

A photograph of a young family sitting on a wooden floor. A woman with long brown hair is in the center, laughing joyfully. A man with short dark hair is behind her, also smiling broadly. A young girl with brown hair is in front of the woman, looking towards the camera with a slight smile. They are all dressed in casual clothing like jeans and sweaters. The background is a bright, out-of-focus indoor setting.

LEBEN MIT PRIMÄREM IMMUNDEFEKT

Ratgeber zu medizinischen,
finanziellen und rechtlichen
Aspekten

INHALT DIESES RATGEBERS

4	Grußwort
6	Einleitung
7	Schnellübersicht der Ansprechpartner
8	Erkrankung: PID
10	Therapie: Immunglobuline im Einsatz
16	Rehabilitation
20	Behinderung: Schwerbehindertenausweis & Nachteilsausgleiche
30	Kinder und Jugendliche: Aufwachsen mit PID
36	Pflege: Pflegegrade & Pflegeleistungen
48	Finanzen: Krankengeld & Sozialleistungen
54	Rente: Rentenarten & Hinzuverdienst
	Anhang
58	Mustervorlagen
61	Abkürzungen
62	Ansprechpartner
63	Stichwortverzeichnis

GRÜßWORT

Ein primärer Immundefekt führt in der Regel zu einer Schwächung des Immunsystems. Experten gehen davon aus, dass ein bis zwei von 1000 Menschen an einem angeborenem Immundefekt leiden. In Deutschland sind etwa 100 000 Menschen davon betroffen – aber nur die wenigsten sind diagnostiziert.

Einen Immundefekt zu erkennen, ist nicht einfach. Für die große Mehrheit der Betroffenen bedeutet das einen langen Leidensweg bis zur richtigen Diagnose. Aufklärung ist daher immens wichtig, um die Diagnoseraten zu verbessern. Denn eine eindeutige Diagnose ist die Grundvoraussetzung für eine geeignete Therapie und kann Leben retten.

Seit Gründung der dsai e. V. 1991 haben wir es uns als Patientenorganisation zur Aufgabe gemacht, Immundefekte stärker ins Bewusstsein von Ärzten, Wissenschaftlern und der Öffentlichkeit zu rücken. Besonders liegen uns der aktive Erfahrungsaustausch sowie die seelische Unterstützung von Betroffenen am Herzen. Darüber hinaus unterstützen wir Betroffene sowie Angehörige in vielen praktischen Belangen, zum Beispiel bei der Suche nach einer geeigneten Immundefekt-Ambulanz.

Es hilft, wenn man weiß, dass man nicht alleine ist und wo man Unterstützung findet. Daher begrüßen wir als Patientenorganisation diesen Ratgeber sehr. Er informiert Sie umfassend über rechtliche und finanzielle Angelegenheiten und über mögliche Sozialleistungen, die Ihnen bei der Bewältigung Ihres Alltages helfen können. Der Ratgeber zeigt Ihnen leicht verständlich, welche Leistungen Ihnen zustehen und in welcher Behörde sie beantragt werden können.

Die vorliegenden Informationen sind sehr umfangreich und decken beispielsweise auch die Bereiche Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit ab, was jedoch nicht bedeutet, dass ein Immundefekt automatisch zu einer Schwerbehinderung oder Pflegebedürftigkeit führt. Dieser Ratgeber bietet neben Informationen rund um Immundefekte auch allgemeinere Inhalte für alle Lebensbereiche. Wir möchten Sie daher ermutigen, sich bei Bedarf mit diesen Themen auseinanderzusetzen und entsprechende Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen.

Sollten Sie darüber hinaus noch Fragen haben, können Sie sich gerne auch an uns wenden.

Wir wünschen Ihnen und Ihren Angehörigen alles Gute!

Gabriele Gründl
**Bundsvorsitzende dsai/
Deutsche Selbsthilfe
Angeborene Immundefekte e. V.**



EINLEITUNG

Liebe Leserin, lieber Leser,

Sie haben diesen Ratgeber erhalten, weil Sie an einem angeborenen/primären Immundefekt (PID) leiden. Das bedeutet, dass eine Störung des Immunsystems aufgrund einer Veränderung in der Erbinformation vorliegt. In den meisten Fällen bildet der Körper zu wenig oder überhaupt keine Antikörper, auch Immunglobuline genannt, und kann sich dadurch nicht ausreichend gegen Krankheitserreger wie Viren oder Bakterien schützen. Das hat zur Folge, dass Betroffene häufig unter immer wiederkehrenden Infekten leiden. Wenn bei Ihnen eine hohe Infektanfälligkeit festgestellt wurde, kann eine Therapie mit Immunglobulinen sinnvoll sein. Der Immunglobulin-Mangel wird dadurch ausgeglichen und die Anzahl und Schwere der Infekte vermindert.

PID ist eine chronische Erkrankung, die Sie ein Leben lang begleiten wird. Der Schweregrad der Erkrankung kann von Patient zu Patient variieren, ebenso kann sich die Ausprägung im Laufe des Lebens verändern. Wenn ein Immundefekt Sie jedoch stark beeinträchtigt, kann es notwendig werden, dass Sie sich auch mit Ihren Rechten als Patientin oder Patient zum Beispiel zum Thema Finanzen auseinandersetzen müssen. 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, die für Menschen mit PID relevant sein könnten, liefert der Ratgeber auch allgemeinere Informationen über Sozialleistungen für ganz unterschiedliche Lebensbereiche.

Zu vielen Anlaufstellen haben wir einen QR-Code eingefügt. Diesen können Sie mit einer üblichen Smartphone-App oder der Kamerafunktion Ihres Handys 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

Ist 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.



ERKRANKUNG

Wenn Sie unter einem Immundefekt leiden, bedeutet dies, dass eine Störung des Immunsystems vorliegt.

Das Immunsystem hat die Aufgabe, den Körper vor krankmachenden Erregern wie Viren oder Bakterien zu schützen. Dabei stehen zwei verschiedene Verteidigungssysteme zur Verfügung, 1. das unspezifische und 2. das spezifische Immunsystem.

Zum **unspezifischen Immunsystem** gehören beispielsweise die Haut und Schleimhäute, die erste Barrieren für Krankheitserreger darstellen.

Das **spezifische Immunsystem** entfaltet sich erst nach der Geburt: Bei Kontakt mit krankmachenden Erregern entwickelt der Körper gezielte Abwehrmechanismen, um die Eindringlinge unschädlich zu machen.

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:



Von besonderer Bedeutung sind Antikörper, auch Immunglobuline genannt. Bei einem primären Immundefekt sind meist nicht genügend Immunglobuline im Körper vorhanden oder einige Funktionen der Antikörper sind gestört. Das kann dazu führen, dass Betroffene unter immer wiederkehrenden oder besonders schweren Infekten leiden. In diesem Fall braucht der Körper Unterstützung von außen. Immunglobuline werden dann zugeführt, um den Mangel auszugleichen und das Immunsystem zu stärken. Die häufigsten Immunglobuline im Blut sind Immunglobuline der Klasse G (IgG). Sie schützen vor allem vor Viren und Bakterien.

Heute sind ungefähr 300 angeborene Immundefekte bekannt. Sie können unterschiedliche Beschwerden verursachen und es ist oft nicht einfach, die Krankheit zu erkennen. Die Diagnose sollte deshalb von einer auf dem Gebiet der Immundefekte erfahrenen Ärztin/Arzt gestellt werden.

PID bei Kindern

Ein primärer Immundefekt ist vor allem für Kinder und ihre Familien eine Herausforderung.

Die Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Immunologie widmet sich den Immundefekten bei Kindern und Jugendlichen. Sie vermittelt zudem 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:





THERAPIE

Immunglobuline im Einsatz

Beim primären Immundefekt werden fehlende Antikörper (Immunglobuline) von außen zugeführt. Dies kann je nach Art des Immundefektes für eine gewisse Zeit oder ein Leben lang notwendig sein. Die zur Therapie verwendeten Immunglobulin-Lösungen enthalten viele Millionen verschiedener Antikörper. Sie können nicht künstlich hergestellt werden, sondern müssen aus dem Blutplasma gesunder Menschen gewonnen werden.

Immunglobuline können über zwei verschiedene Wege verabreicht werden, entweder intravenös oder subkutan.

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

Werden Immunglobuline **subkutan** verabreicht, dann werden sie meist mithilfe einer Infusionspumpe unter die Haut gespritzt. Bei diesem Verfahren werden pro Infusion kleinere Mengen gegeben, dafür sind jedoch die Abstände zwischen den Behandlungen kürzer (von mehrmals wöchentlich bis alle zwei Wochen). Die subkutane Therapie kann zu Hause selbst durchge-

führt werden (Heimselfstbehandlung). Ob für Sie eine Heimselfsttherapie infrage kommt, entscheidet Ihre behandelnde Ärztin/Arzt. In einer Schulung erlernen Sie dann von einer Fachperson die Selbstverabreichung Ihres Medikaments.

Bei PID-Patientinnen und -Patienten können zusätzlich Behandlungen mit Antibiotika notwendig sein, durch die krankheitserregende Bakterien abgetötet werden sollen.

Bei besonders schweren Immundefekten kann eine Knochenmarktransplantation infrage kommen. Dabei erhalten Patientinnen und Patienten Knochenmark von einem passenden gesunden Spender. Das Knochenmark ist wichtig für die Bildung von Immunglobulin-produzierenden Abwehrzellen.

Damit Sie und Ihre behandelnde Ärztin/Arzt den Erfolg der subkutanen Therapie besser beurteilen können, sollten Sie einen Therapiekalender nutzen. Darin dokumentieren Sie Ihre Immunglobulin-Infusion und vermerken unter anderem die Chargennummer Ihres Medikaments, die Immunglobulin-Menge und die Infusionsdauer.




EINEN THERAPIEKALENDER KÖNNEN SIE Z. B.
BEI CSL BEHRING BESTELLEN:
WWW.IMMUNDEFEKT-INFO.DE
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:



Zuzahlung

Wenn Sie eine medizinische Leistung in Anspruch nehmen, müssen Sie immer häufiger einen Betrag selbst dazu zahlen. Dies nennt man Zuzahlung. Wie hoch eine Zuzahlung sein darf, ist gesetzlich geregelt.

Hier eine Übersicht:

	Arznei- und Verbandsmittel (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 und maximal 10,- € im Monat
	Rezeptfreie Medikamente (z. B. Erkältungsmedikamente) müssen in der Regel voll bezahlt werden
	Heilmittel (z. B. Physiotherapie) 10 % der Kosten und 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.
- 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.

WELCHE HILFSMITTEL ERSTATTET WERDEN,
ZEIGT DAS HILFSMITTELVERZEICHNIS DER
KRANKENKASSEN:
WWW.GKV-SPITZENVERBAND.DE
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:



Hilfsmittel sind Geräte oder Dinge, die von der Ärztin oder dem Arzt verordnet werden, weil sie medizinisch notwendig sind. In diesem Fall werden die Kosten von den Krankenkassen erstattet.

Man unterscheidet zwei Arten von Hilfsmitteln: 1. Hilfsmittel, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind und 2. zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel. Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel sind beispielsweise Infusionspumpen oder Inhalatoren. Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können zum Beispiel Desinfektionsmittel, Nadeln, Einmalhandschuhe oder Pflaster sein.

■ 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 oder 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.

DER SPITZENVERBAND DER GESETZLICHEN
KRANKENKASSEN FÜHRT EINE LISTE ALLER
ZUZAHLUNGSBEFREITEN ARZNEIMITTEL:
WWW.GKV-SPITZENVERBAND.DE
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:





■ 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 und 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.

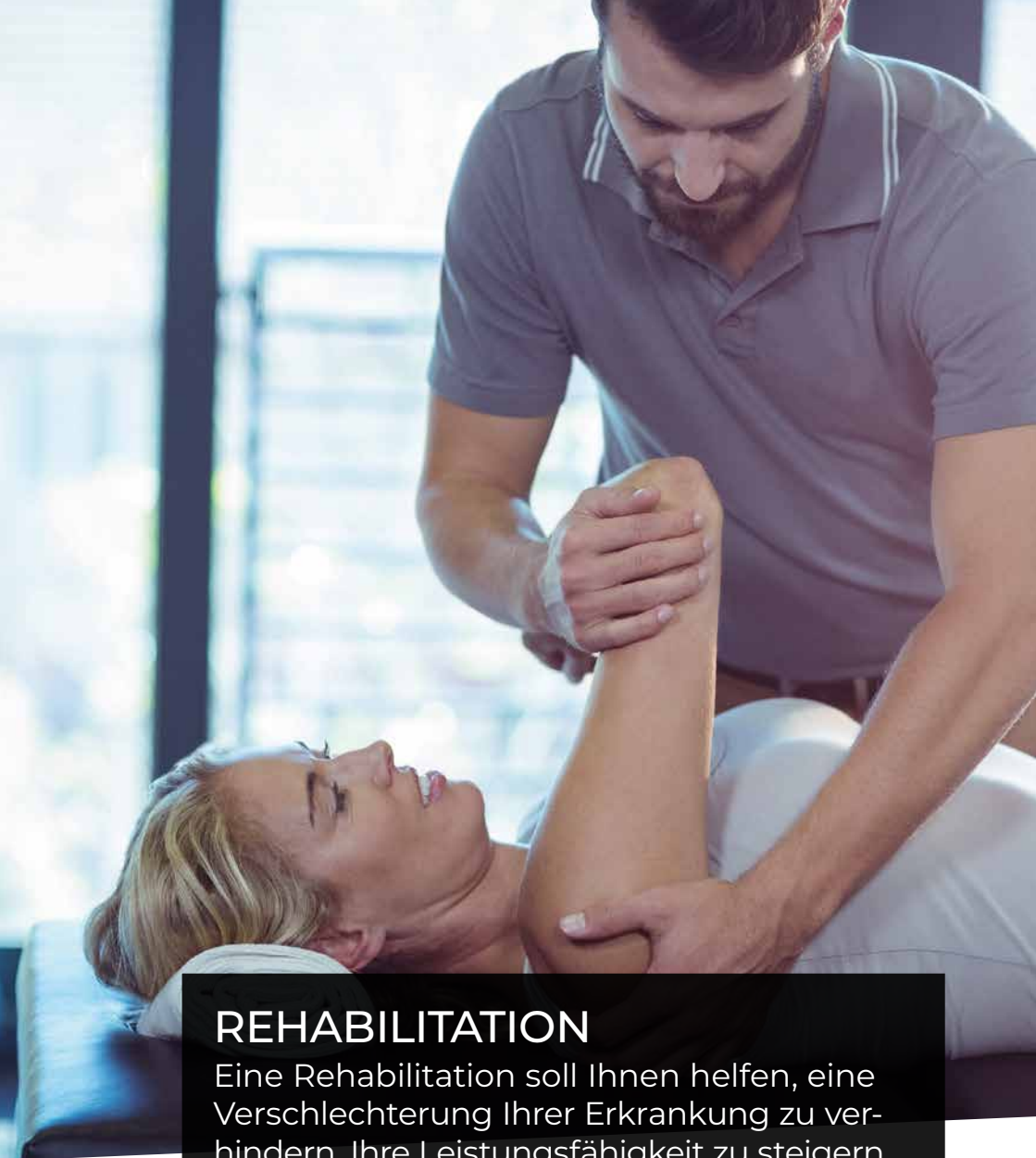
Wenn Sie eine soziale Unterstützung erhalten, gelten Sonderregelungen. Informieren Sie sich hierzu bei Ihrer Krankenkasse.

Für chronisch Kranke gibt es eine niedrigere Belastungsgrenze, sie liegt bei 1 % des jährlichen Familien-Bruttoeinkommens. Als chronisch krank gilt, wer zum Beispiel 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 2022:

- für den ersten Angehörigen: 5.922,- €
- für jedes berücksichtigungsfähige Kind: 8.388,- €



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 zur 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 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 zum Beispiel eine dramatische Verschlechterung des Gesundheitszustands. 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 Rehamaßnahme) 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. Um Betroffene nicht auszugrenzen, gibt es Bestrebungen, dem Ausweis einen neuen Namen zu geben, etwa „Teilhabeausweis“.

EINE LISTE DER VERSCHIEDENEN
VERSORGUNGSÄMTER FINDEN
SIE HIER: WWW.BIH.DE
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT
ZUR SEITE:



Ein primärer Immundefekt führt nicht automatisch zu einer Schwerbehinderung. Aber wenn Sie mit erheblichen Beeinträchtigungen leben müssen, können Sie von einem Schwerbehindertenausweis profitieren.

Er 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 24).

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 zum Beispiel 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 58 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 in einen GdB alle körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen einfließen, sollten Sie darauf achten, möglichst alle Beeinträchtigungen anzugeben. Beispielsweise auch mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten, psychische Belastungen oder zusätzliche Beschwerden, die mit PID nicht im direkten Zusammenhang stehen.

Die Richtwerte für angeborene Immundefekte sehen wie folgt aus:

Grad der Behinderung (GdB)	
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.

■ 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
BI	=	Blind oder hochgradig sehbehindert
TBI	=	Taubblind
GI	=	Gehörlos oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit
RF	=	Von der Rundfunkgebührenpflicht befreit
B	=	Ständige Begleitung notwendig

■ Nachteilsausgleiche

Bei der Steuererklärung können alle Behinderte, 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, BI, TBI 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.

■ 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
- GdB von mind. 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 und 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 Vollzeit-Beschäftigte, 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, Bl oder H eingetragen sind.

Die Kraftfahrzeugsteuer kann um 50% ermäßigt werden, wenn im Schwerbehindertenausweis das Merkzeichen G oder Gl 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 3000 km jährlich) die Kraftfahrzeugkosten geltend machen.

Bei Merkzeichen aG, Bl und H können grundsätzlich alle Kraftfahrzeugkosten geltend gemacht werden (bis zu 15000 km jährlich).

Als Kilometersatz werden pauschal 0,30 € berechnet (bei 3000 km 900,- €, bei 15000 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 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 GI, BI, TBI 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, TBI oder BI, 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 Umsteigegehilfen, 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, einmal 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 TBI oder ein Grad der Behinderung von 80 vorliegt oder die behinderte Person staatliche Sozialleistungen erhält.



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

■ Vermögensbildung und Bausparverträge

Schwerbehinderte Menschen mit einem GdB von 95 oder deren Ehepartner können vorzeitig über Sparbeiträge nach dem Vermögensbildungsgesetz verfügen, die sie vermögenswirksam angelegt haben und für die eine Arbeitnehmer-Sparzulage 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.



KINDER UND JUGENDLICHE

Wenn Heranwachsende unter PID leiden, kann dies besondere Anforderungen an die Familie und Personen in der Betreuung oder Ausbildung stellen.



Sie sollten die Krankheit zwar ernst nehmen, aber versuchen, Ihr Kind so normal wie möglich aufwachsen zu lassen.

Generell kann es Ihrem Kind nur helfen, wenn das Umfeld über die Erkrankung informiert und entsprechend sensibilisiert ist. Dennoch sollten Sie Ihrem Kind keine Sonder- oder gar Außenseiterrolle zukommen lassen.



Wir wollen an dieser Stelle auf einige rechtliche Aspekte eingehen.

■ Mitaufnahme einer Begleitperson in die Klinik

Wenn Ihr Kind in eine Klinik muss, können Sie die Mitaufnahme einer Begleitperson bei Ihrer Krankenkasse* beantragen.

Dazu ist eine Bescheinigung der Klinik notwendig, die eine Mitaufnahme aus medizinischen und psychologischen Gründen befürwortet. Kliniken und Krankenkassen gehen unterschiedlich mit der Problematik um, so gibt es beispielsweise Unterschiede bei der Altersgrenze, aber es lohnt sich immer, hier nachzufragen.

Begleiten Sie Ihr Kind in die Klinik und können währenddessen nicht zur Arbeit gehen, haben Sie Anspruch auf eine sogenannte bezahlte Freistellung. Voraussetzung dafür ist, dass Ihr Kind unter 12 Jahre alt ist. Den Anspruch auf bezahlte Freistellung haben Sie auch, wenn Ihr Kind zu Hause oder ambulant behandelt wird. Während der Freistellung muss der Arbeitgeber Ihr Gehalt weiter zahlen. Allerdings ist er dazu nur wenige Tage lang verpflichtet.

* Wenn von Krankenkassen die Rede ist, beziehen wir uns auf die Gesetzlichen Krankenkassen. Wenn Sie privat versichert sind, richten sich Ihre Leistungen nach Ihrem persönlichen Vertrag.

Bleibt auch der zweite Elternteil zu Hause, um sich um weitere Kinder und den Haushalt zu kümmern, kann die Krankenkasse für ihn den Verdienstausschlag zahlen. Der Arbeitgeber ist in diesem Fall aber nicht verpflichtet, den Elternteil freizustellen. Sollte dies nicht möglich sein und eine Haushaltshilfe erforderlich werden, kann die Krankenkasse die Kosten dafür übernehmen. In jedem Fall empfiehlt es sich, vor dem Klinikaufenthalt diese Punkte zu klären.

■ Kinderkrankengeld

Müssen Eltern zu Hause bleiben, um ein krankes Kind (unter 12 Jahren) zu versorgen, können Sie bei Ihrer Krankenkasse Kinderkrankengeld beantragen. Pandemiebedingt wurde dieses auch für 2022 erweitert. Nun können 30 Arbeitstage je gesetzlich versichertem Kind (Alleinerziehende: 60 Arbeitstage) beantragt werden. Bei mehreren Kindern besteht je Elternteil ein Anspruch auf maximal 65 Arbeitstage (Alleinerziehende: 130). Ab 2023 wird der Anspruch möglicherweise reduziert. Die Höhe des Kinderkrankengeldes darf 90% des Nettogehalts nicht übersteigen. Weitere Informationen hierzu erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

■ Schwerbehindertenausweis

Auch an PID erkrankte Kinder können einen Schwerbehindertenausweis erhalten. Wie im Kapitel Nachteilsausgleiche ab Seite 24 beschrieben, sind mit dem Ausweis viele Rechte verbunden.

Für Kinder gelten Sonderrechte bei der Antragstellung und Gültigkeit eines Schwerbehindertenausweises. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie bei Ihrem zuständigen Versorgungsamt. Kinder mit einem angeborenen Immundefekt erhalten das Merkzeichen H im Schwerbehindertenausweis. Der Ausweis sollte ab der Geburt ausgestellt sein. Manchmal wird dies nicht im ersten Anlauf zuerkannt. Hier kann der Austausch in Foren oder Selbsthilfegruppen nützlich sein.

■ Pflegegrad

Für Kinder kann ein Pflegegrad beantragt werden. Dabei wird der Mehraufwand für die Grundpflege (z. B. für das Waschen, Anziehen usw.) und auch für die Medikamentengabe angerechnet. Mehr zum Thema Pflege erfahren Sie ab Seite 36.

■ Rehabilitation

Für Kinder und Jugendliche gibt es spezielle Rehabilitations-Zentren. Einige bieten auch Rehabilitationen für junge Erwachsene (im Alter zwischen 16 und 20+) an.

Wenn ein Elternteil nicht arbeiten kann, weil es sein Kind in eine Rehabilitation begleitet, können Entgeltfortzahlungen durch den Arbeitgeber oder Lohnersatzzahlungen durch den Träger der Rehabilitationsmaßnahme (Rentenversicherung oder Krankenversicherung) in Anspruch genommen werden.

■ Zuzahlungen

Kinder und Jugendliche sind bis zum Alter von 18 Jahren von der Zuzahlung befreit. Dies gilt jedoch nicht für alle Heil- und Hilfsmittel. So müssen Eltern bei den Fahrtkosten oder einer zahnärztlichen Behandlung ihres Kindes eine Zuzahlung leisten.

■ Aufsichtspflicht

In Kita und Schule unterliegen alle Kinder aufgrund ihrer Minderjährigkeit einer Aufsichtspflicht des Personals. Kinder mit angeborenem Immundefekt sind hier weder eine Ausnahme noch sind besondere Anforderungen wichtig, etwa durch eine erhöhte Verletzungsgefahr.

■ Fahrtkosten

In der Regel übernehmen die Krankenkassen nur die Fahrtkosten für Beförderungen, die unbedingt medizinisch notwendig sind (z. B. Rettungsfahrten oder Krankentransporte). Die Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung werden nur in wenigen Ausnahmefällen übernommen. Ist jedoch das Merkzeichen H im Schwerbehindertenausweis Ihres Kindes vermerkt, ist dies so ein Ausnahmefall und die Krankenkasse übernimmt die Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung.

Eine zweite Ausnahme stellt eine sogenannte Serienbehandlung dar, also eine Behandlung, die häufig und über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden muss. Dies kann bei einer PID zum Beispiel der Fall sein, wenn Ihr Kind noch sehr klein ist und die Immunglobulin-Gabe nicht von Ihnen selbst durchgeführt werden kann, sondern einen Praxistermin erfordert. Fahrten vor oder nach einer stationären Behandlung werden grundsätzlich von den Krankenkassen übernommen. Hier spielen die Merkzeichen o. Ä. keine besondere Rolle.

■ Berufsausbildung

Chronisch kranke Jugendliche, die sich in der Berufsausbildung befinden, können auch schon mit einem GdB unter 30 (und sogar ganz ohne Feststellung einer Behinderung) eine Gleichstellung beantragen. Die zuständigen Ansprechpartner sind das Integrationsamt und die Bundesagentur für Arbeit. Mit der Gleichstellung sind verschiedene Rechte und Ansprüche verbunden. Zum Beispiel Hilfe bei der Eingliederung, ein besonderer Kündigungsschutz und Unterstützung bei der Arbeitsplatzgestaltung.

■ Bewerbungsverfahren

Jugendliche mit Gleichstellung oder Schwerbehinderung, die sich für eine Stelle bei einem öffentlichen Arbeitgeber bewerben, unterliegen einem speziellen Bewerbungsverfahren. Öffentliche Arbeitgeber sind beispielsweise dazu verpflichtet, gleichgestellte oder schwerbehinderte Bewerber bei fachlicher Eignung zum Vorstellungsgespräch einzuladen. Bei dem Bewerbungsverfahren werden die Bewerber zudem von der Schwerbehindertenvertretung unterstützt.

■ Studium

Junge Erwachsene, die chronisch krank sind und studieren wollen, können bei der Studienplatzwahl von einer Sonderregelung profitieren: Sie können bei einem zulassungsbeschränkten Studiengang eine Direktzulassung erlangen. Dazu muss ein Antrag bei der Stiftung für Hochschulzulassung oder direkt bei der Hochschule gestellt werden.

Wenn Studiengebühren aufgrund einer Überschreitung der Regelstudienzeit anfallen, können diese chronisch kranken Personen erlassen werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Erkrankung Auswirkungen auf die Studienzeit hat. Informationen hierzu liefern die Behindertenbeauftragten der Hochschule.

Auch bei Stipendien oder dem BAföG gelten Ausnahmeregelungen für chronisch Kranke. Zum Beispiel kann eine Förderung über die vorgeschriebene Höchstdauer hinaus bewilligt werden oder ein Studiengangwechsel kann wie ein Erststudium bewertet und damit förderbar werden.

A caregiver with long blonde hair in a ponytail, wearing blue scrubs, is shown from the side, assisting an elderly man. She is wearing black gloves and has her hand on the man's shoulder. The man is wearing a grey t-shirt and red and blue plaid shorts. The background shows a hospital room with a lamp and a bed.

PFLEGE

Mit dem Fortschreiten einer Erkrankung kann es sein, dass Betroffene nicht mehr alleine 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. 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 einem Anwalt. Wird der Widerspruch abgewiesen, können Sie beim Sozialgericht dagegen klagen. Eine Mustervorlage dazu finden Sie auf Seite 59.

■ Pflegegrade

Wie bereits erwähnt, stuft Sie die Pflegekasse mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in einen Pflegegrad ein. Dieses System der Pflegegrade ist seit 2017 neu und löst das bisherige dreistufige System ab.

Falls Sie bereits eine Pflegeleistung erhalten haben, wird Ihnen ein Bestandschutz gewährt. Es wird Ihnen garantiert, dass Sie die bisherigen Leistungen weiter erhalten und sich nicht verschlechtern. Die Übertragung von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad erfolgt automatisch, Sie müssen sich um nichts kümmern.

Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad ist die Frage, wie selbstständig Sie Ihr Leben meistern können. Das heißt, wie mobil Sie sind, ob Sie bei den grundlegenden Bedürfnissen alleine zurechtkommen usw.

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,- €* <hr/>
Pflegegrad 2	316,- € pro Monat <hr/>
Pflegegrad 3	545,- € pro Monat <hr/>
Pflegegrad 4	728,- € pro Monat <hr/>
Pflegegrad 5	901,- € pro Monat

*Pflegegrade 1–5: Anspruch auf Entlastungsbetrag; bei Pflegegrad 1 Entlastungsbetrag alleine, 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	724,- € pro Monat
Pflegegrad 3	1.363,- € pro Monat
Pflegegrad 4	1.693,- € pro Monat
Pflegegrad 5	2.095,- € 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:

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

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

■ Übergangspflege

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 vier 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.

Ab 2022 ist auch eine Übergangspflege im Krankenhaus von bis zu 10 Tagen 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	0,- € 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,- € zusätzlich pro Monat 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 von einer Ärztin oder vom Arzt verordnet werden, sie können direkt bei der Pflegekasse beantragt werden.

Man unterscheidet zwei Arten von Pflegehilfsmitteln:



Technische Pflegehilfsmittel
und



zum Verbrauch bestimmte
Pflegehilfsmittel.

Technische Pflegehilfsmittel sind zum Beispiel 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.



Technische Pflegehilfsmittel:
10 % der Kosten, max. 25,- € je Hilfsmittel

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.



Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel:
Bis 40,- € je 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 60,- € pro Tag.

Die meisten Pflegeheime legen auch Investitionskosten auf die Bewohner um. Diese sind für Umbaumaßnahmen und Modernisierungen bestimmt. Die Kosten variieren zwischen Einrichtungen erheblich und können in einem Rahmen von einigen Hundert bis zu 1.000,- € pro Monat liegen. Wichtig hier: 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.

Ab 2022 gibt es für die Pflegegrade 2–5 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: 5 %
- nach 12 Monaten: 25 %
- nach 24 Monaten: 45 %
- nach 36 Monaten: 70 %





FINANZEN

Es kann sein, dass Sie aufgrund Ihrer Erkrankung vorübergehend oder längerfristig nicht arbeiten können. Dann stehen Ihnen verschiedene Ersatzleistungen zu.

■ Arbeitsunfähigkeit

Sollten Sie 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 112,88 € kalendertäglich für 2022.

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.

* Wenn von Krankenkassen die Rede ist, beziehen wir uns auf die Gesetzlichen Krankenkassen. Wenn Sie privat versichert sind, richten sich Ihre Leistungen nach Ihrem persönlichen Vertrag.

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

Beim Arbeitslosengeld unterscheidet man zwischen Arbeitslosengeld I (ALG I) und Arbeitslosengeld II (ALG II).

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. Das heißt, aus Ihrem Durchschnittsverdienst wird ein sogenanntes Bemessungsentgelt berechnet. Vom täglichen Bemessungsentgelt werden die Lohnsteuer, der Solidaritätszuschlag und ein pauschaler Sozialversicherungsbeitrag in Höhe von 21 % abgezogen. So erhält man schließlich einen sogenannten Leistungssatz. Arbeitslose mit Kindern bekommen rund 67 % des Leistungssatzes, alle anderen rund 60 % ihres Leistungssatzes. Fällt Ihr ALG I niedriger aus als das ALG II, können Sie zusätzlich ALG II beantragen.

Eine Sonderform des Arbeitslosengeldes ist das „Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit“. Es ist für 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 Bundesagentur 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.

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:



Arbeitslosengeld II (ALG II/Hartz IV)

Wenn Sie keinen Anspruch mehr auf ALG I haben, greift das Arbeitslosengeld II. Früher war es die Sozialhilfe, heute nennt man es auch Hartz IV.

Diese Leistung steht hilfebedürftigen Erwerbsfähigen im Alter von 15 bis 65 Jahren zu. Die Beträge 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.

ALG II Regelbedarf 2022:

- Erwachsene alleinstehende/alleinerziehende Personen: 449,- €
- Erwachsene mit Partner: 404,- €
- Kinder bis 5 Jahre: 285,- €
- Kinder von 6 bis 13 Jahren: 311,- €
- Jugendliche von 14 bis 17 Jahren: 376,- €

Hilfebedürftige mit einer chronischen Erkrankung wie einem primären Immundefekt können einen Mehrbedarf beim ALG II 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. In der Praxis ist es meist jedoch schwierig, einen Mehrbedarf durchzusetzen. Die Höhe des Mehrbedarfs wird individuell berechnet und ist meist ein Aufschlag von 10–20 % auf den Regelsatz.

■ 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 Arbeitslosengeld II (Hartz IV).

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 sind oder älter als 18 und aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgemindert.

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

- Dem Arbeitslosengeld-II(ALG-II)-Regelsatz plus
- Aufwendungen für Unterkunft und Heizung plus
- eventuellen Mehrbedarfzuschlägen.

Mehrbedarfzuschläge werden in bestimmten Situationen gezahlt, z. B. für Alleinerziehende, für Menschen mit Behinderungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder für 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.

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

■ Das Sozialgeld

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

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

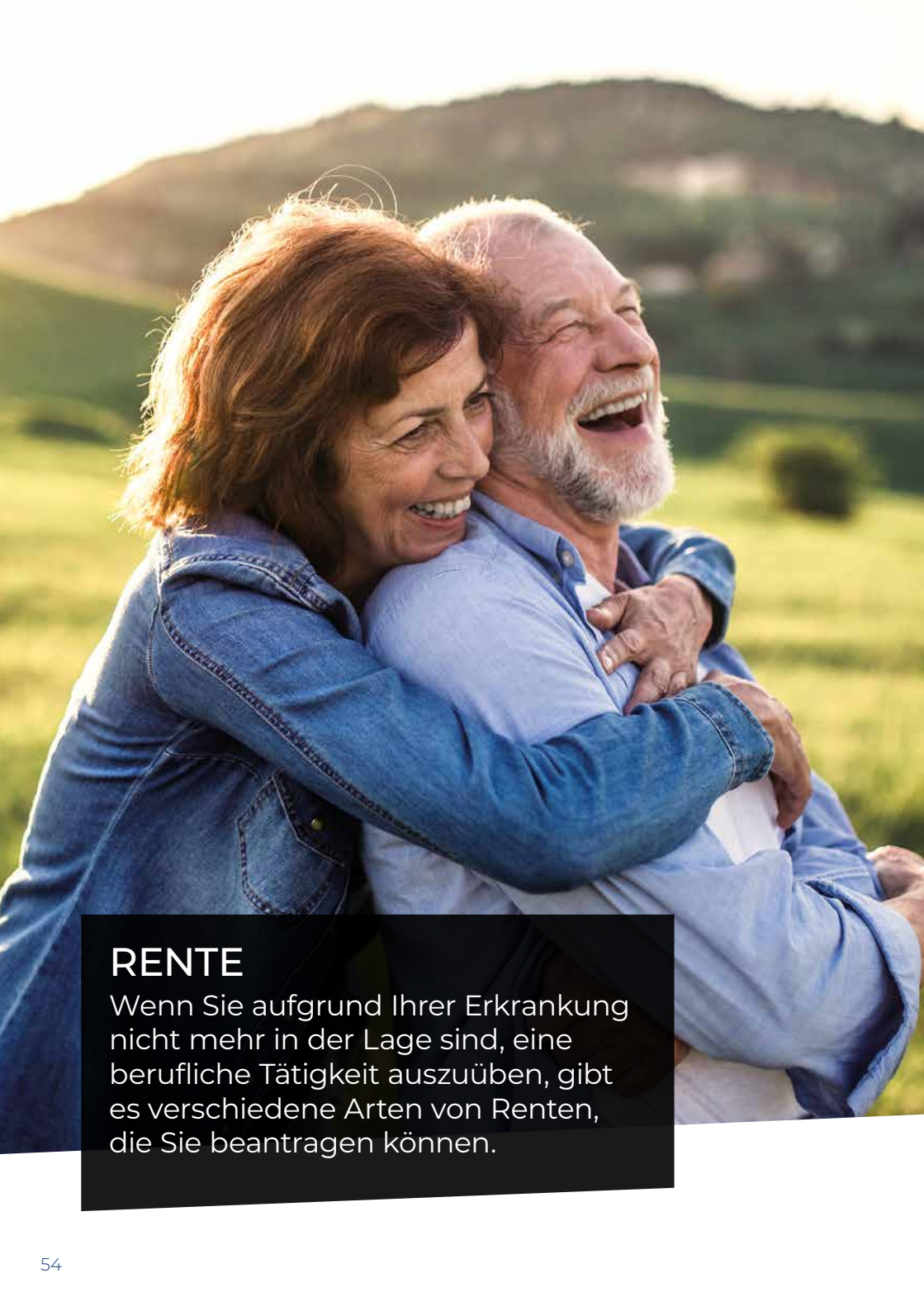
■ Einmalige Sozialleistungen

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:

- Erstausrüstungen für Wohnungen und Hausrat
- Erstausrüstungen bei Schwangerschaft/Geburt
- Erstausrüstungen 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.



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 wird, 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 bei 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, zum Beispiel für die Kindererziehung oder ein Studium. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie von Ihrem Rentenversicherungsträger.

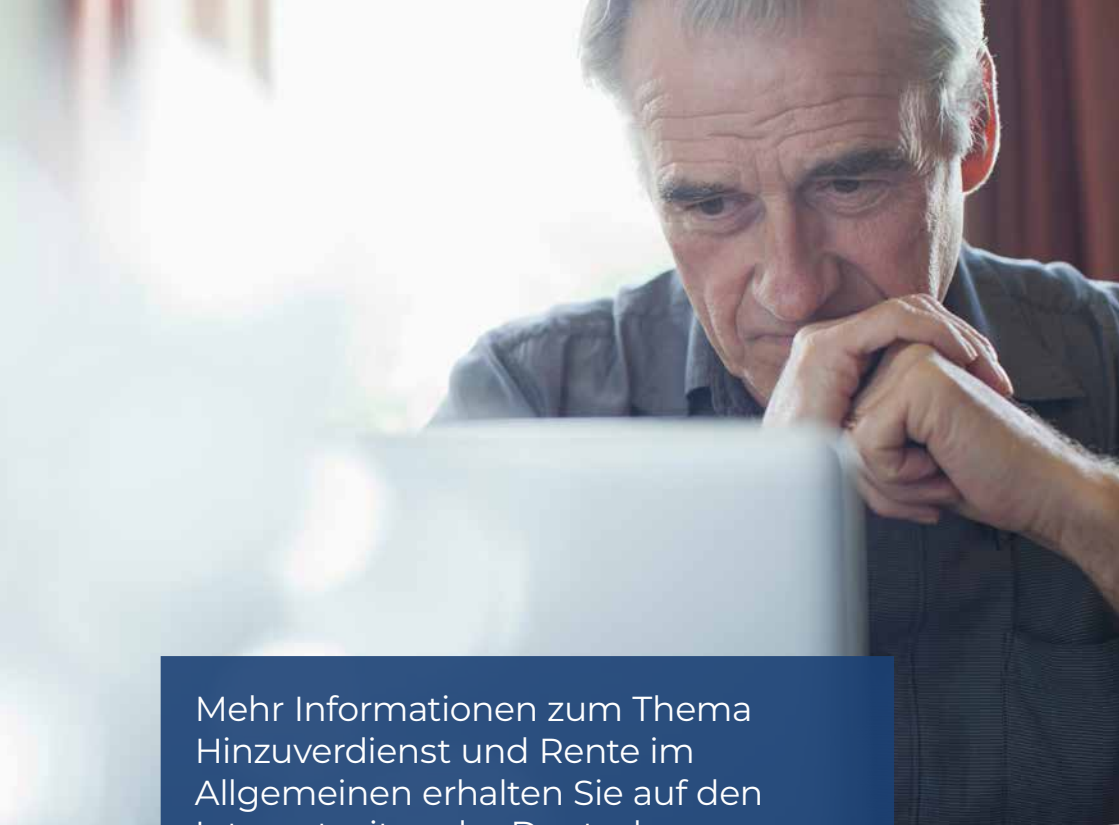
■ Altersrente

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 vorzeitige Altersrente (mit oder ohne Behinderung) oder eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, dürfen Sie 2022 im Zuge des Sozialschutzpakets zur Linderung der wirtschaftlichen Folgen der Corona-Krise bis zu 46.060,- € hinzuverdienen. Einnahmen darüber hinaus werden dann zu 40 % auf die Rente angerechnet. Ab 2023 gilt möglicherweise wieder die ursprüngliche Hinzuverdienstgrenze von 6.300,- € pro Kalenderjahr.

Wenn Sie eine Rente aufgrund teilweiser Erwerbsminderung beziehen, gelten individuelle Hinzuverdienstgrenzen. Diese richten sich beispielsweise nach dem Einkommen der vergangenen Kalenderjahre und dem Renteneintrittsalter.

ANHANG

Mustervorlagen

a. Widerspruch gegen den Bescheid über die Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung (GbB) 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.



Dieser Ratgeber ist als Basisinformation gedacht.

Er kann eine Beratung mit einer 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 03/2022) kann daher weder für eine Vollständigkeit noch für eine absolute Richtigkeit garantieren.

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

ABKÜRZUNGEN

- aG** = Außergewöhnlich gehbehindert (Merkzeichen)
- AHB** = Anschlussheilbehandlung
- ALG I** = Arbeitslosengeld I
- ALG II** = Arbeitslosengeld II
- AR** = Anschlussrehabilitation
- AU** = Arbeitsunfähigkeit
- B** = Ständige Begleitung notwendig (Merkzeichen)
- BI** = Blind oder hochgradig sehbehindert (Merkzeichen)
- G** = Gehbehindert (Merkzeichen)
- GdB** = Grad der Behinderung
- GdS** = Grad der Schädigungsfolgen (= GdB)
- GI** = Gehörlos oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit (Merkzeichen)
- H** = Hilflos (Merkzeichen)
- MDK** = Medizinischer Dienst der Krankenkassen
- Reha** = Rehabilitation
- RF** = Von der Rundfunkgebühr befreit (Merkzeichen)
- SG** = Sozialgeld
- SoVD** = Sozialverband Deutschland
- TBI** = Taubblind (Merkzeichen)
- VdK** = Sozialverband (früher: Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands)

ANSPRECHPARTNER

Sie möchten gerne mehr über PID erfahren?

Diese Links helfen Ihnen weiter:

Patientenorganisation für angeborene Immundefekte e. V.

Hochschätzen 5

83530 Schnaitsee

Telefon: 08074 / 81 64

www.dsai.de

**Arbeitsgemeinschaft Schulung für Patienten mit
Primären Immundefekten (AG PID-Schulung) e. V.**

www.pid-schulung.de

Netzwerk für Angeborene Immundefekte (FIND ID)

www.find-id.net

Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Immunologie e. V. (API)

www.api-ev.eu

STICHWORTVERZEICHNIS

- Anschlussheilbehandlung / Anschlussrehabilitation S. 18
Arbeitslosengeld S. 49–52
Arbeitsunfähigkeit S. 49–50
- Behindertenparkplätze S. 27
Belastungsgrenze S. 15, 45
- Entgeltfortzahlung S. 34, 49
Erwerbsminderung S. 49, 52–53, 55, 57
- Fahrtkosten S. 26–27, 34
Festbetrag S. 13
Feststellungsbescheid S. 38, 58
- Gleichstellung S. 21, 27, 35
Grad der Behinderung S. 15, 21–22, 24, 28, 58
Grundsicherung S. 52
- Heimselfstherapie S. 11
Hilfsmittel S. 12–13, 28, 34, 44–45
Hinzuverdienst S. 57
- Immunglobuline S. 6, 9, 10
- Kinder S. 9, 15, 18, 30, 33–34, 46, 50–51, 56
Knochenmarktransplantation S. 11
Kraftfahrzeugsteuer S. 26
Krankengeld S. 7, 33, 49–50
Kündigungsschutz S. 7, 21, 25, 35
- Merkzeichen S. 23–24, 26–28, 33–34
- Nachteilsausgleiche S. 21, 24–25, 33, 58
- Öffentliche Verkehrsmittel S. 28
- Parkerleichterung S. 27
Pauschbeträge S. 24
Pflege S. 24–25, 33, 36, 38–46
Pflegebedürftigkeit S. 5, 17, 25, 38–39
Pflegegrad S. 33, 38–46, 59
Pflegehilfsmittel S. 44–45
Pflegeleistungen S. 38–39, 44
PID S. 6, 9, 11, 22, 30, 33, 34
- Rabattverträge S. 14
Rehabilitation S. 7, 16–19, 34, 49–50
Rente S. 7, 49–50, 53–57
Rundfunkbeitrag S. 28, 52
- Schwerbehindertenausweis S. 6, 20–27, 33–34
Sozialgeld S. 53, 61
Sozialleistungen S. 4, 6, 28, 53
- Umbaumaßnahmen S. 41, 46
- Wohngeld S. 25
Wohngemeinschaft (Pflege-WG) S. 44
- Zusatzurlaub S. 26
Zuzahlungen S. 12–15, 19, 34, 45, 52

NOTIZEN

NOTIZEN

Impressum

Herausgeber

CSL Behring GmbH
Philipp-Reis-Straße 2 · 65795 Hattersheim am Main

Konzept, Redaktion & Gestaltung

MiM – MEDinMOTION GmbH · Agentur für Marketing in der Medizin

©2022 by MiM – MEDinMOTION GmbH

Dornhofstraße 100 · 63263 Neu-Isenburg

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das Recht auf Vervielfältigung und Verbreitung sowie Übersetzung. Kein Teil dieses Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung der MiM – MEDinMOTION GmbH reproduziert werden oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden. Keine Haftung für evtl. Druckfehler, inhaltliche Richtigkeit oder nach Druck eingetretene Änderungen.

Sozialrechtliche Themen sind sehr komplex, wir können deshalb Kapitel wie die Rentenarten, Reha-Leistungen oder Kostenübernahmen nur grundsätzlich und nicht in aller Ausführlichkeit beschreiben. Darüber hinaus haben wir uns auf die gesetzlichen Leistungen konzentriert und keine freiwilligen oder privatversicherten Leistungen berücksichtigt. Die Inhalte dieses Ratgebers wurden mit größter Sorgfalt erstellt. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte können wir jedoch keine Garantie übernehmen. Dies betrifft insbesondere die angegebenen Eurobeträge. Denn auch die gesetzlichen Versicherungen unterscheiden sich untereinander, es kann zudem in den einzelnen Bundesländern verschiedene Bestimmungen geben. Für jeden Einzelfall gilt daher: Eine individuelle Beratung ist unerlässlich. Wir danken für Ihr Verständnis.

Haftung für Links

Unser Angebot enthält Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalte wir keinen Einfluss haben. Deshalb können wir für diese fremden Inhalte auch keine Gewähr übernehmen. Für die Inhalte der verlinkten Seiten ist stets der jeweilige Anbieter oder Betreiber der Seiten verantwortlich. Die verlinkten Seiten wurden zum Zeitpunkt der Verlinkung auf mögliche Rechtsverstöße überprüft. Rechtswidrige Inhalte waren zum Zeitpunkt der Verlinkung nicht erkennbar.

Eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten ist jedoch ohne konkrete Anhaltspunkte einer Rechtsverletzung nicht zumutbar. Bei Bekanntwerden von Rechtsverletzungen werden wir derartige Links umgehend entfernen.

Bildnachweis

iStockphoto: Petar Chernaev (Titel), shuoshu (S. 7), gradyreese (S. 8), Svisio (S. 10), shapecharge (S. 14), Wavebreakmedia (S. 16), JohnnyGreig (S. 20), Wavebreakmedia (S. 29), Sneksy (S. 30–31), monkeybusinessimages (S. 36–37), KatarzynaBialasiewicz (S. 43), monkeybusinessimages (S. 47), www.peopleimages.com (S. 48), Tree4Two (S. 51), Halfpoint (S. 54), Kondoros Eva Katalin (S. 57), sasun1990 (S. 60).

MEHR INFORMATIONEN ZU IHRER
ERKRANKUNG FINDEN SIE AUF
WWW.IMMUNDEFEKT-INFO.DE
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT
ZUR SEITE:



BETROFFENE KINDER UND IHRE
FAMILIEN KÖNNEN SICH UNTER
WWW.KINDERIMMUNOLOGIE.DE
INFORMIEREN.
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT
ZUR SEITE:



CSL Behring

Besuchen Sie
unsere Website 

www.cslbehring.de

CSL Behring GmbH
Philipp-Reis-Straße 2
65795 Hattersheim