem Bürgergeld-Regelsatz plus
- Aufwendungen für Unterkunft und Heizung plus
- eventuellen Mehrbedarfszuschlägen.

Mehrbedarfszuschläge werden in bestimmten Situationen gezahlt, z. B. für Alleinerziehende, für Menschen mit Behinderungen zum Zweck der Teilhabe am Arbeitsleben oder für die Ernährung, sofern es sich um eine kostenaufwendige Ernährung handelt, die aus medizinischen Gründen nachweislich erforderlich ist.

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird beim zuständigen Sozialamt beantragt und in der Regel für zwölf Kalendermonate bewilligt. Eigenes Einkommen und Vermögen werden angerechnet. Wenn Sie eine Grundsicherung erhalten, sind Sie vom Rundfunkbeitrag befreit, zudem können Zuzahlungen zu Arzneimitteln und auch Telefongebühren erlassen oder reduziert werden.

■ Das Sozialgeld

Sozialgeld erhalten nicht erwerbsfähige Hilfsbedürftige, die in einer sogenannten Bedarfsgemeinschaft mit mindestens einer erwerbsfähigen Person zusammenleben, die Anspruch auf Bürgergeld hat. Die Höhe des Sozialgeldes entspricht der Höhe des Bürgergeldes.

Sozialgeld können auch Bezieher einer teilweisen oder vollen Erwerbsminderungsrente erhalten. Ihr Ansprechpartner hierzu ist das örtliche Sozialamt.

■ Einmalige Sozialleistungen

Neben den laufenden Sozialleistungen können auch einmalige Leistungen eine Unterstützung bieten. Diese sogenannten einmaligen Beihilfen werden von Gemeinde zu Gemeinde unterschiedlich gehandhabt.

In der Regel decken sie folgende Felder ab:

- Erstaussstattungen für Wohnungen und Hausrat
- Erstaussstattungen bei Schwangerschaft/Geburt
- Erstaussstattungen für Kleidung
- Miete und Reparatur von therapeutischen Geräten oder orthopädischen Schuhen

Voraussetzung für den Erhalt von einmaligen Leistungen ist, dass Sie vor dem Kauf einen Antrag beim zuständigen Sozialamt gestellt haben und die Kaufbelege verwahren bzw. vorlegen können.

MUSTERVORLAGEN

a. Widerspruch gegen den Bescheid über die Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung (GdB) und der gesundheitlichen Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen

Wenn Sie einen Feststellungsbescheid zu Ihrer Behinderung erhalten haben, mit dem Sie nicht einverstanden sind, können Sie dagegen innerhalb eines Monats nach Zustellung des Bescheids Widerspruch einlegen. Am besten berechnen Sie die Monatsfrist ab dem Ausstellungsdatum des Bescheids. Diese Mustervorlage dient als Orientierung:

Ihre Adresse

Adresse Ihres Versorgungsamtes

Datum

Widerspruch gegen den Bescheid über die Feststellung einer Behinderung vom ...

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich Widerspruch gegen den o. g. Bescheid ein. Ich bin der Auffassung, dass meine Behinderung falsch eingeschätzt wurde. Schwere und Beeinträchtigung wurden nicht genügend berücksichtigt. Mein Widerspruch erfolgt fristwährend.

Gleichzeitig beantrage ich die vollständige Akteneinsicht (alle Arztberichte und med. Unterlagen sowie die Stellungnahme des Versorgungsärztlichen Dienstes). Nach Erhalt dieser Unterlagen lasse ich Ihnen gerne eine ausführliche Begründung meines Widerspruchs zukommen.

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

b. Widerspruch gegen Einstufung in einen Pflegegrad

Wenn Sie der Einstufung in einen Pflegegrad widersprechen wollen, müssen Sie dies innerhalb eines Monats ab Zustellung tun. Am besten berechnen Sie die Monatsfrist ab dem Ausstellungsdatum des Bescheids. Der Widerspruch muss schriftlich erfolgen und könnte so aussehen:

Ihre Adresse

Adresse Ihrer Pflegekasse

Datum

Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom ...

Sehr geehrte Damen und Herren,

meiner Meinung nach ist meine Einstufung in den Pflegegrad nicht korrekt. Ich lege daher hiermit Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom ... ein.

Eine ausführliche Begründung lasse ich Ihnen gerne zeitnah zukommen.

Mit diesem Schreiben bitte ich Sie auch freundlich, mir das Gutachten des MDK zukommen zu lassen.

Vielen Dank und freundliche Grüße

Unterschrift

Sie können den Widerspruch per Post, am besten per Einschreiben mit Rückschein, oder auch per Fax versenden. Die Versendung mit einer einfachen E-Mail ist nicht ausreichend.

GLOSSAR

Autoimmunerkrankung	Krankheit, bei der sich das Immunsystem gegen den eigenen Körper richtet und ihn so schädigt
chronisch	anhaltend
demyelinisierend	die Myelinscheiden (Isolationsschicht) der Nervenfasern schädigend
Ergotherapie	Behandlung zur Verbesserung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten
Glukokortikoide (Cortisonpräparate)	Medikamente zur Abschwächung von Immunreaktionen
Immunglobuline	Antikörper
inflammatorisch	entzündlich
intravenös	in eine Vene
Myelinscheide	Ummantelung/Isolierung der Nervenfasern
neurologische Erkrankung	Nervenerkrankung
peripheres Nervensystem	Nervensystem außerhalb des Gehirns und des Rückenmarks
Plasmapherese	Behandlung zur Entfernung unerwünschter Bestandteile im Blut
Physiotherapie	Krankengymnastik
subkutan	unter die Haut

ABKÜRZUNGEN

aG	=	außergewöhnlich gehbehindert (Merkzeichen)
AHB	=	Anschlussheilbehandlung
ALG I	=	Arbeitslosengeld I
AR	=	Anschlussrehabilitation
AU	=	Arbeitsunfähigkeit
B	=	ständige Begleitung notwendig (Merkzeichen)
BI	=	blind oder hochgradig sehbehindert (Merkzeichen)
CIDP	=	chronische inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie
G	=	gehbehindert (Merkzeichen)
GdB	=	Grad der Behinderung
GdS	=	Grad der Schädigungsfolgen (= GdB)
GI	=	gehörlos oder an Taubheit grenzend schwerhörig (Merkzeichen)
H	=	hilflos (Merkzeichen)
MDK	=	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Reha	=	Rehabilitation
RF	=	Anspruch auf Ermäßigung des Rundfunkbeitrags (Merkzeichen)
SG	=	Sozialgeld
SoVD	=	Sozialverband Deutschland
TBI	=	taubblind (Merkzeichen)
VdK	=	Sozialverband (früher: Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands)

SELBSTHILFEGRUPPEN UND ORGANISATIONEN

ALPHA-1-MANGEL

www.alpha1-deutschland.org

Überregionale Patientenorganisation bei Alpha-1-Antitrypsin-Mangel

Immundefekte

www.das-immunsystem.de

Deutsche Gesellschaft für Immunologie e. V.

www.dsai.de

Patientenorganisation für angeborene Immundefekte (dsai e. V.)

CIDP

www.gbs-selbsthilfe.de

Überregionale Patientenorganisation Deutsche GBS CIDP Selbsthilfe e. V.

www.polyneuro.de

Deutsche Polyneuropathie Selbsthilfe e. V.

www.dgm.org

Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e. V.

Seltene Erkrankungen

www.achse-online.de

Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen

www.portal-se.de

Zentrales Informationsportal über seltene Erkrankungen (ZIPSE)

www.orpha-selbsthilfe.de

Plattform zur Begegnung und Information für Betroffene mit seltenen Erkrankungen und deren Angehörigen

Diese Liste hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Erfahren Sie auf unseren Informationswebseiten mehr zu Ihrer Erkrankung. Wie sie entsteht, wie sie diagnostiziert und therapiert wird, was Ärzte raten und wo Sie zusätzliche Hilfe finden. Zudem erhalten Sie auf Wunsch kostenlos weiteres Informationsmaterial.

ALPHA-1-MANGEL

WWW.ALPHA1-MANGEL.DE

DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:



CIDP

WWW.LEBEN-MIT-CIDP.DE

DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:



ANGEBORENER/PRIMÄRER IMMUNDEFEKT (PID)

WWW.ANGEBORENER-IMMUNDEFEKT.DE

DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:



ERWORBENE/SEKUNDÄRE IMMUNSCHWÄCHE

WWW.INFEKTE-BEI-KREBS.DE

DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:



STICHWORTVERZEICHNIS

- Alpha-1-Antitrypsin S. 6–7
Anschlussheilbehandlung S. 22, 57
Antibiotika S. 11, 13
Arbeitslosengeld S. 17, 18–19, 57
Arbeitsunfähigkeit S. 17, 19, 57
Autoimmunerkrankung S. 8, 56
- Behinderung S. 5, 24–32
Belastungsgrenze S. 15–16, 50
Bürgergeld S. 18–19, 57
- CIDP S. 8–9, 17, 27, 57–58
Cortisonpräparate S. 9
- Entgeltfortzahlung S. 17
Erwerbsminderung S. 17, 41, 39, 52–53
- Fahrtkosten S. 33
Festbetrag S. 14
Feststellungsbescheid S. 43, 54
- Gleichstellung S. 25, 27, 34
Grad der Behinderung S. 25–28, 31, 35, 57
Grundsicherung S. 35, 52–53
- Hilfsmittel S. 14, 27, 35, 50, 60
- Immunglobuline S. 9, 11–13, 59
Impfung S. 11, 13
- Kinder S. 10–11, 15, 19, 21–22, 51
Knochenmarktransplantation S. 11
Kraftfahrzeugsteuer S. 33
Krankengeld S. 17–19
Kündigungsschutz S. 5, 25, 32
- Medizinischer Dienst S. 57
Mehrbedarf S. 19
Merkzeichen S. 30–31, 33–35, 57
- Nachteilsausgleich S. 31–32
- Parkerleichterung S. 34
Pflege S. 32, 47–48
Pflegebedürftigkeit S. 21, 43
Pflegegrad S. 31, 44–49, 55
Pflegehilfsmittel S. 49–50
Pflegeleistungen S. 43–44, 49
PID S. 10–11
Plasmapherese S. 9, 56
- Rabattverträge S. 15
Rehabilitation S. 5, 17–18, 21–23, 57
Rente S. 5, 17–18, 38, 40–41
Rundfunkbeitrag S. 35, 53
- Schwerbehindertenausweis S. 4, 24–27, 30–31, 33–34
Sekundäre Immunschwäche S. 12–13
Sozialgeld S. 53, 57



Dieser Ratgeber ist als Basisinformation gedacht.

Er kann eine Beratung durch eine Fachkraft aus dem medizinischen oder sozialrechtlichen Bereich keinesfalls ersetzen.

Hinzu kommt, dass sich die Regelungen und Bestimmungen häufig ändern und von Bundesland zu Bundesland oder auch von Krankenkasse zu Krankenkasse sehr unterschiedlich sein können.

Dieser Sozialratgeber (Stand 04/2024) kann daher weder für Vollständigkeit noch für absolute Richtigkeit garantieren.

Wir empfehlen Ihnen, sich intensiv zu den einzelnen Fragestellungen beraten zu lassen.



alpha1-mangel.de
leben-mit-cidp.de
angeborener-immundefekt.de
infekte-bei-krebs.de

CSL Behring GmbH
Philipp-Reis-Straße 2
65795 Hattersheim
Medizinische Information:
+49 6190 75 84 810
medwiss@cslbehring.com